



# Figurations psychiques de la pénétration dans sa valence passive : les phénomènes d'influence psychotique et hypnotique comme manifestations du féminin

Florent Poupart

## ► To cite this version:

Florent Poupart. Figurations psychiques de la pénétration dans sa valence passive : les phénomènes d'influence psychotique et hypnotique comme manifestations du féminin. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2013. Français. <NNT : 2013TOU20030>. <tel-00910816>

**HAL Id: tel-00910816**

**<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00910816>**

Submitted on 28 Nov 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITE TOULOUSE 2 LE MIRAIL**  
Ecole Doctorale CLESCO – Psychologie  
Laboratoire Cliniques Pathologique et Interculturelle (LCPI)  
Axe I : Psychopathologie psychanalytique



# THÈSE

En vue de l'obtention du  
**Doctorat en psychologie clinique de l'Université de Toulouse**

Présentée et soutenue publiquement par

**Florent POUPART**

Le 2 juillet 2013

**Figurations psychiques de la pénétration  
dans sa valence passive :  
Les phénomènes d'influence psychotique et hypnotique  
comme manifestations du féminin**

Thèse sous la Direction de  
Monsieur le Professeur Gérard PIRLOT

## **MEMBRES DU JURY :**

**Jacques ANDRE**, Psychanalyste, Professeur de psychopathologie clinique, directeur du Centre d'Etudes Psychopathologie et Psychanalyse, Université Paris Diderot.

**Aline COHEN DE LARA**, Psychanalyste, Professeur de psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, Université Paris Nord.

**Vladimir MARINOV**, Psychanalyste, Professeur de psychologie clinique, Laboratoire de Psychologie Clinique et de Psychopathologie, Université Paris Nord.

**Gérard PIRLOT**, Psychiatre, psychanalyste, Professeur de psychopathologie psychanalytique, co-directeur du Laboratoire de Psychopathologie Clinique et Interculturelle, Université Toulouse Le Mirail.

**François POMMIER**, Psychiatre, psychanalyste, Professeur de psychopathologie psychanalytique, co-directeur du Laboratoire des Atteintes Somatiques et Identitaires, Université Paris Ouest.

## REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout **Gérard Pirlot**, mon directeur de thèse. C'est vous qui m'avez mis le « pied à l'étrier » de la recherche en 2010, en me soutenant dans la finalisation d'une première publication sur la psychose hystérique, et en y apportant votre touche. Dans la foulée, vous m'avez encouragé dans mon souhait de poursuivre ma réflexion sur la pénétration, l'hystérie et le féminin dans le cadre d'un doctorat, en m'accueillant au sein du tout jeune Laboratoire Cliniques Pathologique et Interculturelle. Tout au long de ces trois années, notre relation collaborative a été, me semble-t-il, teintée d'une confiance réciproque. Le soutien que vous m'avez régulièrement renouvelé m'a été précieux pour assumer certains partis pris théoriques ou méthodologiques. Conformément à mes attentes, votre direction de thèse a consisté en un surplomb bienveillant, ponctué des touches impressionnistes dont vous avez le secret, riches d'intuitions théoriques et d'aiguillages bibliographiques, dont la densité et la pertinence ne m'ont jamais déçu.

Je remercie aussi **Jacques André, Aline Cohen de Lara, Vladimir Marinov et François Pommier**, d'accepter de siéger dans mon jury. C'est un honneur d'être lu et jugé par des cliniciens et chercheurs de votre autorité. J'espère que la lecture de mon travail répondra à vos exigences de rigueur, dans un domaine, la psychopathologie psychanalytique, dont vous êtes tous les quatre des spécialistes reconnus.

Je remercie **Aurélié Poupert-Gomes et Tristan Poupert**, ma femme et mon fils, d'avoir supporté trois années durant mon indisponibilité psychique chronique. Aurélié, tu n'as qu'en de rares occasions manifesté ta lassitude face à l'obnubilation de ma pensée, m'encourageant avec vigueur à diversifier mes sujets de conversation. Tu t'es prêtée consciencieusement à la relecture d'articles et de chapitres sur lesquels tu as porté un regard critique riche de ton intérêt pour les dérèglements de l'âme humaine, que tu côtoies quotidiennement dans ton travail en psychiatrie. Tristan, tu es à peine plus âgé que ma thèse. Tel un grand frère jaloux, tu as fait preuve de beaucoup d'imagination pour m'empêcher de lui consacrer trop de temps. Tu m'as sans cesse rappelé, si j'en doutais, que la lecture de Freud, Klein, Pankow et les autres ne me serait pas d'un grand secours s'agissant d'apprendre à être père.

Je remercie aussi **Marjorie Roques** et **Arthur Mary**. Vous m'avez précédé de quelques mois dans les péripéties doctorales, et m'avez bien volontiers fait profiter de votre expérience. Marjorie, tu n'as jamais été avare de compliments superlatifs, d'encouragements immodérés, et de conseils avisés : ton amitié me fut d'un réconfort précieux. Notre premier exercice d'écriture en commun n'est, je l'espère, que le préambule à une longue et féconde collaboration. Arthur, j'ai eu un réel plaisir et un vif intérêt à voir se confronter nos « sectarismes respectifs » (l'expression est de toi), dans les réflexions que nous avons menées parallèlement sur un même objet, l'influence. Ton « jusqu'aboutisme tranquille » (celle-là est de moi) n'a pas manqué d'éveiller ma curiosité et de bousculer mes repères. D'ailleurs, ton éthique de la subjectivité ne me laisse pas indifférent. Nous aurons, à l'avenir, l'occasion d'approfondir cette rencontre dans le travail en commun dont nous avons déjà le projet : il faut croire que nous ne sommes pas si sectaires que tu le dis !

Je remercie mon employeur, le **Centre Hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir**, d'avoir financé une partie des frais afférents à la réalisation de cette thèse, et de m'avoir permis, par le biais du réseau inter-établissements *Ascodocpsy* dont il est membre, de jouir d'un accès facilité à de nombreuses ressources documentaires. Je remercie tout particulièrement **Delphine Torredemer**, documentaliste au Centre Hospitalier, pour la rigueur et le dévouement dont elle fait preuve dans cette activité. Je profite de l'occasion pour exprimer une nouvelle fois mon espoir de voir le centre de documentation de l'établissement reprendre sa pleine activité, qui manque d'autant plus cruellement que l'hôpital est loin des bibliothèques universitaires de psychologie et de médecine.

Je remercie la Direction, les enseignants et les étudiants de l'**Institut Méditerranéen de Formation en Soins Infirmiers de Perpignan**. Vous m'avez accordé votre confiance et votre temps, et m'avez mis à disposition vos locaux, pour me permettre de mettre en œuvre mon protocole expérimental d'hypnose auprès de la promotion *Jeanne de Joannis*. Je remercie, enfin, **Estelle De Souza** et **Francis Hugon**, hypnothérapeutes, **David Mills** et **Franck Syx**, hypnotiseurs de spectacle, **Jean-Emmanuel Combe**, « hypnotiseur de rue ». Lors de nos échanges, vous m'avez transmis, chacun selon votre sensibilité et votre expérience, une représentation du phénomène hypnotique, de ses méthodes, et de ses applications. Vous m'avez par ailleurs offert l'opportunité d'expérimenter diverses formes d'induction hypnotique, et ainsi de m'immerger dans le phénomène même que je m'efforçais d'étudier.

## Résumé :

La question de l'essence de la sexualité féminine est l'une de celles qui firent d'emblée le plus débat au sein de la communauté psychanalytique, allant parfois jusqu'à être escamotée, archivée au rang de question sans réponse : le « continent noir » de Sigmund Freud. Quand il n'avoue pas sa circonspection, Freud s'entête dans une indifférenciation toujours plus revendiquée du phallique et du génital, éludant du même coup la spécificité de la génitalité féminine. Toutefois, on sait que Freud, au détour de certains textes, a laissé échapper des bribes d'une théorisation alternative qui, bien qu'il ne l'ait jamais assumée, constitua une source d'inspiration pour ses continuateurs. On y rencontre une femme dotée d'un orifice vaginal (fût-il associé à l'anus dans la représentation fantasmatique d'un cloaque), et dont le but sexuel passif est d'être pénétrée.

D'où provient cette appétence à accueillir passivement l'autre en soi ? La pénétration génitale dans sa valence passive constitue le but pulsionnel ultime du développement psychosexuel féminin, celui qui permet la reproduction. Toutefois, il semble probable qu'une représentation psychique de celle-ci n'est pas le produit d'une génération spontanée à la puberté (comme l'a parfois suggéré Freud), mais qu'elle plonge ses racines dans les temps prégénitaux : elle ne peut manquer de s'appuyer sur la réalité du corps de la fille comme du garçon, porteur d'une dimension contenante-excitante, réceptacle pour des contenus tels que les aliments, les selles, les organes internes et la sensorialité, qui en excitent les parois internes ; quant au psychisme naissant du nourrisson, il voit son espace interne illégitimement occupé par des contenus inconscients de l'environnement maternant qui y font effraction tels des corps étrangers excitants. C'est pourquoi il nous semble possible d'isoler une composante pulsionnelle spécifique, qui vise le but passif d'être pénétré ; elle s'étaie de façon transversale sur les expériences orales et anales, avant de s'accomplir pleinement dans la génitalité féminine dont elle constitue le précurseur : une composante pulsionnelle *vaginale*.

Le phénomène de l'influence, normale et pathologique, consiste en ce que le désir de l'autre, en tant que morceau incorporel de celui-ci, est accueilli en soi : on s'y abandonne comme à l'activité de l'homme dans le coït. En ceci, les phénomènes d'influence apparaissent paradigmatiques de la figuration psychique de la pénétration. A ce titre, l'influence constitue un objet d'étude privilégié pour l'observation de la *vaginalité*. Nous avons choisi d'en considérer deux modalités :

1/ Dans le délire d'influence, le malade a le sentiment d'être contrôlé à distance, télécommandé, qu'on lui impose des pensées, des sentiments, des intentions, des mouvements ; il se sent possédé par une entité qui l'habite. Nous avons fait l'hypothèse qu'un tel vécu réalise le désir inassumable d'être pénétré, de recevoir l'autre en soi, « d'être une femme en train de subir l'accouplement », comme l'écrivait Daniel Paul Schreber, le plus célèbre des influencés. Cette configuration psychopathologique constitue une résolution, dans le champ psychotique, de l'ambivalence à l'égard du désir *vaginal*, ambivalence que nous proposons de considérer comme l'essence de la problématique hystérique. Dès lors, il est possible d'isoler une *psychose hystérique*, psychose délirante chronique dont l'expression symptomatologique essentielle est le syndrome d'influence.

2/ Sous hypnose, la modification de l'état de conscience favorise l'appétence à s'abandonner aux suggestions de l'hypnotiseur, en neutralisant, par divers procédés, les résistances du sujet qui relèvent d'un *refus du vaginal*. Fort de ce postulat, nous tentons, à l'aide d'une épreuve projective de personnalité (test de Rorschach), de repérer les caractéristiques psychologiques des sujets les plus suggestibles, dans une démarche expérimentale systématisée. Les premiers résultats semblent indiquer que ce test constitue un piètre prédicteur du degré de suggestibilité d'un sujet ; toutefois, certains liens significatifs ont pu être mis en évidence, qui enrichissent notre appréhension de la *vaginalité* en jeu dans le phénomène universel de la suggestion.

**Mots clés :**

Pénétration

Féminin

Influence

Hystérie

Psychose hystérique

Délire d'influence

Xénopathie

Hallucination psychique

Suggestion

Hypnose

**Title:** Psychic figurations of penetration in its passive form: Psychotic and hypnotic influence phenomena as manifestations of feminine.

**Abstract:** Female sexuality is one of the issues which made at once most debate within psychoanalytical community, sometimes going as far as being skipped, archived to the rank of a question without an answer, the “Black continent”, Sigmund Freud said. When he did not admit its cautiousness, Freud persisted in a lack of differentiation between phallic and genital he claimed always more, evading at the same time specificity of female genitality. However, we know that Freud, in some texts, let out fragments of an alternative theory which has been a source of inspiration among his successors, although he never undertook it. It offers a woman endowed with a vaginal aperture (even if it is associated with anus in cloacal fantasy), and whose passive sexual aim is to be penetrated.

Where does this desire to receive passively the other into oneself come from? Genital penetration in its passive form is the ultimate instinctual aim of female psycho-sexual development, the one who enables reproduction. However, it seems likely that a psychic representation of it is not the product of a spontaneous generation during the puberty (as Freud sometimes suggested), but that roots in pre-genital period: it relies without fail on the reality of girl or boy’s body, which carries a containing-excitabile feature; it is a receptacle for exciting contents such as food, faeces, internal organs and sensory stimulation, which excite internal surface; regarding infant’s arising psyche, its internal space is illegitimately occupied by unconscious mothering contents which effract it such as exciting foreign bodies would do. Accordingly, it seems possible to isolate a specific instinctual component, which aims at the passive purpose to be penetrated; it is built by anaclisis in a transversal way on oral and anal experiences, before spreading in feminine genitality, whose it is a precursor: a *vaginal* instinctual component.

Influence, in its normal and pathological forms, implies that other’s desire, as incorporeal piece of him, is welcomed into oneself: we surrender to it as to man’s activity in sexual intercourse. Thus, influence’s phenomena seem paradigmatic of a psychic figuration of penetration. As such, influence is a favored object of study for the observation of *vaginality*. We chose to consider two modalities of it:

1/ A patient with a delusion of control has the feeling to be remotely controlled, he believes that one imposes him(her) thoughts, feelings, intentions, movements; he(he) feels possessed, occupied, inhabited. We assume that such a life experience realizes the unassumable willing of being penetrated, receiving the other in oneself, "being a woman submitting to intercourse", as Daniel Paul Schreber wrote, the most famous of the influenced patients. Such a psychopathological configuration is a resolution, in the psychotic experience area, of the ambivalence towards *vaginal* desire, which we suggest to consider as the essence of hysteric issue. Therefore, it is possible to isolate *hysterical psychosis*, as a chronic delusional psychosis whose main symptomatological expression is delusion of control.

2/ Under hypnosis, modified state of consciousness favors surrendering to hypnotist's suggestions, in so far as it neutralizes, by diverse processes, subject's resistances, which recover from a *refusal of the vaginal*. Hardly of this postulate, we try, using a projective test of personality (test of Rorschach), to locate psychological characteristics of the most suggestible subjects, in a systematized experimental approach. The first results seem to indicate that this test is a poor predictor of suggestibility degree; however, some significant links have been highlighted, which enrich our understanding of *vaginality* involved in suggestion.

**Keywords:**

Penetration

Feminine

Influence

Hysteria

Hysterical psychosis

Delusion of control

Xenopathy

Psychic hallucination

Suggestion

Hypnosis



**Laboratoire Cliniques Pathologique et Interculturelle (LCPI – EA 4591)**  
**Ecole Doctorale Comportement, Langage, Education,**  
**Socialisation, Cognition (CLESCO)**  
**Maison de la Recherche**  
**Université Toulouse 2 Le Mirail**  
**5 allées Antonio Machado**  
**31 058 TOULOUSE CEDEX 9**

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
AVANT-PROPOS : EMILIE ET LA PENETRATION	14
INTRODUCTION	22

## **1. LA PENETRATION DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL** 29

<b>1.1. PENETRATION, ORALITE ET CONSTRUCTION MOÏQUE</b>	<b>30</b>
1.1.1. LA SEXUALITE ORALE	30
1.1.2. LA DIFFERENCIATION MOI/NON-MOI	33
1.1.3. LE MOI ET LES OBJETS INTERNES	41
1.1.4. LA PENETRATION : UN NON-MOI AU-DEDANS	45
<b>1.2. PENETRATION ET ANALITE</b>	<b>49</b>
<b>1.3. PENETRATION ET THEORIES INFANTILES DE L'ENFANTEMMENT</b>	<b>52</b>
<b>1.4. PENETRATION ET GENITALITE</b>	<b>55</b>
<b>1.5. VAGIN ET... VAGINALITE ?</b>	<b>71</b>
1.5.1. L'HYPOTHESE D'UNE COMPOSANTE PULSIONNELLE <i>VAGINALE</i>	71
1.5.2. UNE PASSIVITE SEXUELLE PRIMAIRE EST-ELLE ENVISAGEABLE ?	74
1.5.3. ACTIVITE, PASSIVITE, PASSIVATION	79
1.5.4. QUELQUES REMARQUES SUR LES LIMITES DE L'OPPOSITION ACTIVITE/PASSIVITE	81
1.5.5. LE <i>VAGINAL</i> , UN PRECURSEUR DU FEMININ ?	85
1.5.6. ROBERT ET SA <i>VAGINALITE</i>	95
1.5.7. PENETRATION, SYMBOLISATION, TRAUMA : QUELQUES IDEES	98

## **2. LE DELIRE D'INFLUENCE : UNE RESOLUTION PSYCHOTIQUE DE L'AMBIVALENCE HYSTERIQUE VIS A VIS DE LA PENETRATION PASSIVE ?** 103

<b>2.1. HYSTERIE ET <i>VAGINALITE</i></b>	<b>104</b>
2.1.1. L'AMBIVALENCE HYSTERIQUE	104
2.1.2. LA « PENETRATION SANS CORPS » : UN COMPROMIS FACE A L'AMBIVALENCE	111
2.1.3. GERALDINE, OU LA PENETRATION SANS CORPS DANS LA NEVROSE HYSTERIQUE	116
2.1.4. EXTASE MYSTIQUE ET POSSESSION DEMONIAQUE : DEUX PASSIONS HYSTERIQUES ?	120
2.1.5. HYSTERIE ET DISSOCIATION : DE PIERRE JANET AU DSM-IV	126
<b>2.2. LE CONCEPT DE « PSYCHOSE HYSTERIQUE »</b>	<b>134</b>
2.2.1. PSYCHOSE HYSTERIQUE ET STRUCTURALISME	136
2.2.1.1. <i>Elle est psychotique, donc elle n'est pas hystérique</i>	137
2.2.1.2. <i>Elle est hystérique, donc elle n'est pas psychotique</i>	140
2.2.2. LA PSYCHOSE HYSTERIQUE DANS LA PENSEE DE GISELA PANKOW	148
2.2.2.1. Une approche originale de la psychose	148
2.2.2.2. La « structuration dynamique » dans la psychose hystérique	153
<b>2.3. SEMIOLOGIE DE LA PSYCHOSE HYSTERIQUE</b>	<b>156</b>
2.3.1. L'HALLUCINATION PSYCHIQUE DE JULES BAILLARGER	158
2.3.2. L'HALLUCINATION PSYCHOMOTRICE DE JULES SEGLAS	159
2.3.3. LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE DE GILBERT BALLE	161
2.3.4. LES PSYCHOSES D'INFLUENCE D'ANDRE CEILLIER	163
2.3.5. LES PSYCHOSES A BASE D'AUTOMATISME DE GAËTAN GATIAN DE CLERAMBAULT	167
2.3.6. LE SYNDROME D'ACTION EXTERIEURE D'HENRI CLAUDE	173
2.3.7. LA NOTION D'AUTOMATISME CHEZ HENRI EY	176
2.3.8. LES SYMPTOMES DE PREMIER RANG DE KURT SCHNEIDER	188
2.3.9. ACTUALITE DE LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE	191
2.3.10. PERSPECTIVES NEUROCOGNITIVES	194

<b>2.4. ANALYSE ET DISCUSSION DE QUELQUES CAS DE PSYCHOSE HYSTERIQUE</b>	<b>203</b>
2.4.1. LE CAS DANIEL PAUL SCHREBER : A PROPOS DE LA PARENTE ENTRE PSYCHOSE HYSTERIQUE ET PARANOÏA	203
2.4.1.1. La xénopathie de Schreber	205
2.4.1.2. Le fantasme de pénétration chez Schreber	213
2.4.1.3. Freud et la « paranoïa » de Schreber	231
2.4.1.4. La psychose hystérique de Schreber : une réalisation du désir du père ?	238
2.4.2. LE CAS NATALIA A... DE VICTOR TAUSK : A PROPOS DE LA PARENTE ENTRE PSYCHOSE HYSTERIQUE ET SCHIZOPHRENIE	245
2.4.2.1. L'« appareil à influencer » de Natalia : corps-pénis ou corps-vagin ?	245
2.4.2.2. Les destins du désir dans la psychose hystérique	249
2.4.2.3. Le délire d'influence comme défense anti-schizoïde	252
2.4.3. DEUX PATIENTS DE SVEN FOLLIN ET COLLABORATEURS : BENJAMIN M ET HELENE G	253
2.4.4. MADEMOISELLE P. : UN CAS D'ECOLE	257
2.4.5. LE CAS DOMINIQUE : PSYCHOTHERAPIE D'UNE PSYCHOTIQUE HYSTERIQUE	261
2.4.6. CAROLE ET FLORENCE : PSYCHOSE HYSTERIQUE <i>VERSUS</i> HYSTERIE PSYCHOTIQUE	272
2.4.6.1. Carole : l'organisation hystérique comme défense anti-schizoïde	272
2.4.6.2. Florence : l'exportation de la problématique hystérique dans le champ psychotique	281

### **3. LA SUGGESTION HYPNOTIQUE COMME INDUCTION EXPERIMENTALE D'UNE PENETRATION PASSIVE** **287**

<b>3.1. HYPNOSE ET PASSIVITE</b>	<b>288</b>
3.1.1. L'HYPNOSE ET LA PSYCHANALYSE	290
3.1.2. DESTINS DES COMPOSANTES PULSIONNELLES ACTIVES ET PASSIVES DANS L'HYPNOSE	295
3.1.3. HYPNOSE, SUGGESTION, TRANSFERT	299
3.1.4. SUGGESTION ET « RELATION-PLACEBO »	302
3.1.5. DISCUSSION	308
<b>3.2. SUGGESTION HYPNOTIQUE ET ORGANISATION DE LA LIBIDO : UNE EVALUATION SYSTEMATIQUE</b>	<b>310</b>
3.2.1. REMARQUES EPISTEMOLOGIQUES ET METHODOLOGIQUES	310
3.2.2. DU QUESTIONNEMENT PSYCHANALYTIQUE A L'OBSERVATION SYSTEMATIQUE	317
3.2.2.1. Mesure de la suggestibilité	317
3.2.2.2. Suggestibilité et personnalité : le choix du test de Rorschach	321
3.2.2.3. Recrutement	324
3.2.2.4. Résultats	326
3.2.2.5. Interprétation	334
3.2.2.6. Discussion	339

### **DISCUSSION GENERALE** **341**

### **BIBLIOGRAPHIE** **355**

### **ANNEXES** **369**

<b>ANNEXE I : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE DOMINIQUE</b>	<b>370</b>
<b>ANNEXE II : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE CAROLE</b>	<b>374</b>
<b>ANNEXE III : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE FLORENCE</b>	<b>380</b>
<b>ANNEXE IV : TRADUCTION FRANÇAISE NON-VALIDEE DE L'ECHELLE HGSHS (HARVARD GROUP SCALE OF HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY) FORME A</b>	<b>384</b>
<b>ANNEXE V : BROCHURE DE REPONSES HGSHS</b>	<b>391</b>
<b>ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE</b>	<b>409</b>

<b>ANNEXE VII : RESULTATS HGSHS</b>	<b>410</b>
<b>ANNEXE VIII : PROTOCOLES DE RORSCHACH DES PARTICIPANTS PEU ET TRES SUGGESTIBLES</b>	<b>413</b>
<b>ANNEXE IX : DONNEES ISSUES DE LA COTATION DES PROTOCOLES DE RORSCHACH</b>	<b>451</b>
<b>ANNEXE X : DONNEES STATISTIQUES</b>	<b>453</b>

# **Figurations psychiques de la pénétration dans sa valence passive**

**Les phénomènes d'influence psychotique et hypnotique  
comme manifestations du féminin**

*Si l'hypnose comporte un mystère, cela vient sans doute de ce qu'elle est un lieu très rare dans notre culture où l'être humain reconnaît qu'il n'est pas le centre, qu'il est seulement pour la vie une étape passagère, qu'il n'est lui-même que dans la mesure où il reçoit, que le point infime de son individualité ne peut avoir une fonction quelconque si à chaque heure il ne se laisse influencer de toute part.*

François Roustang<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> In Benhaiem JM (sous la direction de). (2005) *L'hypnose aujourd'hui*. Paris : In Press ; 2012, p. 29.

## AVANT-PROPOS : EMILIE ET LA PENETRATION

Emilie<sup>2</sup> est une femme d'une trentaine d'années. Elle est mariée et mère d'un petit garçon. Elle occupe un poste de cadre dans l'Administration depuis plusieurs années. Lorsqu'elle consulte au Centre Médico-Psychologique, elle vient de subir une Interruption Volontaire de Grossesse, et demande à bénéficier d'un soutien psychologique.

Sa présentation soignée, son contact engageant et séducteur, son ton parfois cynique contrastent avec ses plaintes dépressives : « Le médecin me dit que je n'ai pas le masque de la dépression, savez-vous où je peux en trouver un ? ». Elle se désole aussi de n'être pas prise au sérieux dans sa douleur par ses proches.

Son histoire est douloureuse. Sa mère l'a eue « comme on décide d'avoir un chien », avec un étranger de passage en France qu'elle a ensuite évincé. Elle est décrite comme perverse, se jouant des êtres comme d'instruments narcissiques, et de sa fille comme d'un objet sexuel. Une problématique incestueuse maternelle est ainsi d'emblée évoquée, et occupera l'essentiel du discours d'Emilie. Son enfance, telle qu'elle la relate, ressemble à un long huis-clos étouffant du couple mère-fille, rompu régulièrement par la présence salvatrice des grands-parents maternels, dont elle dit qu'ils ont joué avec elle le rôle de parents aimants. Ces grands-parents sont décédés depuis plusieurs années, et Emilie a rompu toute relation avec sa mère à la naissance de son fils, de peur que cette mère ne s'en prenne (agressivement et sexuellement) à son enfant.

La mère n'a jamais voulu qu'Emilie ne connaisse son père. Alors qu'Emilie est âgée de quelques années, sa mère fait même franciser son prénom, dont la consonance rappelait jusque là fortement la culture du père, et lui attribue du même coup son patronyme à elle, en lieu et place de celui du père. On peut s'étonner que l'Etat Civil français se soit ainsi rendu complice de la toute-puissance d'une mère qui achevait alors de gommer pour sa fille toute trace de la lignée paternelle. Emilie n'a retrouvé ce père qu'à l'âge adulte, et entretient avec lui des relations tendues et ambivalentes. Il vit dans son pays d'origine, avec femme et enfants légitimes ; elle ne l'a rencontré qu'une fois, et communique avec lui par téléphone. Il a toujours caché l'existence de sa fille française à sa famille, ce qui constitue le motif essentiel de leur discorde. Elle se comporte avec lui de façon provocante (adolescente ?), comme lorsqu'elle lui expose ses conduites adultérines et alcooliques, ou qu'elle lui fait croire que

---

<sup>2</sup> Pour conserver l'anonymat des patients évoqués, nous avons modifié les prénoms et certains détails biographiques.

son mari l'a mise dehors pour éprouver sa bienveillance paternelle (qui toujours la déçoit) et vérifier son attachement. Quant à lui, il se drape d'une prestance paternelle plaquée (d'autant plus artificielle qu'il a toujours été absent), répondant aux provocations d'Emilie par une posture offusquée, des réprimandes, et l'apposition de préceptes moraux et religieux : « il ne faut pas tromper son mari ! ». Lorsqu'à l'instar d'une maîtresse, elle le menace de révéler elle-même son existence à sa famille s'il ne se résout pas à le faire, lui se fond dans le rôle tout tracé du mari infidèle, tantôt se perdant dans des promesses confuses et différant sans cesse les révélations promises, tantôt se réfugiant dans une posture autoritaire et interdictrice grotesque, lorsque Emilie se montre trop pressante. Ce jeu relationnel durera jusqu'à ce qu'Emilie, un an après le début de la thérapie, se décide à transgresser l'interdit paternel, en faisant connaître son existence auprès de la femme et des enfants de son père, avec qui elle nouera d'emblée des liens cordiaux.

La première manifestation d'une pénétration psychique qui nous est apparue chez Emilie, et qui a initialement orienté notre sujet d'étude, concerne la pénétration d'un objet externe en la personne du psychologue, autrement dit le contre-transfert.

Le vécu contre-transférentiel particulier qui s'est rapidement déployé dans la relation thérapeutique avec Emilie, associé à une complaisante satisfaction, a retenu suffisamment notre attention pour nous inciter à nous pencher sur la question de la pénétration psychique. Ce sentiment de pénétration s'est traduit par une préoccupation persistante pour la patiente en-dehors du temps de nos séances hebdomadaires, l'évocation récurrente de cette prise en charge dans notre cure personnelle, et même ponctuellement par la mise en scène de l'image de la patiente dans notre vie onirique, comme si quelque chose d'insistant survivait en nous en-dehors du temps des séances. Cette présence de l'autre en soi se distingue d'autres types de relations aux objets internes, de par son caractère pénétrant, puisqu'il se comporte comme un corps étranger occupant l'espace interne d'un contenant sur lequel il exerce une emprise excitante.

Toute analyse honnête d'un contre-transfert doit être mise en perspective avec deux types de données : celles qui concernent l'espace psychique propre du thérapeute, indépendantes de l'influence transférentielle ; celles, au contraire, qui constituent la réaction du psychisme du thérapeute au transfert du patient.

Dans la première catégorie, mentionnons brièvement l'existence de certaines coïncidences entre l'histoire de la malade et celle de notre épouse. Leur contenu est suffisamment peu



significatif pour que nous n'ayons pas à en rendre compte. Ces coïncidences ne constituent pas en elles-mêmes des manifestations de pénétration, mais en tant que support d'identification, elles favorisent la disposition du moi du thérapeute à se laisser pénétrer.

Quant à la part « réactionnelle » de notre vécu contre-transférentiel, elle constitue l'un des piliers de notre compréhension de la patiente, puisqu'elle se spécifie dans notre vécu de pénétration. Son analyse est propre à nous renseigner sur le fonctionnement psychique de la malade, et en particulier sur les modalités de son investissement transférentiel.

Emilie évoque d'emblée, puis de façon discontinue au cours du suivi psychologique, un phénomène de « voix intérieure », dont on peut sans hésiter écarter tout caractère xénopathique (il n'est pas vécu comme exogène), puisqu'il n'est associé à aucune conviction délirante, et n'a pas la qualité phénoménologique de l'hallucination. Pour autant, cette « voix » est vécue comme un élément psychique hétérogène, un corps étranger, distinct de la pensée propre. Elle consiste en une série d'insultes et de menaces adressées à son fils, pensées de manière irrépressibles, non-reconnues comme le produit de l'activité consciente ; ces pensées sont à l'origine d'une angoisse et d'un sentiment de culpabilité. Emilie relie assez naturellement le contenu de cette voix à la parole maternelle, dont elle suppose qu'elle l'a probablement agressée en son temps, et en ces termes.

De la même façon, elle s'inquiète de constater en elle-même certaines ressemblances troublantes avec sa mère. Elle cherche des preuves de leur différence, mais vient parfois à y renoncer : « ma mère habite en moi » (évidemment, nous pensons : « ma mère a sa bite en moi »).

Emilie est habitée par l'obsession d'avoir un deuxième enfant, sans pourtant en ressentir le désir. D'une façon générale, elle se plaint de se sentir contrainte d'ordonner sa vie selon des directives qu'elle ne reconnaît pas comme lui appartenant, mais qu'elle assimile à la survivance en elle de désirs maternels : avoir deux enfants, travailler avant 25 ans, se marier avant 30 ans, avoir un deuxième enfant avant 35 ans, etc. En cela, toute identification est pénétration, dès lors qu'une partie des éléments, objets de l'identification, n'est pas assimilée, mais demeure vécue comme hétérogène au moi : on pourrait dire de ces éléments, pour filer la métaphore digestive, propre à figurer le processus identificatoire, qu'ils restent sur l'estomac. On a d'ailleurs pu constater de quelle façon Emilie, dans les premiers mois de la thérapie, investit le temps des séances comme un déversoir dont elle attend une catharsis, dans le « vomissement » de ses souvenirs « sordides ». Elle vit sa destructivité interne inélaborable comme du mauvais en elle à éjecter sur un mode oral : « comment je peux faire pour que ça

sorte ? ». Les rares représentations qu'elle parvient à associer à cette violence interne sont celles d'un « cerveau qui saigne » et d'une « éruption volcanique », dont le caractère archaïque, trivial, témoigne de la difficulté à lier la destructivité<sup>3</sup>. Elle fantasme qu'elle pourrait blesser le psychologue par ce qu'elle lui dit, et le prévient parfois avant de déverser un élément particulièrement sordide.

Les premiers temps de la psychothérapie permettent donc de mettre en évidence chez Emilie une occupation de l'espace interne par des morceaux de la mère, soit une répétition de la pénétration incestueuse subie dans l'enfance.

Par ailleurs, nous avons constaté, dans l'attitude de la patiente à notre égard, certaines conduites évocatrices d'un effort d'invagination dans la personne du psychologue, un effort pour laisser une trace de soi en lui (corrélatif du vécu contre-transférentiel évoqué plus haut). C'est avant toute chose dans le bureau du psychologue qu'Emilie a coutume de laisser sa trace, une trace parfumée qui, à l'instar de la trace mnésique des séances, a un caractère à la fois tenace et voluptueux. On la distinguera notamment des effluves intrusives contre lesquelles on s'élève, les parfums inélégants, les arômes tabagiques, les odeurs corporelles, et dont la persistance n'est pas souhaitée.

Au fil des séances semble se mettre en place un jeu autour du maquillage. Il nous apparaît progressivement que le degré de coquetterie d'Emilie est inversement proportionnel à la qualité de son état thymique, ce qui ne va d'ailleurs pas sans créer un écartèlement entre l'impression clinique immédiate (qualité du contact et de la présentation) et les plaintes d'ordre dépressif de la patiente. On a pu parfois se demander si un manège du même ordre ne se jouait pas aussi autour de la présence/absence des lunettes, porteuses d'une fonction complexe et paradoxale, à la fois objet fétiche, outil de séduction, et écran relationnel. Dans cet ordre d'idées, on pourrait aller jusqu'à supposer que les lunettes (comme d'ailleurs le maquillage) sont à la fois l'outil d'une pénétration active, et une défense contre la pénétration passive.

Les premiers entretiens sont l'occasion d'une exhibition sans détour d'éléments de l'histoire personnelle d'une grande violence, et en particulier la thématique de l'inceste maternel. Nous

---

<sup>3</sup> L'association de ces deux représentations, le vomissement et l'éruption volcanique, est à l'origine du nom de l'un des volcans les plus actifs du monde, le Kilauea, situé dans l'archipel d'Hawaïi, et qui signifie en hawaïen « celui qui vomit ».

apprendrons par la suite qu'il s'agit là d'une modalité d'investissement initial de l'autre dont Emilie est coutumière, puisque c'est ainsi qu'elle aborde les autres soignants (l'infirmière, le psychiatre, les psychothérapeutes rencontrés par le passé), mais aussi ses amants, ses amis, ses proches, etc. : elle crie à qui veut l'entendre que sa mère est un monstre incestueux. De la même façon, dans une moindre mesure, les confidences (provocantes) d'Emilie au sujet de la « voix » qu'elle entend, dès l'entretien infirmier initial, n'ont pas manqué de susciter dans l'équipe et au cours de la réunion clinique qui suivit, inquiétude et préoccupation, réalisant ainsi une entrée remarquée dans l'institution, en laissant d'emblée une trace marquante en l'autre (non que les hallucinés soient rares en psychiatrie, mais un élément psychotiforme isolé chez une personnalité d'apparence normalo-névrotique ne manque pas de surprendre). Emilie est une patiente qui intrigue, à propos de laquelle on s'interroge (et on interroge le psychologue).

Le rapport de force qui se joue avec son père est particulièrement éprouvant pour Emilie. Elle se demande si elle doit « envoyer une bombe » dans la famille de son père (c'est à dire révéler son existence, avec perte et fracas, au risque de faire exploser la famille) ou « renoncer » ; doit-elle réaliser l'intrusion jouissive tant désirée, ou se retirer ?

Elle se décide finalement à se faire connaître. Elle prend contact avec cette famille par téléphone, fait connaissance avec un demi-frère, avant que ne s'engage rapidement entre eux un échange de mails. Dans son premier courrier, elle lui annonce qu'elle a été victime d'inceste maternel.

Nous proposons de comprendre un tel lien relationnel comme relevant d'une pénétration active, puisqu'un élément psychique, parfois mal mentalisé (c'est le cas de la thématique incestueuse, et de la « voix ») se trouve ainsi catapulté dans l'espace psychique de l'autre, dans un élan effractant. Notons que cette façon d'aborder l'autre a un effet paradoxal, puisqu'en se trouvant pénétré de la sorte, l'autre est sidéré et tenu à distance. On peut donc s'interroger sur la valeur défensive, dans le registre narcissique (par le gel pulsionnel qu'elle suscite) d'une telle opération.

Les investissements d'Emilie donnent à observer d'incessantes allées et venues entre un dedans dans lequel elle se dit étouffer (son mari, son fils, sa maison, les soirées entre amis arrosées répétitives, l'humour potache de son beau-père) et un dehors dans lequel elle ne reste jamais vraiment (ses amants) et où elle semble n'aller que pour mieux revenir dans le dedans. Le degré de maîtrise et de jouissance obtenu dans un tel va-et-vient rappelle le rôle actif de l'homme dans le coït. Ses amants sont d'ailleurs largement investis sur un mode phallique :

elle les *choisit*, tantôt pour obtenir d'eux un enfant (comme d'ailleurs sa mère a cherché un géniteur plutôt qu'un homme), tantôt pour jouir auprès d'eux de beaux-parents qui l'aimeraient mieux que ses beaux-parents actuels ou que ses propres parents.

Emilie décrit un comportement kleptomane apparu dans l'enfance, et qui persiste dans une moindre mesure aujourd'hui. Chez une gardienne d'immeuble qui la gardait parfois, il lui est arrivé de voler du maquillage dans la salle de bain. Ces vols, gratuits puisqu'elle n'utilisait pas le fruit de son larcin, n'avaient de sens qu'au regard de leur forme : s'immiscer dans l'intimité de cette figure maternelle, et rejouer ainsi activement les manœuvres de séduction de la mère qu'elle subissait alors passivement, comme si elle s'identifiait au pénis maternel. Emilie n'a-t-elle d'ailleurs pas été à l'origine l'enfant-pénis de sa mère ?

Son gynécologue lui a parlé d'inceste : il l'a conseillée, lui a donné des documents relatifs à la confiance en soi, et l'a même invitée à des conférences. Il lui a fortement déconseillé de poursuivre sa psychothérapie. Pourquoi suscite-t-elle si souvent la perversion chez l'autre ? Et si le gynécologue joue au psychothérapeute, comme en son temps la mère à l'amante, le psychologue ne risque-t-il pas à son tour d'en avoir après son vagin ?

Emilie nous raconte un jour l'un de ses très rares rêves, survenu quelques jours plus tôt. Après avoir évoqué, pour la première fois, sa « peur panique des vers », elle nous fait le récit suivant :

J'ai rêvé qu'on découvrait que j'étais infestée par des vers, un peu comme le ténia. C'était un ver noir. Un médecin devait l'expulser du colon. Ca ressemblait un peu à un accouchement. Il y avait quelqu'un qui regardait, je ne sais plus si c'était mon mari ou ma mère.

Ses associations l'amènent à évoquer les selles (notamment à partir de la couleur noire du « ver »), sa constipation, son « problème avec [son] anus », son rapport ambivalent à la sodomie, mais également la pénétration imposée dans l'enfance par sa mère (qui utilisait pour cela ses doigts). Elle se souvient d'ailleurs que dans le rêve, elle était dissociée : à la fois dans son corps, et regardant la scène du point de vue de l'observateur passif (mari/mère), voyant ce qui se passait dans son corps « comme une radio » ; elle associe ce vécu dissociatif à celui qu'elle vivait pendant les scènes d'inceste : « je passais le temps, je m'échappais ». Quant à nous, nous lui faisons part d'interprétations transférentielles : le psychologue fantasmé

comme un accoucheur/violeur, accompagnant l'expulsion douloureuse du corps étranger interne excitant (résidu incestueux ?), pénis-enfant-selles, par la voie cloacale.

On peut donc constater, dans cette série d'investissements objectaux, un double mouvement, respectueux de l'opposition traditionnelle passif/actif : Emilie est tantôt pénétrée par sa mère, par des morceaux de sa mère, par le phallus maternel, jouant compulsivement la pénétration subie, tantôt identifiée à cet organe pénétrant, identification qui lui permet de renverser la passivité en activité. Ce renversement montre déjà à l'œuvre la continuité qui existe entre pénétration et identification, comme si la première marquait l'arrêt prématuré de la seconde : l'élément extérieur incorporé, avant d'être homogénéisé, est vécu comme un corps étranger excitant occupant l'espace interne. Disons-le à nouveau : dans la pénétration, le morceau avalé n'est pas digéré et reste sur l'estomac.

On peut globalement noter qu'au cours de la première année de psychothérapie, Emilie a progressivement et partiellement abandonné une position masculine (relation d'objet phallique, reposant sur la pénétration de l'autre ; psychopathologie *active* à type de troubles du comportement et d'addictions) pour une position féminine (réceptivité dans la relation, élaboration de l'affect dépressif). On peut penser qu'elle a en partie renoncé à s'identifier à une mère phallique, pour progressivement pouvoir supporter une *féminité génitalisée*<sup>4</sup>, dont la concavité ne constitue qu'un aspect.

De la psychothérapie d'Emilie, nous n'avons évoqué que quelques éléments disparates, propres à illustrer la façon dont cette rencontre thérapeutique a contribué de façon décisive à notre intérêt pour la question de la pénétration. Nous n'avons pas souhaité rendre compte de la dynamique de la thérapie, au fil des mois. Nous avons effleuré voire négligé des problématiques importantes, le masochisme et le transfert masochique, la compulsion à la répétition et la maîtrise du trauma dans la répétition, la transgression et la composante perverse, la situation du tiers dans la dyade mère-fille et l'imgo paternelle, l'homosexualité latente, les défenses rigides, la composante mélancolique, etc. Cependant, il nous semble que les interprétations itératives des manifestations de la dynamique transféro-contre-transférentielle relatives à la pénétration dans ses valences actives et passives, ont permis de

---

<sup>4</sup> Nous assumons ce pléonasse, qui vise à souligner l'opposition avec une pseudo-féminité qui révélait jusque-là un corps-vécu réceptacle pour le phallus maternel.

passer outre la pellicule hystérique, génératrice d'une excitation traumatogène, et d'accéder aux manifestations d'une désintrinsication pulsionnelle.

## INTRODUCTION

Le charisme, défini par le dictionnaire Larousse comme une « influence sur les foules d'une personnalité dotée d'un prestige et d'un pouvoir de séduction exceptionnels »<sup>5</sup>, est un mode d'être à l'autre qui se caractérise par une présence immédiate dans l'autre, dans une jouissance partagée. A ce titre, c'est peut-être le phénomène qui réalise le plus immédiatement et le plus communément l'équivalent psychique d'un coït, d'une pénétration. On dit d'ailleurs des personnalités charismatiques qu'elles « emplissent l'espace », à savoir l'espace interne de l'autre. Qu'est-ce qui spécifie la relation du moi à l'objet charismatique ? Comment le vécu de pénétration du sujet aux prises avec un tel objet peut-il se traduire sur un plan métapsychologique ?

En 1921, Freud spécifie ainsi les qualités du « chef », susceptible de réunir des individus au sein d'une foule :

Il suffit qu'il possède les propriétés typiques de ces individus à l'état de pureté et de netteté particulières et qu'il leur en impose par sa force et par sa grande liberté libidinale, pour être aussitôt désigné comme chef et revêtu d'une toute-puissance<sup>6</sup>

Le leader, l'hypnotiseur, le tabou, le chef de la horde primitive ont ceux-ci de commun qu'ils sont dépositaires d'une « force » qui « met en danger ceux qui les approchent »<sup>7</sup>.

La « foule primaire, écrit Freud, se présente comme une réunion d'individus ayant tous remplacé leur idéal du moi par le même objet, ce qui a eu pour conséquence l'identification de leur propre moi »<sup>8</sup>. Un « objet libidinal extérieur » se substitue « à l'idéal du moi » : « le moi établit une relation entre un objet et l'idéal du moi émané de lui-même, et il est possible que nous assistions ici à la reproduction, à l'intérieur du moi<sup>9</sup>, des actions et réactions réciproques qui, d'après ce que nous a révélé la théorie des névroses, se déroulent entre l'objet

---

<sup>5</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/charisme/14762>

<sup>6</sup> Freud S. (1921) Psychologie collective et analyse du Moi, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, p. 158.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 153.

<sup>8</sup> *Ibid.*, pp. 140-141.

<sup>9</sup> Dans les citations, c'est l'auteur qui fait ressortir les termes en italiques, et nous qui les soulignons d'un trait.

extérieur et le *moi* total »<sup>10</sup>. En se substituant ainsi à l'idéal du moi, défini comme une émanation du moi, le leader réalise une pénétration du moi (Freud dit « à l'intérieur du *moi* »). Plus loin, Freud se penche sur le cas de l'identification mélancolique : « l'objet a été abandonné, parce qu'il s'est montré indigne d'amour. Il se trouve alors, par le mécanisme de l'identification, reconstitué dans le *moi* et sévèrement jugé par l'*idéal du moi*. »<sup>11</sup>. Le moi *devient* l'objet ou, comme l'écrivait Freud six ans plus tôt dans une formulation devenue célèbre, à propos de l'« identification du moi avec l'objet abandonné » : « l'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi »<sup>12</sup>.

Le caractère de la pénétration doit donc se spécifier dans ce qui différencie la substitution (de l'objet à l'idéal du moi) de l'identification (du moi à tout ou partie de l'objet), c'est à dire dans ce qui différencie les rapports de l'individu au leader et aux pairs (dans la foule), ou encore au père et aux frères (dans la horde primitive).

L'identification a pour prototype corporel la digestion, sur laquelle prend appui, pourrait-on dire, l'incorporation. Le phénomène de substitution de l'objet à l'idéal du moi, tel qu'il est décrit par Freud, semble quant à lui pouvoir être rapporté à une *Gestalt* de pénétration. Dans l'identification, le moi se transforme sur le modèle de l'objet : les parties de l'autre sont digérées, métabolisées, ils passent du statut de corps étrangers à celui de parties d'un tout, d'hétérogènes à homogènes. Dans la pénétration, l'autre n'est pas digéré, il est accueilli tel quel au-dedans et demeure hétérogène au moi. Par conséquent, à l'issue de l'identification, les parties de l'objet ne sont plus différenciées du moi (toujours sur le modèle du métabolisme digestif), alors qu'elles demeurent étrangères au moi qu'elles pénètrent, avec lequel s'instaure une relation de contenu à contenant.

Un autre phénomène se traduit indiscutablement par un vécu de pénétration : il s'agit de l'état amoureux. Être amoureux suscite le sentiment d'être habité par l'autre, quoi que d'une façon toute particulière. Cette occupation de l'espace interne par l'autre est source de volupté : la douleur qui peut accompagner l'état amoureux ne réside pas dans la réalisation de la pénétration qu'il implique, mais seulement dans l'angoisse d'abandon qu'il suscite, ou dans le deuil qui, le cas échéant, suit la perte de l'objet d'amour<sup>13</sup>.

---

<sup>10</sup> *Ibid.*, pp. 158-159.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 162.

<sup>12</sup> Freud S. (1915b) Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes*, vol. XIII. Paris : PUF ; 1988, p. 268.

<sup>13</sup> Dans *Deuil et mélancolie* (*Ibid.*, p. 263), Freud relie le caractère « extraordinairement douloureux[x] » du deuil, à « la tâche assignée par la réalité » de la perte, qui « est exécutée en détail, avec une grande dépense de temps et



En 1921, Freud<sup>14</sup> distingue l'identification et l'état amoureux : « dans le cas de l'identification, l'objet se volatilise et disparaît, pour reparaître dans le *moi*, lequel subit une transformation partielle, d'après le modèle de l'objet disparu » ; dans l'état amoureux qui, lui aussi, « peut être conçu comme une introjection de l'objet dans le *moi* », l'objet « *a pris la place de ce qui était l'idéal du moi* » ; « l'objet subsiste, mais se trouve doté de toutes les qualités par le moi et à ses dépens. » Freud livre finalement son pressentiment : dans l'identification, « *l'objet est mis à la place du moi* », alors qu'il est mis à la place de « *l'idéal du moi* » dans l'état amoureux.

Freud situe l'hypnose à « une place intermédiaire » entre les phénomènes de la foule et de l'état amoureux : du premier, elle n'a pas le caractère collectif, et il lui manque les « tendances sexuelles » du second. Mais elle partage avec eux la forme d'une pénétration : « une de ses particularités consiste dans une sorte de paralysie de la volonté et des mouvements, paralysie résultant de l'influence exercée par une personne toute-puissante sur un sujet impuissant, sans défense ». Cette « influence » d'une force extérieure « toute-puissante » sur la « volonté » et les « mouvements » constitue par ailleurs les caractères essentiels du vécu xénopathique, dont nous ferons l'hypothèse qu'il est une expression emblématique de la pénétration dans la psychose. Dans ses *Mémoires d'un névropathe*, Daniel Paul Schreber, chez qui nous tenterons d'analyser le caractère xénopathique à l'extrême du délire, compare son expérience délirante à l'« emprise [exercée] sur le système nerveux de quelqu'un que l'on tient dans une certaine mesure prisonnier de sa volonté – comme cela se produit dans l'hypnose »<sup>15</sup>. Il pointe ainsi la convergence entre son vécu de pénétration, et ce qui spécifie la relation à l'hypnotiseur.

Le charisme, l'état amoureux, l'hypnose, nous montrent à l'œuvre différentes formes de la pénétration psychique, dans ses valences active et passive. Une telle pénétration, aussi longtemps qu'elle se réalise, est vécue dans la jouissance, de part et d'autre ; mais l'objet de la pénétration, membre de la foule, cesse d'être pénétré lorsqu'il cesse de s'identifier à ses frères pour s'identifier au leader pénétrant, au père, revendiquant la place de mâle dominant qu'il désire occuper auprès (au-dedans) des autres membres de la foule, en les pénétrant à son tour.

---

d'énergie d'investissement » ; elle consiste en ce que « chacun des souvenirs et des attentes, pris un à un, dans lesquels la libido était rattachée à l'objet, est mis en position, surinvesti, et sur chacun est effectué le détachement de la libido. »

<sup>14</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, pp. 137-140.

<sup>15</sup> Schreber DP. (1903) *Mémoires d'un névropathe*. Paris : Seuil ; 2001, p. 13.

Freud précise les rapports qu'entretiennent l'identification et la relation d'objet dans un chapitre de *Psychologie collective et analyse du moi* consacré à l'identification<sup>16</sup> :

La psychanalyse voit dans l'«identification» la première manifestation d'un attachement affectif à une autre personne ». L'identification « se comporte comme un produit de la première phase, de la phase *orale* de l'organisation de la libido, de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant, c'est-à-dire en le supprimant. [...] Il est facile d'exprimer dans une formule cette différence entre l'identification avec le père et l'attachement au père comme à un objet sexuel : dans le premier cas, le père est ce qu'on voudrait *être* ; dans le second, ce qu'on voudrait *avoir*. Dans le premier cas, c'est le sujet du *moi* qui est intéressé ; dans le second, son objet. [...] Il est beaucoup plus difficile de donner de cette différence une description métapsychologique concrète » ; « l'identification constitue la forme la plus primitive de l'attachement affectif à un objet ; [...] à la suite d'une transformation régressive, elle prend la place d'un attachement libidinal à un objet, et cela par une sorte d'introduction de l'objet dans le *moi*

L'identification n'est donc pas une modalité relationnelle, mais un substitut à la relation, héritière du comportement objectal archaïque qui consiste à absorber et à digérer l'objet pour devenir comme lui.

A partir du charisme compris comme emblème d'une relation à l'autre dont le modèle est la pénétration comme dialectique, on peut donc dégager la spécificité de la *pénétration passive*<sup>17</sup>, et la distinguer de l'identification, et de son ancêtre l'incorporation. Nous proposons ainsi quatre critères différenciateurs :

1 - Dans l'identification, on l'a vu, l'issue de l'opération consiste en l'assimilation de l'autre ou d'une partie de l'autre qui devient alors une partie du moi, sur le modèle de la digestion : l'enjeu de l'identification est le passage de l'hétérogène à l'homogène. La pénétration, quant à elle, **maintient la différenciation**, et instaure une dialectique entre le contenant et le contenu. Par conséquent, la pénétration est un mode de relation à part entière, alors que l'identification constitue un substitut à la relation.

2 - Dans l'incorporation, le rôle actif est du côté du *contenant*, le *contenu* en est l'objet passif (un contenant avale et digère activement un contenu) ; dans la pénétration, **ce rapport**

---

<sup>16</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, pp. 126-129.

<sup>17</sup> D'une façon générale, et faute de mieux, nous avons choisi de parler de *pénétration passive* pour désigner la position de celui dont l'espace interne est occupé par un corps étranger. Ce terme n'est pas idéal, en ceci qu'il peut laisser penser que celui qui reçoit et accueille l'autre en soi est amorphe face à cette activité, ce qui, bien sûr n'est pas le cas. Freud notait en 1920 (Freud S. (1920b) Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, p. 270) que « si l'on tente de les ramener à des principes plus originaires, la masculinité se volatilise en activité, et la féminité en passivité, ce qui est trop peu ». L'enjeu du présent travail, en particulier dans sa première partie, consiste justement à tenter de situer l'essence du *féminin*, donc de décrire cet écart qui le sépare de la passivité.

**actif/passif est inversé**, comme le rappelle Freud, en 1923<sup>18</sup>, à propos de la génitalité, lorsqu'il précise qu'à partir de la puberté « la polarité sexuelle coïncide avec *masculin* et *féminin*. Le masculin rassemble le sujet, l'activité et la possession du pénis ; le féminin perpétue l'objet et la passivité. Le vagin prend maintenant valeur comme logis du pénis, il recueille l'héritage du corps maternel. » Le contenant-vagin a le rôle passif de « logis » du contenu-pénis. Pour autant, le contenant passif peut jouer un rôle excitant sur le contenu qui le pénètre : à la puberté, « la poussée du membre viril devenu érectile indique le nouveau but, c'est à dire la pénétration dans une cavité qui saura produire l'excitation »<sup>19</sup>. Cela fait dire à André Green<sup>20</sup> que la sexualité féminine implique une « activité à but passif », nécessaire « pour que la jouissance féminine atteigne ses pleines capacités réceptrices »<sup>21</sup>.

L'aspect actif du sujet qui pénètre l'objet est évident. Par contre, une précision s'impose à propos des caractères actif et passif de l'objet et du sujet dans la pénétration passive, c'est-à-dire lorsque le sujet est pénétré par un objet pénétrant. Dans ce dernier cas, on constate que la qualité hétérogène de l'objet-contenu vis à vis du sujet-contenant implique *de facto* le caractère actif de l'objet-contenu. En effet, un corps étranger occupant l'espace interne, aussi inerte soit-il, est perçu par le sujet-contenant comme produisant une certaine excitation sur ses parois internes. Cette précision est essentielle, car on verra que, dès lors qu'on s'intéressera à la pénétration passive, on sera confronté à des objets pénétrants qui ne tiennent parfois leur caractère actif, excitant, qu'à leur présence au-dedans (c'est le cas, par exemple, du bol alimentaire et du contenu rectal).

3 – En 1921<sup>22</sup>, Freud souligne que l'identification « se comporte comme un produit de la première phase, de la phase *orale* de l'organisation de la libido, de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant, c'est-à-dire en le supprimant ». L'année précédente, il écrivait que « dans la phase d'organisation orale de la libido, la possession amoureuse coïncide avec la destruction de l'objet ; plus tard, la tendance sadique devient autonome et, finalement, dans la phase génitale proprement dite, alors que la procréation devient l'objectif principal de l'amour, la tendance sadique pousse l'individu à s'emparer de l'objet sexuel et à le dominer dans la mesure compatible avec l'accomplissement

---

<sup>18</sup> Freud S. (1923a) L'organisation génitale infantile, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 116.

<sup>19</sup> Freud S. (1905b) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard ; 1962, p. 132.

<sup>20</sup> Green A. (1990) *Le complexe de castration*. Paris : PUF ; 2007, p. 114.

<sup>21</sup> Voir aussi Freud S. (1915d) Pulsions et destins de pulsions, in *Œuvres complètes, vol. XIII*. Paris : PUF ; 1988, p. 167 : « Toute pulsion est un morceau d'activité ; quand on parle, d'une façon relâchée, de pulsions passives, on ne peut rien vouloir dire d'autre que des pulsions à but passif. »

<sup>22</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 127.

de l'acte sexuel. »<sup>23</sup>. Alors que l'identification, héritière de l'incorporation, implique la suppression de l'objet avalé, **sujet et objet de la pénétration ne sont pas détruits, mais mutuellement excités**. Dans le cadre de sa seconde théorie des pulsions, Freud situe, au sein de la sexualité génitale, l'effet de la pulsion de mort dans l'emprise qu'implique le coït, alors qu'elle se traduit dans la phase orale par des fantasmes d'anéantissement.

Il faut cependant apporter une nuance et une précision sur ce point. L'identification est-elle forcément associée à la destruction de l'objet ? Freud se pose la question dans *Psychologie collective et analyse du moi*<sup>24</sup> : « Est-il bien certain que l'identification comporte une négation des qualités de l'objet ? Ne peut-il y avoir identification, sans disparition de l'objet ? » En effet, si, chez le mélancolique, l'identification est venue se substituer à la relation du fait de la perte de l'objet, on peut observer dans tant d'autres situations la coexistence d'une relation et d'une identification à l'objet. Mais ce qui importe pour notre propos, c'est que le *morceau* de l'autre, fantasmatiquement mis en soi, s'y maintient dans certains cas (on parle alors de pénétration), alors qu'il s'y dissout dans d'autres (c'est l'identification).

4 – Enfin, les deux opérations aboutissent à un résultat distinct : l'identification, que ses motivations soient d'ordre narcissique ou objectal, donne lieu à une modification du moi, à des degrés divers ; **la pénétration suscite l'excitation et la jouissance**.

Notons que les critères 3 et 4 sont corrélatifs du premier.

La pénétration constitue le but ultime de la sexualité aboutie, *génitale*, c'est-à-dire celle qui vise la reproduction. Pourtant elle est rarement abordée dans la littérature psychanalytique, notamment pour ce qui est de sa forme passive. Peut-être est-ce parce qu'en projetant sur le devant de la scène la sexualité infantile si longtemps ignorée, la psychanalyse a quelque peu mis dans l'ombre la sexualité adulte et son but pulsionnel spécifique, la pénétration. Pourtant, nous allons voir dans la **première partie** de ce travail, consacrée à **la place de la pénétration dans le développement psychosexuel**, que la pénétration passive n'est pas absente de la sexualité infantile. Notre hypothèse est qu'en tant que but pulsionnel spécifique, elle trouve à s'étayer de façon transversale sur les expériences orales et anales, et que le phallique peut être compris comme une réaction contre elle (en ceci qu'il neutralise les orifices), avant qu'elle ne se déploie pleinement dans la génitalité féminine. Nous proposerons finalement de donner à cette **composante pulsionnelle spécifique, qui vise le but passif d'être pénétré, le nom de**

---

<sup>23</sup> Freud S. (1920a) Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, p. 68.

<sup>24</sup> Freud D., 1921, *Ibid.*, p. 138.

*vaginalité*. Nous tenterons de montrer qu'elle est à l'origine de diverses manifestations psychiques normales et pathologiques, et qu'elle constitue le précurseur prégénital du *féminin*.

Nous consacrerons notre **seconde partie** à l'une des manifestations psychopathologiques qui a le plus fasciné les médecins et les cliniciens dans l'histoire : l'hystérie. Nous tenterons d'envisager comment les phénomènes hystériques peuvent être compris sous l'angle de la pénétration passive, de la *vaginalité*, considérant que l'hystérie traduit la cristallisation pathologique d'une ambivalence universelle, qui voit s'affronter dès les premiers temps de la vie psychique un *désir vaginal* et un *refus du vaginal*. Ces hypothèses nous amèneront à envisager l'existence de modalités *psychotiques* de résolution de la problématique hystérique : nous postulerons l'existence d'une **psychose hystérique, psychose délirante chronique dont l'expression sémiologique essentielle est un vécu délirant d'influence**. Nous verrons ce que la sémiologie psychiatrique a proposé depuis deux siècles pour circonscrire ces phénomènes. Enfin, nous nous attacherons longuement à confronter nos hypothèses à la clinique.

La **troisième partie** sera l'occasion d'un retour à un **phénomène d'influence normal : la suggestion hypnotique**. Notre souci clinique cèdera le pas à une **démarche expérimentale et systématisée** : à l'aide d'un outil standardisé de mesure de la suggestibilité et d'une épreuve projective, nous tenterons de mettre en évidence des caractéristiques de fonctionnement psychique susceptibles de rendre compte de l'appétence d'un sujet à s'abandonner aux suggestions de l'hypnotiseur. Ce sera l'occasion de nous interroger sur les manifestations de la *vaginalité* au test de Rorschach.

# 1. LA PENETRATION DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL

*la meilleure garantie que l'on se trouve dans le bon chemin est de s'y trouver en bonne compagnie : aussi n'est-ce pas seulement à la clinique mais aussi à la tradition que nous avons demandé un guide.*  
Henri Ey<sup>25</sup>

Quelle place est réservée, en psychanalyse, à la question de la pénétration, du vécu du corps propre et du corps de l'autre comme contenant excitable et comme contenu excitant ? Pour répondre, il nous faut retracer le cheminement de la pénétration, en tant que but pulsionnel, à travers le développement psychosexuel.

---

<sup>25</sup> Ey H. (1934) *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal*. Paris : L'Harmattan ; 1999, p. 151.

## 1.1. PENETRATION, ORALITE ET CONSTRUCTION MOÏQUE

### 1.1.1. La sexualité orale

Dans un ajout daté de 1915 à son chapitre sur *La sexualité infantile*, Freud décrit la phase orale du développement de la libido :

Une première organisation sexuelle prégénitale est celle que nous appellerons *orale*, ou, si vous voulez, *cannibale*. L'activité sexuelle, dans cette phase, n'est pas séparée de l'ingestion des aliments, la différenciation de deux courants n'apparaissant pas encore. Les deux activités ont le même objet et le but sexuel est constitué par l'*incorporation* de l'objet, prototype de ce que sera plus tard l'*identification* appelée à jouer un rôle important dans le développement psychique. [...] dans la succion, l'activité sexuelle, séparée de l'activité alimentaire, n'a fait que remplacer l'objet étranger par une partie du corps du sujet<sup>26</sup>

L'« objet » de la pulsion orale est-il à considérer à l'origine comme homogène ou hétérogène au moi ? La question de l'homo/hétérogénéité recouvre celle de la différenciation première, la différence des êtres. Or, comme nous l'enseignent notamment les travaux de Mélanie Klein, une première forme stable de différenciation moi-objet s'acquiert progressivement au cours des premiers mois de la vie, par un jeu subtil d'introjections et de projections du bon et du mauvais :

le premier moi manque beaucoup de cohésion et [...] une tendance vers l'intégration alterne avec une tendance à la désintégration, une tendance à tomber en morceaux. Je crois que ces fluctuations sont caractéristiques des premiers mois de la vie<sup>27</sup>

Cette observation est aussi rapportée par André Green :

le Moi de l'enfant agira individuellement quand la séparation sera accomplie entre le sein et l'enfant. Ce processus graduel s'accompagne de phases périodiques de réunion lors desquelles se réinstalle la phase antérieure, et d'autres phases où, en l'absence de l'objet, l'enfant tente de rétablir, dans la solitude, le paradis perdu de la fusion.<sup>28</sup>

A ce stade très précoce, l'opposition entre pulsion de vie et pulsion de mort, entre forces de liaison et de déliaison, se traduit par une alternance de fusions et de dé-fusions : la

---

<sup>26</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, pp. 95-96.

<sup>27</sup> Klein M. (1946) Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, in *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1966, p. 278.

<sup>28</sup> Green A. (1976) Le concept de limite, in *La folie privée*. Paris : Folio ; 2010, p. 149.

différenciation initiale entre moi et non-moi est l'œuvre de la pulsion de mort. Mais Green ajoute qu'« une des fonctions fondamentales de la psyché est de tendre vers la séparation pour promouvoir l'individuation : ce but ne sera atteint que si cette fonction disjonctive est assortie d'une fonction conjonctive dont la visée est de rétablir, autant que faire se peut, une communication entre les éléments clivés, dans une coexistence conflictuelle minimale. C'est là le travail de la symbolisation qui nécessite le clivage de deux éléments, puis leur recombinaison pour créer un troisième élément »<sup>29</sup>. L'intrication pulsionnelle est donc indispensable à l'individuation : elle permet de créer un champ intermédiaire entre la symbiose et l'autisme.

La pénétration, définie comme occupation de l'espace interne par un corps étranger, n'a de sens que dans un contexte psychique capable de distinguer un dedans et un dehors, un moi et un autrui. Mais dès lors qu'une telle différenciation, ne serait-ce que flottante et transitoire, telle qu'elle doit très probablement d'abord se manifester avant de se stabiliser, peut être pressentie par le sujet en cours d'individuation psychique, soit dans les tous premiers moments de sa vie, rien ne s'oppose à ce qu'une première forme de pénétration ne trouve à se traduire psychiquement. Lorsque le jeune enfant, arrivé à ce stade précoce de construction moiïque, ingurgite des aliments, tout laisse à penser qu'il doit par moments être capable de les percevoir comme un morceau du dehors qui, après avoir franchi par l'orifice de la bouche la frontière encore incertaine des limites du corps, garde encore pour un instant ce statut de corps étranger, occupant l'espace interne, et excitant les muqueuses buccale, pharyngienne, œsophagienne, puis gastrique. Il suffit d'ailleurs que l'enfant, repu, s'aventure à continuer de s'alimenter, pour que chaque nouvelle gorgée de lait ne soit plus perçue comme venant combler une demande, mais se trouve déborder les capacités de contenance de l'espace interne. Dès lors, face à ce morceau d'extérieur indigeste (ou, pour se situer sur un plan psychique, *non-homogénéisable, non-métabolisable*), la nausée vient traduire perceptivement la qualité d'*intrus* de cet « en-trop ». Le corps du nourrisson peut alors se soulever contre cette occupation interne indésirable dans un spasme à même de l'expulser.

On a posé initialement comme condition préalable pour parler de pénétration, le caractère actif du contenu. On a ajouté que la localisation interne d'un corps relativement à un autre corps suffit, du point de vue du sujet-contenant, à fournir à cet objet-contenu le caractère de

---

<sup>29</sup> *Ibid.*, pp. 146-147.



l'activité. Le corrélat de ces présupposés, c'est que le mécanisme d'incorporation, dont le prototype corporel est l'ingurgitation, comporte intrinsèquement une **double composante active et passive** : le sujet qui ingurgite est à la fois actif (il aspire un corps, éventuellement le mâche, puis l'avale, et enfin le digère) et passif (son espace interne est occupé par un corps étranger qui stimule, excite, certaines muqueuses : le sujet est pénétré par lui). L'incorporation condense donc, à titre de potentialités, ce qui va secondairement s'émanciper comme, d'une part l'identification, d'autre part la pénétration passive.

On peut s'interroger sur le processus psychique qui permet, au cours du nourrissage, et plus tard de l'alimentation, à chaque gorgée, à chaque bouchée, d'opérer la transition entre la différenciation et l'indifférenciation, la transformation du différent en identique, de l'hétérogène à l'homogène, d'assurer le passage du statut de corps étranger à celui de partie du corps propre. Il semble inévitable que cette phase de transition est immédiatement précédée d'une phase de pénétration : avant d'être digéré, l'élément avalé occupe l'espace intérieur pour un temps bref, *illégitimement* pourrait-on dire, et y excite les parois internes du contenant qui l'accueille, avec un effet tantôt voluptueux, tantôt incommode. On peut donc supposer que c'est là que doit s'originer la dialectique de la pénétration, soit la première expérience d'une occupation du dedans par un autrui excitant. Cette expérience, d'abord corporelle, serait le prototype sur lequel s'appuierait la composante pulsionnelle que l'on tente d'isoler.

Selon cette hypothèse, les premières expériences de pénétration psychique sont donc contemporaines de la formation du moi, vacillant avec elle, puisqu'intrinsèquement liées à elle (sans une limite différenciatrice, pas d'invagination possible...). Mais si l'on tente de remonter encore l'histoire de la construction du moi, se pose la question essentielle des mécanismes de sa structuration. Or, ne peut-on déjà y repérer l'œuvre d'une pénétration, non plus comme potentialité offerte par la différenciation naissante entre le dedans et le dehors, mais comme processus de sa constitution ?

### 1.1.2. La différenciation moi/non-moi

En 1915, Freud évoque la question de la différenciation dedans-dehors :

Plaçons-nous du point de vue d'un être vivant presque totalement en désaïde, non encore orienté dans le monde, qui capte des stimulus dans sa substance nerveuse. Cet être sera très rapidement en mesure d'effectuer une première différenciation et d'acquérir une première orientation. D'une part, il sentira des stimulus auxquels il peut se soustraire par une action musculaire (fuite), ces stimulus il les met au compte d'un monde extérieur ; mais d'autre part aussi des stimulus contre lesquels une telle action demeure inutile et qui conservent malgré cela leur caractère de poussée constante ; ces stimulus sont le signe caractéristique d'un monde intérieur, la preuve des besoins pulsionnels. La substance perceptive de l'être vivant aura ainsi acquis, dans l'efficacité de son activité musculaire, un point d'appui pour séparer un « à-l'-extérieur » d'un « à-l'-intérieur ». <sup>30</sup>

Freud propose ainsi une première modalité de différenciation moi/non-moi, qui prend appui sur la localisation des stimuli, déterminée par la capacité ou non de l'individu à s'en soustraire par le recours à la musculature. Puis, une seconde phase interviendrait :

Le moi, dans la mesure où il est auto-érotique, n'a pas besoin du monde extérieur, mais il reçoit des objets en provenance de lui, par suite des expériences vécues par les pulsions-de-conservation-du-moi, et il ne peut tout de même pas s'empêcher d'éprouver pour un temps comme empreints de déplaisir des stimulus pulsionnels internes. Sous la domination du principe de plaisir, s'accomplit alors en lui un nouveau développement. Il accueille dans son moi les objets offerts, dans la mesure où ils sont sources de plaisir, il s'introjecte ceux-ci (selon l'expression de Ferenczi) et, d'un autre côté, expulse hors de lui ce qui, dans son intérieur propre, lui devient l'occasion de déplaisir. Il se change ainsi à partir du moi-réel initial, qui a différencié intérieur et extérieur selon un bon critère objectif, en un moi-plaisir purifié qui place le caractère de plaisir au-dessus de tout autre. Le monde extérieur se divise pour lui en une part-plaisir qu'il s'est incorporée, et un reste qui lui est étranger. De son moi propre, il a extrait une partie constitutive qu'il jette dans le monde extérieur et ressent comme hostile. [...] L'externe, l'objet, le *haï* seraient, au tout début, identiques. L'objet se révèle-t-il plus tard source de plaisir, il est alors aimé, mais également incorporé au moi, si bien que, pour le moi-plaisir purifié, l'objet coïncide malgré tout de nouveau avec l'étranger et le *haï*. <sup>31</sup>

On note qu'ici, les termes d'introjection et d'incorporation semblent être utilisés dans un sens identique : c'est le processus par lequel l'objet source de plaisir est placé à l'intérieur du moi, et qui aboutit à une indifférenciation de l'objet incorporé/introjecté avec le moi.

Le « moi-réel initial », celui qui se fonde sur le « bon critère objectif » qui consiste à mettre au compte du monde intérieur les stimuli dont le sujet est incapable de « se soustraire par une

---

<sup>30</sup> Freud S., 1915d, *op. cit.*, p. 165.

<sup>31</sup> *Ibid.*, pp. 180-181.

action musculaire », fait place, dans un second temps, au « moi-plaisir purifié » qui, maintenant, fonde sa différenciation moi/non-moi sur l'opposition plaisir-déplaisir. En d'autres termes, selon Freud, le moi est à l'origine garant d'une identité (son premier « critère » est le « bon »), avant de se perdre dans une confusion moi-objet, plaçant « au-dessus de tout autre » le « caractère de plaisir », soit l'opposition plaisir-déplaisir, bon-mauvais, pour fonder l'opposition dedans-dehors, et non plus la réalité. Ce développement du moi apparaît, pour le moins, contre-intuitif : le moi serait initialement unifié, avant de se cliver<sup>32</sup> sous la pression du principe de plaisir.

Dans *Le Moi et le Ça*, Freud<sup>33</sup> précise les conditions de la formation du Moi. Il est « avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface ». C'est « une partie du *Ca* ayant subi des modifications sous l'influence directe du monde extérieur, et par l'intermédiaire de la conscience-perception. »

Dans la mesure où « le propre corps de l'individu et, avant tout, sa surface constituent une source d'où peuvent émaner à la fois des perceptions externes et des perceptions internes », la pénétration passive, en jeu dans l'ingurgitation et le processus qui s'y étaye, l'incorporation, pourvoyeuse d'excitations internes, doit jouer un rôle dans la constitution du moi, et plus précisément dans la détermination de sa face interne.

Par ailleurs, une conception du moi comme projection de la surface corporelle implique que la pénétration psychique doit tout naturellement se traduire par la pénétration du moi. Mais la complexité de la définition du moi, son évolution, parfois son imprécision, rendent malaisée la description d'une telle « pénétration du moi ».

La question de la différenciation moi-non-moi revient dix ans après *Pulsions et destins de pulsions* dans l'article intitulé *La négation*. A partir du mécanisme de dénégation observé dans la cure, Freud s'intéresse à l'apparition de la fonction intellectuelle du jugement, et du symbole de la négation :

---

<sup>32</sup> Freud ne désigne pas explicitement le mécanisme de clivage, tel qu'il le développera douze ans plus tard (Freud S. (1927) Le fétichisme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 133-138). Mais le recours à un tel processus est inévitable pour que le moi, jusque-là unifié, « expulse hors de lui ce qui, dans son intérieur propre, lui devient l'occasion de déplaisir ».

<sup>33</sup> Freud S. (1923c) Le Moi et le Ça, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, pp. 193-195.

La fonction de jugement a pour l'essentiel deux décisions à prendre. Elle doit prononcer qu'une propriété est ou n'est pas à une chose, et elle doit concéder ou contester à une représentation l'existence dans la réalité. La propriété dont il doit être décidé pourrait originellement avoir été bonne ou mauvaise, utile ou nuisible. Exprimé dans le langage des motions pulsionnelles les plus anciennes, orales : cela je veux le manger ou bien je veux le cracher, et en poussant plus avant le transfert : cela je veux l'introduire en moi, et cela l'exclure de moi. Donc : ça doit être en moi ou bien hors de moi. Le moi-plaisir originel veut, comme je l'ai exposé ailleurs, s'introjecter tout le bon, jeter loin de lui tout le mauvais. Le mauvais, l'étranger au moi, ce qui se trouve à l'extérieur est pour lui tout d'abord identique.

L'autre décision de la fonction de jugement, celle qui porte sur l'existence réelle d'une chose représentée, est un intérêt du moi-réel définitif qui se développe à partir du moi-plaisir initial (examen de réalité). Maintenant il ne s'agit plus de savoir si quelque chose de perçu (une chose) doit être accueillie ou non dans le moi, mais si quelque chose de présent dans le moi comme représentation peut aussi être retrouvé dans la perception (réalité). C'est, comme on le voit, de nouveau une question d'*extérieur et d'intérieur*. Le non-réel, le simplement représenté, le subjectif, n'est qu'à l'intérieur ; l'autre, le réel, est présent à l'extérieur aussi. Dans ce développement, la prise en considération du principe de plaisir a été mise à l'écart. [...] L'opposition entre subjectif et objectif n'existe pas dès le début. Elle s'instaure seulement par le fait que la pensée possède la capacité de présentifier de nouveau, par reproduction dans la représentation, quelque chose autrefois perçu, l'objet n'ayant plus à être encore présent à l'extérieur.<sup>34</sup>

Freud semble ici désavouer l'étape du « moi-réel initial » introduite dans *Pulsions et destins de pulsions*<sup>35</sup>, et situer par conséquent comme originelle celle qu'il appelait alors « moi-plaisir purifié », et qui devient tout naturellement le « moi-plaisir initial ». Freud propose ici une étape ultérieure dans le développement de la différenciation dedans-dehors, qui se fonde sur l'« examen de réalité » : la « fonction de jugement » doit permettre à ce stade de déterminer « si quelque chose de présent dans le moi comme représentation peut aussi être retrouvé dans la perception », si une représentation renvoie à une réalité objective, ou seulement subjective.

Dans ses *Notes sur quelques mécanismes schizoïdes*<sup>36</sup>, Mélanie Klein s'appuie sur l'idée selon laquelle la fonction « d'administrer l'angoisse » est dévolue au moi « dès le début ». L'angoisse à laquelle le moi originaire a affaire « surgit de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur de l'organisme » ; elle « prend la forme d'une peur de persécution » et est vécue « comme la peur d'un objet incontrôlable et extrêmement puissant ». En d'autres termes, ce qui va mobiliser initialement le moi, c'est un réflexe de défense contre ce qu'il vit comme un persécuteur intérieur, puisque d'origine pulsionnelle (c'est seulement des suites de cette mobilisation défensive qu'il sera projeté à l'extérieur, dans l'objet).

---

<sup>34</sup> Freud S. (1925a) La négation, in *Œuvres complètes*, vol. XVII. Paris : PUF ; 1992, pp. 168-169.

<sup>35</sup> Freud S., 1915d, *op. cit.*

<sup>36</sup> Klein M., 1946, *op. cit.*, pp. 277-279.

Cette « nécessité d'administrer l'angoisse oblige le premier moi à développer des mécanismes de défense fondamentaux ». Il résulte « de son manque de cohésion que le moi, sous la pression de la menace » d'être « détruit de l'intérieur » tend à « tomber en morceaux ». La désintégration du moi n'est donc pas première, elle est la réaction d'un moi immature à la menace interne, et à l'échec partiel des défenses : « aucun de ces processus n'atteint entièrement son but ».

Klein fait donc jouer un rôle majeur, dans la phase schizo-paranoïde, à la relation du moi avec des éléments pulsionnels vécus comme des corps étrangers persécutants qui occupent l'espace intérieur. C'est une première forme archaïque de pénétration passive du moi qui va déclencher à la fois les opérations défensives et la désintégration initiale du moi. Elle ajoute que « l'angoisse primaire d'être anéanti par une force destructrice à l'intérieur, avec la réponse spécifique du moi (tomber en morceaux ou se cliver) peut être extrêmement importante dans tous les processus schizophréniques ». Un vécu persécutant de pénétration passive serait donc aussi à l'origine de la dissociation des fonctions du moi dans la psychopathologie de l'adulte.

Klein soutient « que le sein "bon" constitue une partie essentielle du moi, qu'il exerce dès le début une influence fondamentale sur le processus de développement du moi, et qu'il affecte à la fois la structure du moi et les relations d'objet ». Elle ajoute que « le sein gratificateur, intériorisé sous la domination de la libido dans la tétée, est senti comme complet. Ce premier objet "bon" intérieur agit comme un point central dans le moi. Il contrecarre les processus de clivage et de dispersion, il appuie la cohésion et l'intégration, c'est un instrument dans la construction du moi. Le sentiment qu'a le bébé de posséder à l'intérieur de lui-même un sein "bon" et complet peut cependant être ébranlé par la frustration et l'angoisse ».

Quel est le statut de ce « sein gratificateur », « intériorisé » et « senti comme complet » ? Est-il identifié au moi, permettant ainsi « la cohésion et l'intégration » de celui-ci ? Est-il un objet interne à proprement parlé, différencié du moi, comme le suggère l'expression de « premier objet "bon" intérieur » ? Doit-on, enfin, envisager une alternative, telle qu'on l'a rencontrée à propos de la relation d'objet pénétrante, intermédiaire entre la relation d'objet *classique* pourrait-on dire, et l'identification : un objet interne pénétrant, puisque situé « dans le moi », que le bébé a le sentiment de « posséder à l'intérieur de lui-même » ?

On peut se demander si une réponse univoque est possible, et nécessaire : à ce stade précoce, on suppose que l'immaturité moïque rend absurde le recours aux références qu'on a utilisées pour déterminer le statut métapsychologique des phénomènes d'hypnose, de charisme, d'état amoureux, qui implique d'avoir affaire à un moi suffisamment différencié. On sait par

exemple que l'idéal du moi, auquel on a eu recours pour spécifier la relation d'objet pénétrante, n'est à l'origine pas différencié du moi. De la même façon, on peut supposer que les objets internes sont initialement indifférenciés du moi. C'est ce que suggère Freud lorsqu'il écrit que « l'identification constitue la forme la plus primitive de l'attachement affectif à un objet » et qu'elle est un produit « de la phase pendant laquelle on s'incorporait l'objet désiré et apprécié en le mangeant », à l'instar du « cannibale » qui « mange volontiers ses ennemis », mais seulement « ceux qu'il aime »<sup>37</sup>. A l'origine, l'identification est la seule modalité relationnelle connue. Il n'apparaît donc pas pertinent de distinguer, à ce stade, identifications et relations d'objet, moi et objets internes.

Nous nous interrogeons sur le rôle éventuel d'une forme quelconque de pénétration dans le processus de construction moiïque, avant l'accès à de telles différenciations. Nous nous demandons même si la notion de pénétration avait le moindre sens avant l'instauration d'une ébauche de limite. Revenons à Klein : elle affirme que « certaines fonctions que nous savons appartenir au moi plus évolué s'y trouvent dès le début »<sup>38</sup> (on a cité plus haut celle qui consiste à « administrer l'angoisse »). Cette hypothèse en implique fortement une autre qui, c'est le moins que l'on puisse dire, ne va pas de soi : **le moi existe dès le début**. C'est aussi ce qu'implique le recours massif, tel qu'il est opéré par Klein, à la notion de clivage du moi : seul un moi primitivement différencié peut recourir à cette scission ; un magma indifférencié ne serait pas concerné par le clivage. C'est peut-être cette hypothèse qui lui permet d'affirmer que « les relations objectales existent dès le début de la vie »<sup>39</sup>, affirmation qui, dans un contexte d'indifférenciation moi/non-moi, semblerait inconséquente.

Elle s'interroge par ailleurs sur la « structure » d'un « premier moi » qui « manque beaucoup de cohésion », citant Donald Woods Winnicott à propos de la « non-intégration du premier moi »<sup>40</sup>. Jusqu'à quel point le moi primitif peut-il être non-intégré, alors même qu'il a d'emblée la lourde tâche d'administrer l'angoisse, ce qui implique de mettre en œuvre une série de mécanismes de défense, qui aboutiront à sa structuration ? N'y a-t-il pas chez Klein un paradoxe, qui consiste à faire porter au moi la responsabilité de sa propre constitution ? La relation d'objet n'est plus ici considérée comme une possibilité offerte à l'issue d'un

---

<sup>37</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, pp. 127-129.

<sup>38</sup> Klein M., 1946, *op. cit.*, p. 278.

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 275.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 278.

processus de différenciation moi/non-moi, mais elle est l'outil même de la constitution d'une telle différenciation.

Nous constatons que la conception kleinienne élargit le champ de notre recherche : si un « premier moi » est d'emblée capable d'être en relation, et que c'est même par là qu'il opère sa différenciation, la pénétration a toute sa place parmi les mécanismes de la construction moiïque.

Klein développe dans le même article les notions d'incorporation, d'introjection, et introduit celle d'identification projective :

Les craintes de persécution provenant des pulsions sadiques-orales du bébé qui visent à s'approprier les contenus "bons" du corps de la mère, et des pulsions sadiques-anales qui visent à mettre ses excréments en elle (y compris le désir d'entrer dans son corps pour la contrôler de l'intérieur) ont une grande importance dans le développement de la paranoïa et de la schizophrénie.<sup>41</sup>

Les assauts phantasmatiques contre la mère suivent deux lignes essentielles : l'une est constituée par la pulsion surtout orale de sucer complètement, de mordre, de déchirer, de voler les contenus "bons" du corps de la mère. [...] L'autre ligne d'attaque dérive des pulsions anaales et urétrales et implique l'expulsion de substances dangereuses (excréments) hors du moi et vers l'intérieur de la mère. En même temps que ces excréments nocifs, expulsés dans la haine, des parties clivées du moi sont aussi projetées sur la mère ou, pour mieux dire, *dans* la mère. Ces excréments et ces parties "mauvaises" du sujet sont censés non seulement blesser l'objet, mais aussi le contrôler et prendre possession de lui. [...] Une grande proportion de la haine contre des parties de la personne propre est alors dirigée contre la mère. Cela conduit à une forme particulière d'identification qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive. Je propose pour ces processus le nom d'"identification projective".<sup>42</sup>

Le mécanisme d'identification projective a pour prototype corporel l'éjection des déchets physiologiques (fèces et urine). Il consiste à introduire sadiquement des morceaux de soi dans le corps de l'autre, pour le « contrôler de l'intérieur ». Ces morceaux ne cessent pas, et c'est peut-être là la spécificité de cette forme de projection, d'être reconnus comme parties de la personne propre. Alors que la projection vise à se débarrasser dans l'extérieur d'un contenu psychique inacceptable (par exemple, le désir homosexuel du paranoïaque), l'identification projective a pour but l'attaque sadique de l'autre.

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. 275.

<sup>42</sup> *Ibid.*, p. 282.

Mélanie Klein emprunte à Paula Heimann sa notion d'*assimilation d'un objet interne* : « Dans des états de frustration ou d'angoisse accrue, le bébé est amené à s'enfuir vers son objet idéalisé interne comme moyen d'échapper à ses persécuteurs. [...] Il peut en résulter que le moi se sente entièrement asservi à son objet interne et entièrement dépendant de lui, comme s'il n'était pour lui qu'une coquille. On trouve donc, en même temps qu'un objet idéalisé non assimilé, le sentiment que le moi n'a ni vie ni valeur propres. » En référence aux travaux d'Heimann, Klein ajoute que des objets internes peuvent agir « comme des corps étrangers enkystés dans la personne. Quoique cela soit plus évident en ce qui concerne les objets "mauvais" c'est vrai aussi pour les "bons", si le moi se trouve subordonné compulsivement à leur sauvegarde ». Dans ce cas, « ils sont bien près d'exercer une influence persécutrice »<sup>43</sup>.

L'assimilation, telle qu'évoquée par Klein, apparaît comme une étape intermédiaire dans le processus qui conduit à une *introjection réussie*, pourrait-on dire. Klein décrit des situations morbides dans lesquelles l'introjection aboutit à un vécu de pénétration : un morceau de l'autre est mis en soi et vécu comme un corps étranger, le sujet ne se vivant plus vis à vis de cet objet que comme un réceptacle passif, une « coquille ». Mais on aimerait comprendre plus précisément ce que recouvre la notion d'*assimilation d'un objet interne*, ce qu'impliquent un tel processus et son éventuel échec. On apprend seulement que « l'intégration du moi » et « l'assimilation des objets internes » sont favorisées par « un équilibre optimum entre l'introjection et la projection dans les premiers stades du développement »<sup>44</sup>. L'échec du processus d'assimilation porte toutes les caractéristiques de la pénétration : ce qui devait devenir homogène (non plus comme partie du moi, comme dans l'identification, mais comme partie du sujet tout de même, au titre d'objet interne) demeure, au moins partiellement et selon certains critères qu'il s'agira de mettre en évidence, hétérogène.

Quoi qu'il en soit, compte-tenu de l'« interaction entre l'introjection et la projection », « l'irruption violente à l'intérieur de l'objet et son contrôle par des parties de la personne » qui caractérisent le mécanisme d'identification projective conduisent à ce que « l'introjection soit alors vécue comme une irruption violente de l'extérieur vers l'intérieur, en rétribution de la violence de la projection. Cela peut produire la crainte que non seulement le corps mais aussi le psychisme soient contrôlés par d'autres personnes de façon hostile ».

L'identification projective porte donc en elle, de façon archaïque, les deux formes active et passive d'une pénétration de ou par l'objet. Dans sa valence passive, elle est à l'origine d'un

---

<sup>43</sup> *Ibid.*, pp 283-284.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 285.



vécu xénopathique, qu'on retrouvera à l'âge adulte sous les traits du délire d'influence. Le « moi affaibli » est alors « incapable d'assimiler ses objets internes, et cela mène au sentiment qu'il est régi par eux ». Klein propose ainsi une description métapsychologique du mécanisme à l'origine d'une forme de pénétration passive : ce qui conduit à un tel vécu, c'est le défaut d'« assimilation des objets internes ». Les objets ainsi introjectés se retrouvent dans la même position que des aliments indigestes qui auraient été ingurgités : ne pouvant être métabolisés, leur présence au-dedans est vécue comme étrangère, et excitante.

Par suite de l'identification projective, « le besoin de contrôler les autres » si important dans la névrose obsessionnelle « peut être expliqué dans une certaine mesure, par déflexion, comme une nécessité de contrôler des parties du sujet. Quand ces parties ont été projetées avec excès dans une autre personne, elles ne peuvent être contrôlées qu'en contrôlant celle-ci ». Pour ne pas perdre les parties de soi mises dans l'autre, le névrosé cherche à maîtriser l'autre : cet élément relationnel est donc une manifestation indirecte de la pénétration active de l'objet par le sujet. Cela peut conduire « à un attachement compulsif à certains objets ou [...] à un retrait par rapport aux autres destiné à prévenir à la fois une intrusion destructrice du sujet en eux et le danger d'une vengeance de leur part ». Dans le champ normalo-névrotique, les liens de dépendance, et leur négatif, l'inhibition relationnelle, « la timidité, le manque de spontanéité ou, d'un autre côté, un intérêt particulièrement intense à l'égard des autres »<sup>45</sup>, peuvent ainsi être compris comme expressions de l'antique mécanisme d'identification projective.

On voit comment ce mécanisme est à l'origine d'une composante relationnelle qui consiste à pénétrer et à être pénétré, et dont les racines se situeraient donc bien avant que n'entrent en scène les enjeux d'une génitalité, fût-elle « infantile »<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> *Ibid.*, pp. 287-288.

<sup>46</sup> Nous faisons référence à l'article de Freud sur *L'organisation génitale infantile* (1923a, *op. cit.*), dans lequel il défend la parenté entre le stade phallique et l'organisation génitale adulte (*voir infra*).

### 1.1.3. Le moi et les objets internes

C'est à Sandor Ferenczi que l'on doit la notion d'introjection. Dans *Transfert et introjection*<sup>47</sup>, il écrit qu'avec l'apparition de l'amour objectal, « les objets d'amour sont introjectés : ils sont mentalement intégrés au Moi. L'enfant aime ses parents, c'est-à-dire s'identifie à eux ». L'identification et l'investissement objectal sont ici quasiment équivalents, même si Ferenczi nuance cette équivalence en accordant à l'identification une place prédominante dans la relation au parent du même sexe.

Puis dans *Le concept d'introjection*<sup>48</sup>, il définit l'introjection comme « l'extension au monde extérieur de l'intérêt, à l'origine auto-érotique, par l'introduction des objets extérieurs dans la sphère du moi. J'ai insisté sur cette "introduction", pour souligner que je considère *tout amour objectal* (ou *tout transfert*) comme une extension du moi ou *introjection*, chez l'individu normal comme chez le névrosé [...] En dernière analyse, l'homme ne peut aimer que lui-même, et lui seul ; aimer un autre équivaut à intégrer cet autre dans son propre moi ». L'introjection est une « fusion » des objets « avec notre *moi* ». Ferenczi oppose l'introjection dans la névrose à la projection dans la paranoïa, comme mécanismes « caractéristiques de ces tableaux morbides ».

A nouveau, force est de constater que chez Ferenczi, la frontière entre l'identification et l'amour objectal est ténue, puisque les objets internes sont fusionnés au moi, seul susceptible d'être aimé. Pourtant, ne s'agit-il pas là seulement d'un cas particulier de l'amour, qui mériterait d'être qualifié de *narcissique* ?<sup>49</sup>

La question de la séparation du moi et des objets internes est explicitement figurée par Freud dans un schéma accompagnant le chapitre de *Psychologie collective et analyse du Moi*<sup>50</sup>, qui vise à illustrer la substitution de l'objet à l'idéal du moi chez les membres d'une foule primaire. Ce processus substitutif est supposé être commun aux phénomènes sur lesquels nous avons fondé notre modèle de la pénétration psychique : le charisme, l'état amoureux, l'hypnose. Ce schéma figure un objet extérieur, unique, c'est-à-dire commun à tous les

---

<sup>47</sup> Ferenczi S. (1909) *Transfert et introjection*, in *Œuvres complètes. Psychanalyse 1 : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1990, p. 117.

<sup>48</sup> Ferenczi S. (1912) *Le concept d'introjection*, in *Œuvres complètes. Psychanalyse 1 : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1990, pp. 196-198.

<sup>49</sup> Freud publiera *Pour introduire le narcissisme* en 1914, soit deux ans seulement après cet article de Ferenczi (Freud S. (1914) *Pour introduire le narcissisme*, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 81-105).

<sup>50</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 139.

membres de la foule, et, propre à chaque individu, un moi, un idéal du moi, et un « objet du moi » issu de l'investissement de l'objet externe.

Dans *Le Moi et le Ça*<sup>51</sup>, Freud décrit, sans le nommer, le processus de formation des objets internes : au « stade d'objet, [...] quand l'objet devient la source de sensations de plaisir, il s'instaure une tendance motrice qui veut rapprocher ledit objet du moi, l'incorporer dans le moi ; nous parlons aussi, dans ce cas, de l'« attraction » qu'exerce l'objet dispensateur de plaisir, et nous disons que nous « aimons » l'objet ». Ici, l'incorporation est ce qui inaugure la relation d'objet (elle est donc synonyme d'introjection) : l'objet n'est plus mis à l'intérieur du moi pour s'y fondre, il est situé à l'intérieur de l'espace psychique comme objet interne avec lequel se noue une relation affective. C'est pourquoi « les termes amour et haine [...] sont réservés à la relation du moi total aux objets ». La relation d'amour prend donc appui sur la tendance initiale du moi à avaler le bon. L'évolution réside dans le fait que l'objet était à l'origine digéré par le moi, qui s'en trouvait transformé, alors qu'il demeure maintenant (au « stade d'objet ») différencié du moi, à titre d'objet interne.

Freud fait à nouveau référence à la constitution des objets internes, en lien étroit avec le processus d'incorporation : « L'amour [...] est originellement narcissique, puis il passe aux objets qui ont été incorporés au moi élargi et exprime la tendance motrice du moi vers ces objets en tant que sources de plaisir. ». Dans le même paragraphe, le terme d'incorporation est aussi associé à la destruction de l'objet : le « fait de s'incorporer ou de dévorer » l'objet est « un mode de l'amour qui est compatible avec la suppression de l'existence séparée de l'objet ». On voit donc que le terme d'incorporation est ici indistinctement utilisé par Freud pour désigner le mécanisme qui consiste à mettre l'objet à l'intérieur, qu'il y demeure comme objet interne ou qu'il se fonde dans le moi et y disparaisse.

Les objets internes sont donc les objets « incorporés au moi élargi » qui ne s'y dissolvent pas. Si cette expression figure les objets internes comme localisés à l'intérieur du moi, cela n'implique en aucune façon qu'ils en réalisent la pénétration, à moins de considérer que toute

---

<sup>51</sup> Freud S., 1923c, *op. cit.*, p. 182-183.

relation d'objet est une pénétration, ce qui n'a aucun sens : cela nous montre les limites d'une appréhension spatiale de l'espace psychique<sup>52</sup>.

Pour nous éclairer, revenons un instant aux phénomènes qui ont servi de base à notre réflexion. Dans le charisme, l'hypnose, l'amour passionnel, la relation qu'entretient le sujet avec son objet a une teinte particulière, qui différencie ces types de relation d'une foule d'autres. Que cette différence soit d'ordre quantitatif (les unes seraient plus intenses que les autres, c'est-à-dire économiquement plus coûteuses en investissement libidinal), on peut en douter. Je me sens habité par celui que j'admire, plus que par mes proches (parents, enfants) que j'aime pourtant bien plus intensément et dont la perte m'affecterait infiniment plus. La distinction n'est donc pas d'ordre économique. Nous avons plutôt fait l'hypothèse d'une différence dans la nature de l'investissement, et c'est dans celle-ci que nous cherchons à expliquer un élément de vécu, relatif à la pénétration. Nous tentons depuis le départ de situer sur un plan topique ce qui différencie ces types de relations des autres : est-ce parce qu'on se laisse leurrer par une figuration trop spatiale de l'espace psychique, de ses instances, et des objets internes ? Toujours est-il que c'est selon un critère topique que Freud, on l'a vu, a distingué métapsychologiquement l'identification et l'état amoureux « *selon que l'objet est mis à la place du moi ou de ce qui constitue l'idéal du moi* ».

Dans un article de 1956, Maurice Bouvet s'attache à décrire les mécanismes qui influencent la construction des objets internes relativement à la réalité objective. Il écrit que « le monde est pour chacun *ce qu'il en appréhende en fonction de son propre état intérieur et qu'il s'y meut par rapport à la vision qu'il en a*. Cette manière de voir [...] permet de serrer l'inter-jeu continu qui, quelle que soit la forme pathologique de la relation, unit le sujet à ses objets ; [...] la projection, par laquelle le sujet transforme un monde banal en un univers personnel avec lequel il se mesure, intervient dans tous les cas, et aussi d'ailleurs, bien que d'une manière beaucoup plus fine et beaucoup plus limitée, chez le normal ». Il définit la « notion de distance » dans la relation comme « l'écart qui existe entre les relations objectales d'un sujet donné à un moment donné, telles qu'elles sont vécues consciemment par lui, et ce

---

<sup>52</sup> Dans *Le Moi et le Ça* (1923c, *op. cit.*, p. 187), Freud dira, à un autre sujet : « Nous ferons remarquer qu'on se trouve ici en présence de l'une des difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'on prend trop au sérieux la représentation spatiale, *topique* des faits psychiques. ».

qu'elles seraient si, la défense abrasée, le phantasme inconscient qui les sous-tend devenait conscient avec ses impulsions instinctuelles et ses projections »<sup>53</sup>.

Autrement dit, chez tout un chacun, quel que soit son degré de régression, quelle que soit sa structure de personnalité, l'objet interne présente un écart, une « distance » avec l'objet externe, du fait d'un inévitable recours à la projection, motivée par la vie pulsionnelle et les fantasmes qu'elle produit. Cependant, la « distance » qui sépare l'objet interne (objectal) de l'objet externe (objectif) est fonction du degré d'évolution du moi. L'« objet » de la relation d'objet est constitué en fonction d'enjeux à la fois externes (les stimuli en provenance de la réalité objective) et internes (les contorsions qu'impose le moi aux représentations internes de ces objets pour s'accorder aux exigences pulsionnelles, tout en respectant les contraintes idéales et surmoïques).

Cette double origine situe les objets internes dans une grande proximité avec le moi tel que défini par Freud en 1923, lui-même constitué sur la base d'exigences à la fois instinctuelles et perceptivo-sensorielles : le Moi représente « la partie du Ca ayant subi des modifications déterminées sous l'influence du système des perceptions ». Freud ajoute que le Moi représente « dans le domaine psychique le monde réel extérieur »<sup>54</sup> : dans cette définition, les objets internes sont constitutifs du moi, ils en font partie, car qu'est-ce que le « monde réel extérieur » si ce n'est l'ensemble des objets externes ? Rappelons que dès 1915, Freud définit sans les nommer les objets internes comme les objets « incorporés au moi élargi » auxquels s'attache la libido, passant du narcissisme primaire à l'objectalité<sup>55</sup>.

Mais si l'on s'en tient à l'appréhension la plus immédiate, la plus naïve, la plus évidente, nous constatons la chose suivante : les autres, ce n'est pas moi. Il apparaît donc peu pertinent de situer métapsychologiquement l'objet interne dans le moi. Sur ce point d'ailleurs, les théorisations freudiennes fluctuent : si les propositions de 1915 et 1923 que nous venons d'évoquer situent les objets investis comme des éléments constitutifs du moi, le schéma précédemment cité, daté de 1921, propose de différencier le moi et les « objets du moi », ce qui nous semble plus intuitif.

---

<sup>53</sup> Bouvet M. (1956) La clinique psychanalytique : la relation d'objet, in *La relation d'objet*. Paris : PUF ; 2006, pp. 135-139.

<sup>54</sup> Freud S., 1923c, *op. cit.*, p. 196.

<sup>55</sup> Freud S., 1915d, *op. cit.*, p. 183.

Si l'on veut proposer une représentation spatiale plus juste, qui colle mieux à notre compréhension de ces phénomènes, on doit situer les objets internes à l'extérieur du moi. Leur absorption par le moi, au décours de l'identification, se traduit alors par l'équivalent de ce qui se produit physiologiquement au cours de la phagocytose par la cellule, processus qui consiste grossièrement en trois étapes : la fixation de la cellule sur l'élément à absorber, son invagination, et enfin sa digestion (qui implique sa destruction). On pourrait alors situer la pénétration dans un arrêt précoce du processus : le corps étranger est invaginé mais non détruit.

Cette métaphore physiologique nous permet de situer la pénétration comme un stade intermédiaire dans la démarche qui va de l'investissement d'un objet à l'identification à cet objet. Dès lors, on distingue nettement la pénétration, de l'investissement objectal *classique*, qui n'implique pas l'invagination du moi : l'objet interne demeure à l'*extérieur* (du moi). Mais la pénétration n'en demeure pas moins une dialectique : elle est une relation entre le corps (au sens large) qui absorbe et celui qui est absorbé.

#### **1.1.4. La pénétration : un non-moi au-dedans**

La différenciation dedans-dehors implique une conception binaire, qui sépare radicalement deux champs par une limite, dont le prototype semble être la surface sensible qui réceptionne les excitations du milieu externe, autrement dit et pour schématiser, la peau. Freud écrit, dans *Le Moi et le Ça*, que « le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité toute en surface, mais une entité correspondant à la projection d'une surface »<sup>56</sup>, ou encore que le « *Moi* conscient [...] ne représente que notre corps »<sup>57</sup>.

La spécificité de la notion de pénétration réside dans la transgression de cette limite : l'élément pénétrant est vécu à la fois comme externe et interne. Mais cet « à la fois » ne relève ni d'un déni des limites, ni du paradoxe winnicottien (être à la fois dedans et dehors, interne et externe, moi et l'autre), car ici, ce qui spécifie l'intériorité de l'élément pénétrant, et ce qui spécifie son extériorité, relèvent de deux critères distincts. Prenons l'exemple le plus évident, celui de la pénétration génitale : lors du coït, le pénis est vécu par l'individu pénétré comme intérieur selon un critère spatial (il est localisé dans l'espace circonscrit par

---

<sup>56</sup> Nous trouvons là l'origine du concept de Moi-peau développée par Didier Anzieu qui, il nous semble, a exagéré les propriétés empruntées à la peau par le moi, en systématisant leur transfert du dermique au narcissique.

<sup>57</sup> *Ibid.*, pp. 194-195.

l'enveloppe corporelle), mais extérieur selon un critère gestaltiste (il est une partie du corps de l'autre, donc étranger au corps propre). Qu'en est-il de la projection psychique d'un tel rapport ?

Est considéré comme interne un élément qui répond, entre autres, aux conditions suivantes :

- il ne peut pas être mis à distance par le recours à la musculature (fuite motrice) ;
- il est sous le contrôle des processus de pensée (en particulier, son passage de préconscient à conscient est décrété par les processus attentionnels) ;
- il est présent en permanence (il n'est pas contingent comme l'est la perception) ;
- il suppose une certaine familiarité.

Un élément est vécu comme pénétrant dès lors qu'il répond à certains de ces critères et non à d'autres. Dans le champ normalo-névrotique, la pensée de contrainte (idée obsédante, souvenir ou fantasme tenace) se caractérise par le fait qu'elle ne peut être évitée ni par la fuite motrice (critère d'intériorité), ni par le contrôle attentionnel (critère d'extériorité). En cela, on peut dire qu'elle est vécue comme étant *à la fois* interne et externe. Pour autant, elle garde irréductiblement sa qualité interne : le sujet continue de la vivre comme une représentation, aussi contraignante soit-elle, et non comme une perception, car le critère gestaltiste la situe comme partie de soi.

Cela n'est plus le cas dans la psychose : l'hallucination psychique (voix intérieure, xénopathie, etc.) ne peut pas être évitée par la fuite (critère d'intériorité), alors même qu'elle peut être retrouvée dans la perception (critère d'extériorité). Cette fois, elle est vécue comme entité étrangère, le critère gestaltiste la situe comme totalité, ce qui donne à ces manifestations de contrainte leur caractère exogène (et ce en quoi elles sont délirantes).

Le phénomène normal et universel du *déjà-vécu* se produit lorsqu'une situation réelle (critère d'extériorité) a le caractère du familier (critère d'intériorité). S'il n'a pas la teinte de la pénétration, c'est parce qu'il n'est pas le résultat de l'extérieur qui s'immisce à l'intérieur, mais du processus inverse : *un morceau de moi est retrouvé au-dehors*. L'emblème en est le thème du double. Dans son texte intitulé *L'inquiétante étrangeté*, Freud s'interroge sur l'origine d'un vécu particulier : « l'inquiétante étrangeté sera cette sorte de l'effrayant qui se

rattache aux choses connues depuis longtemps, et de tout temps familières»<sup>58</sup>. Le terme allemand *heimlich* signifie « propre à la maison », et par déplacement, propre au corps ou au moi, dans ce qu'ils ont de différencié au regard d'un dehors (physique ou psychique). De là découlent les quatre significations de *heimlich* : familial, apprivoisé, intime, confidentiel. Le ressort de la thématique du double, particulièrement propre selon Freud à induire l'*Unheimlichkeit*, réside dans « l'effort de défense qui projette le double hors du moi comme quelque chose d'étranger ». L'effet de l'*unheimlichkeit* trouve son origine dans des « troubles du moi », relatifs au « retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du moi, d'une régression à l'époque où le moi n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui »<sup>59</sup>. En ayant l'impression de retrouver à l'extérieur un élément supposé interne, c'est-à-dire considéré comme une partie de soi, le sujet revit *a minima* un sentiment angoissant d'indifférenciation.

Nous avons donc repéré plusieurs manifestations d'une dialectique de la pénétration propre à au dynamisme pulsionnel oral, indissociables des enjeux identitaires qui le caractérisent :

- l'individu naissant à la vie psychique expérimente, à l'occasion du nourrissage, une première forme d'accueil passif de l'étranger en soi, accueil qui occasionne son lot d'excitation : le corps étranger avalé, pris dans le processus digestif, réalise un instant une pénétration avant de s'homogénéiser. Nous fondons l'hypothèse selon laquelle ces expériences précoces fondent l'appétence du sujet à se satisfaire par l'accueil passif de l'objet en soi ;
- ces expériences précoces de pénétration passive participent de l'effort originaire de différenciation, de subjectivation, en trouvant leur place dans le champ relationnel archaïque qui s'organise autour de l'identification projective ; celle-ci porte en germe les formes actives et passives de la pénétration : pénétrer l'objet (pour le contrôler ou le détruire), être passivement pénétré par l'objet (en rétorsion contre la pénétration active et/ou pour se l'accaparer) ;
- une représentation spatiale satisfaisante des rapports du moi aux objets internes doit figurer ceux-ci comme distincts du moi, et non comme un prolongement de lui, si l'on veut pouvoir rendre compte selon un critère topique de la spécificité de la dialectique de la pénétration (à l'œuvre notamment dans la relation à l'objet charismatique, à l'hypnotiseur ou à l'objet

---

<sup>58</sup> Freud S. (1919a) L'inquiétante étrangeté, in *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard ; 1933, p. 7.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 20.



passionnément aimé), et la différencier d'autres formes de relations d'objet aussi bien que de l'identification, substitut relationnel régressif qui prend modèle sur la digestion.

A l'autre bout de l'appareil digestif, on peut s'attendre à observer le phénomène inverse, à savoir la transition d'un morceau du corps propre vers un statut de corps étranger pénétrant, avant que ne s'opère son évacuation.

## 1.2. PENETRATION ET ANALITE

Freud écrit, dans un ajout daté de 1915 au chapitre qui traite de *La sexualité infantile* :

Une seconde phase prégénitale est celle que nous appelons *sadique-anale*. Ici, l'opposition qui se retrouve partout dans la vie sexuelle apparaît clairement ; toutefois, ce ne sont pas encore *masculin* et *féminin* qui s'opposent, mais les deux termes antagonistes : *actif* et *passif*. L'élément actif semble constitué par la pulsion de maîtriser, elle-même liée à la musculature ; l'organe dont le but sexuel est passif sera représenté par la muqueuse intestinale érogène. Les deux pulsions ont des objets qui d'ailleurs ne coïncident pas. A côté d'elles d'autres pulsions partielles ont une activité auto-érotique. Dans cette phase du développement de la vie sexuelle, on trouve déjà la polarité sexuelle et l'existence d'un objet hétéro-érotique. Ce qui fait encore défaut, c'est l'organisation et l'assujettissement des pulsions partielles à la fonction de procréation.<sup>60</sup>

A quoi Freud fait-il référence lorsqu'il parle d'un « objet hétéro-érotique » ? S'agit-il de l'objet de la composante active (l'autre visé par la « pulsion de maîtriser »), ou de l'objet de la composante passive (le contenu susceptible d'exciter la « muqueuse intestinale érogène ») ? Si c'est cette dernière hypothèse qui est la bonne, il apparaîtrait alors que la phase anale d'organisation de la libido porte en elle les principaux critères de la composante passive de la pénétration : un contenant excitable (la muqueuse intestinale) et un contenu excitant différencié du corps propre (les fèces).

Dans un autre ajout daté de 1915 :

Le contenu intestinal, pour une muqueuse pourvue de sensibilité sexuelle, joue donc le rôle de corps excitant et précède en quelque sorte un organe essentiel qui n'entrera en jeu qu'après l'enfance ; mais il possède encore d'autres significations importantes. L'enfant le considère évidemment comme une partie de son corps ; pour lui, c'est un « cadeau » qui lui sert à prouver, s'il le donne, son obéissance et, s'il le refuse, son entêtement. Ensuite, le cadeau prendra la signification d'un « enfant », qui, selon une des théories sexuelles infantiles, s'acquiert, s'engendre en mangeant et naît par l'intestin.<sup>61</sup>

Freud souligne le caractère de « corps excitant » du contenu intestinal qu'il compare au pénis dans le coït, mais souligne aussi qu'il est considéré par l'enfant « comme une partie de son corps ». Cette double caractérisation apparaît paradoxale, comme l'est la double appartenance de l'objet transitionnel, à la fois partie du corps et élément de la réalité extérieure.

---

<sup>60</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 96.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 81.

La sexualité qui s'y déploie, qu'elle soit qualifiée d'auto-érotique ou d'hétéro-érotique, participe de la dialectique de la pénétration, puisque l'enfant expérimente l'excitation de sa muqueuse interne par un corps excitant et vécu, à mesure qu'il s'approche de l'orifice anal pour y être expulsé, comme de plus en plus hétérogène au corps propre. La part active prise par l'enfant de cet âge dans la rétention et l'expulsion du contenu intestinal, donc dans le va-et-vient excitant des matières fécales, rappelle à nouveau la notion d'« activité à but passif ».

Dans le texte intitulé *Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal*<sup>62</sup>, Freud établit à nouveau un lien entre l'excitation rectale par les fèces, et le coït :

Le rapport entre le pénis et le conduit de membrane muqueuse qu'il remplit et excite se trouve même déjà préfiguré dans la phase prégénitale sadique anale. La balle d'excréments – ou la “verge d'excréments” selon l'expression d'un patient – est pour ainsi dire le premier pénis, la membrane muqueuse qu'il excite est celle du rectum.

Freud insiste donc largement sur ce qui rapproche les fèces et le pénis : leur forme, et leur vertu excitante. Ce qui les différencie, c'est le caractère auto-érotique de l'excitation rectale par la « balle d'excréments ». Mais encore une fois, ce caractère auto-érotique est à relativiser, si l'on considère que ces excréments sont susceptibles d'être vécus comme des corps étrangers, de plus en plus différenciés du corps propre, à mesure qu'ils approchent de l'orifice anal.

des personnes dont l'érotisme anal est demeuré fort et inchangé jusqu'à l'époque prépubertaire [...] nous apprennent que chez elles, pendant cette période prégénitale, déjà dans leurs fantasmes et dans leurs jeux pervers, s'est développée une organisation analogue à l'organisation génitale, dans laquelle le pénis et le vagin étaient représentés par la verge d'excréments et l'intestin.

Cette analogie va-t-elle jusqu'à une objectalisation de la fantasmatique anale (qui quitterait alors la sphère auto-érotique), la « verge d'excréments » étant alors fantasmée comme le pénis d'un autre ?

Chez d'autres, qui sont atteints de névrose obsessionnelle, on peut constater le fruit d'une dégradation régressive de l'organisation génitale. Cela se manifeste ainsi : tous les fantasmes conçus originellement sur un mode génital se transforment en fantasmes de nature anale, le pénis est remplacé par la verge d'excréments et le vagin par l'intestin.

---

<sup>62</sup> Freud S. (1917) Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, pp. 110-112.

Freud évoque ici des adultes, ayant d'abord atteints la génitalité pour ensuite régresser vers une analité, qui se trouve de ce fait teintée d'objectalité. Cela ne contribue donc pas à répondre à la question qui nous préoccupe, à savoir l'accession dans le développement à la *concaivité*<sup>63</sup> et à la pénétration comme mode de relation à l'autre.

Lorsque l'intérêt pour l'excrément régresse de façon normale, l'analogie organique que nous exposons ici a pour effet de transférer cet intérêt sur le pénis. Apprend-on ultérieurement, par des investigations sexuelles, que l'enfant est né de l'intestin, l'enfant devient alors l'héritier principal de l'érotisme anal, mais il a eu pour prédécesseur le pénis, dans ce sens comme dans un autre

Le rapport de contenu excitant à contenant excitable, caractéristique de la pénétration génitale au sens large (pénis/vagin et enfant/utérus), découle donc directement du modèle anal.

Freud insiste à nouveau sur la parenté qui relie le pénis et les fèces : chez le garçon, du fait de l'angoisse de castration, « le pénis est [...] reconnu comme quelque chose que l'on peut séparer du corps et est identifié comme analogue de l'excrément qui était la première pièce de substance corporelle à laquelle on a dû renoncer ».

Ces trois choses : colonne d'excrément, pénis et enfant sont toutes les trois des corps solides qui excitent en y pénétrant ou en s'en retirant un conduit de membrane muqueuse (le rectum, et le vagin, dont, selon un bon mot de Lou Andréas-Salomé, on lui fait en même temps la location). Les investigations sexuelles de l'enfant n'ont pu lui faire connaître de cet état de choses que ceci : l'enfant prend le même chemin que la colonne d'excréments ; il est de règle que ses investigations ne lui font pas découvrir la fonction du pénis.

La démonstration freudienne de l'équivalence inconsciente fèces-pénis-enfant nous indique qu'avant le pénis et l'enfant, les fèces ont constitué un prototype du contenu pénétrant. Nous proposons même de voir dans le *bol alimentaire* le précurseur oral d'une telle *Gestalt*. La « fonction du pénis » ne pourra quant à elle être découverte qu'à partir du moment où le vagin aura pu être repéré : dans la conception freudienne, dont le complexe de castration, et son corrélat l'ignorance infantile du vagin, constituent l'une des pierres angulaires, cela ne pourra pas se produire avant la puberté.

---

<sup>63</sup> André Green (1990, *op. cit.*, p. 114), dépassant l'opposition critiquée entre masculin-actif et féminin-passif, parle de « concaivité féminine », à propos de l'« activité à but passif » chez la femme (voir *supra*)

### 1.3. PENETRATION ET THEORIES INFANTILES DE L'ENFANTEMMENT

Le premier intérêt porté à un contenant est identique chez la fille et le garçon : il ne concerne pas le vagin, mais les théories infantiles relatives à la procréation, comme le note Freud en 1905 : « Le premier problème qui préoccupe [l'enfant], en conformité avec son développement, n'est pas de savoir en quoi consiste la différence des sexes, mais la grande énigme : d'où viennent les enfants ? ». Selon ces théories, « on met l'enfant au monde quand on a mangé quelque chose de spécial (ainsi que dans les contes de fées) et les enfants naissent par l'intestin, comme lorsqu'on va à la selle », ce qui, Freud le souligne, évoque les « cloaques » des espèces inférieures (en référence à la proposition de Lou Andréas-Salomé). L'enfant transfère donc au domaine de la procréation les connaissances dont il dispose à son âge, relatives à l'oralité et à l'analité, qui expliquent respectivement la conception et l'accouchement. Le fantasme qui associe parturition et défécation donne sa valeur à la théorie cloacale : le cloaque n'est pas le contenant qui reçoit le pénis, mais celui qui contient et d'où va sortir le futur bébé, plus ou moins assimilé à des fèces<sup>64</sup>. Dans la théorie cloacale de l'enfantement, le vagin, « loué » à l'anus, est donc un espace interne qui, au même titre que le rectum au stade anal, est occupé par un élément vécu comme progressivement différencié du corps propre (donc de plus en plus pénétrant) : l'enfant-fèces.

Dans *Les théories sexuelles infantiles*, Freud évoque la « découverte » infantile selon laquelle « l'enfant se développe dans le corps de la mère »<sup>65</sup>. L'enfant, garçon ou fille, semble ainsi avoir précocement une représentation de la qualité contenante, *concave*, du corps de l'autre, et pas n'importe quel autre puisqu'il s'agit de son objet primaire, la mère. Celle-ci est en effet très tôt perçue, dans les théories infantiles, comme capable d'accueillir en elle l'enfant à naître. Mais celui-ci est-il conçu par l'enfant comme un tiers, un autre qui occupe l'intérieur du corps de la mère, tel un parasite, ou comme une partie de la mère qui finira par se détacher du corps de celle-ci, comme le font les fèces ? Le fœtus, contenu pénétrant, semble à son tour devoir être situé dans le champ intermédiaire entre le moi et l'autre (à la fois moi et autre), à l'instar des fèces.

---

<sup>64</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, pp. 91-93.

<sup>65</sup> Freud S. (1908a) Les théories sexuelles infantiles, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 18.

Compte-tenu de l'« ignorance du vagin », l'extraction de l'enfant hors du corps maternel « ne peut se produire que par un seul chemin, l'orifice intestinal. *L'enfant doit être évacué comme un excrément, une selle* ». C'est donc l'hypothèse de « l'ignorance du vagin », nécessaire à la conception du complexe de castration, qui motive Freud à adopter la théorie cloacale. Dans cette hypothèse, l'enfant, traité « *comme un excrément* », et ainsi extrait par l'anus comme il le sera plus tard (selon les croyances infantiles) « par le nombril » ou par une fente dans le ventre « comme cela arrive au loup dans le conte du petit chaperon rouge »<sup>66</sup>, réalise la même forme primitive de pénétration que les selles dans le rectum, auxquelles il est assimilé.

L'enfant doit naturellement en déduire que « si les enfants sont mis au monde par l'anus, l'homme peut aussi bien enfanter que la femme. Le petit garçon peut donc également forger le fantasme qu'il fait lui-même des enfants sans que nous ayons besoin pour autant de lui imputer des penchants féminins »<sup>67</sup>. Par identification à la mère-contenant, porteuse d'un autre en elle, l'enfant assoirait ainsi la représentation concave de son propre corps.

En 1917<sup>68</sup>, Freud, se référant au petit Hans, revient sur la contiguïté entre les fèces et le fœtus. Selon une théorie infantile, l'enfant à naître est considéré « comme quelque chose qui se sépare du corps en passant par l'intestin », c'est-à-dire des « excréments ». Ceux-ci constituent pour l'enfant « une partie du corps du nourrisson dont il ne se sépare que sur l'injonction de la personne aimée et par quoi il lui manifeste sa tendresse ».

Dans la recherche des origines de la pénétration, chez les deux sexes, la maternité apparaît comme un précurseur sérieux à la pénétration vaginale. Mais à l'instar de l'alimentation et de la défécation, la gestation nous fait buter systématiquement sur un paradoxe essentiel : le contenu (aliment, fèces, bébé à naître) se trouve représenté par l'enfant à la fois comme une entité, un tout, un autrui, et comme un appendice du corps (corps propre ou corps maternel), partie d'un tout. Cela nous renvoie une fois de plus à la situation de l'objet transitionnel, caractérisé par la qualité paradoxale d'être à la fois totalité et partie d'une totalité, c'est à dire à la fois entité autonome et prolongement de soi. L'accès à la dialectique de la pénétration apparaît ainsi indissociable de la question de la limite et de son édification.

Dans d'autres contextes, le fantasme maternel de l'enfant comme partie de soi, prolongement narcissique, appendice corporel, fétiche anti-dépressif, constitue une modalité perverse de

---

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 22.

<sup>68</sup> Freud S., 1917, *op. cit.*, p. 108.

relation mère-enfant dont les effets *psychotisants* ont été démontrés par de nombreux auteurs, l'enfant ne pouvant pas, dans ces conditions, s'identifier à l'objet primaire comme unité, et jouir de façon continue d'une identité différenciée. On pense ici notamment aux considérations winnicottiennes relatives à la capacité maternelle à se désadapter progressivement des besoins de l'enfant, permettant de le désillusionner, et ainsi de lui faire percevoir, à travers le vécu de ses besoins traduits en désirs, le sentiment continu de son existence<sup>69</sup> ; citons aussi les théorisations plus récentes de Paul-Claude Racamier à propos de la séduction narcissique<sup>70</sup>, terreau fertile mais aussi mode de relation pervers et pathogène s'il n'est pas abandonné. Conformément au fantasme maternel, l'enfant se vit alors comme un morceau de sa mère, une partie d'un tout, dans un lien de dépendance narcissique majeure, comme le montrent explicitement les « phantasmes » relatifs au vécu corporel qui, chez les malades psychotiques, peuvent notamment trouver une voie d'expression privilégiée dans la technique du modelage mise au point par Gisela Pankow.

---

<sup>69</sup> Winnicott DW (1971) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard ; 2003.

<sup>70</sup> Racamier PC. (1980) *Les schizophrènes*. Paris : Payot ; 2001.

## 1.4. PENETRATION ET GENITALITE

Dans sa *Lettre à Fliess* du 14 novembre 1897, Freud évoque la « zone sexuelle [qui] s'efface partiellement ou totalement chez la femme tandis qu'elle subsiste chez l'homme. Je veux parler de la zone génitale mâle, de la région du clitoris où, durant l'enfance, la sensibilité sexuelle féminine semble concentrée. D'où l'excès de pudeur dont fait preuve à ce moment-là l'être féminin jusqu'à ce que, spontanément ou par action réflexe, la nouvelle zone vaginale s'éveille »<sup>71</sup>. Dès ses premiers travaux sur la sexualité, Freud soutient ainsi l'idée de l'ignorance infantile du vagin, qu'il ne démentira jamais malgré les nombreuses critiques de ses contemporains (relayées depuis par bon nombre d'auteurs). Il attribue par ailleurs l'intérêt soudain porté par la fille à son vagin à la puberté, à une mystérieuse « action réflexe ».

Freud soutient également la thèse de l'ignorance prépubertaire du vagin dans le chapitre des *Trois essais* consacré à *La sexualité infantile* : « Parmi les zones érogènes de l'enfant, il en est une qui, certainement, n'a pas la primauté et ne peut être le point de départ des premiers mouvements sexuels, mais qui est destinée à jouer plus tard le grand rôle. Elle est, chez le garçon et la petite fille, en rapport avec la miction (gland, clitoris) »<sup>72</sup>. Pour Freud, l'enfant fait « l'hypothèse d'un seul et même appareil génital (de l'organe mâle chez tous les hommes) ». La différenciation des sexes s'organise autour du « complexe de castration ». « Les petits garçons ne mettent pas en doute que toutes les personnes qu'ils rencontrent ont un appareil génital semblable au leur » et « maintiennent même avec ténacité cette conviction contre les faits contradictoires que l'observation ne tarde pas à leur révéler, et ils ne l'abandonnent souvent qu'après avoir passé par de graves luttes intérieures », ou s'efforcent parfois de « trouver un équivalent au pénis perdu de la femme »<sup>73</sup>. « La petite fille, par contre, ne se refuse pas à accepter et reconnaître l'existence d'un sexe différent du sien, une fois qu'elle a aperçu l'organe génital du garçon ; elle est sujette à l'envie du pénis qui la porte au désir, si important plus tard, d'être à son tour un garçon »<sup>74</sup>. La différence des sexes s'organise donc initialement autour d'un seul sexe, l'organe mâle, le pénis, selon deux

---

<sup>71</sup> Freud S. (1887-1902) *La naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. Paris : PUF ; 2005, p. 206.

<sup>72</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, p. 82.

<sup>73</sup> Une vingtaine d'années plus tard, Freud décrira dans *Le fétichisme* (1927, *op. cit.*) la façon dont certains garçons déplacent l'intérêt porté au pénis de la femme vers une autre partie du corps ou un objet, le fétiche, afin de nier la signification de la « réalité de la castration » (la femme n'a pas de pénis), alors même qu'une autre partie du moi la reconnaît (mécanisme de clivage du moi).

<sup>74</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, pp. 91-92.



modalités : sa présence ou son absence. La tension créée par l'absence de pénis chez la fille, son « complexe de castration », l'amène à recourir à des substituts : d'abord la centration sur le clitoris qui, si l'on en croit Freud, tient lieu de pis-aller ; puis l'aspiration à obtenir un équivalent (l'enfant). On ne trouve donc pas trace avant la puberté d'un intérêt porté au sexe-contenant, le vagin.

Dans *Les transformations de la puberté*, Freud revient sur cette idée d'une découverte seulement pubertaire du vagin chez la fille comme chez le garçon :

Si on prend en considération les manifestations autoérotiques et masturbatoires, on peut émettre la thèse que la sexualité des petites filles a un caractère foncièrement mâle. [...] chez la petite fille, la zone érogène conductrice est localisée au clitoris, qui est l'homologue de la zone génitale mâle située dans le gland. Tout ce que mon expérience a pu m'apprendre sur la masturbation des petites filles m'a démontré l'importance du clitoris à l'exclusion des autres parties génitales externes, dont le rôle décisif dans la vie sexuelle n'apparaîtra que plus tard. Je doute même que la petite fille, à de rares exceptions près, puisse être amenée sous l'influence de la séduction à autre chose qu'à la masturbation clitoridienne [...] La puberté qui, chez le jeune garçon, amène la grande poussée de la libido, est caractérisée chez la jeune fille par une nouvelle vague de refoulement, qui atteint particulièrement la sexualité clitoridienne. Ce qui est alors refoulé, c'est un élément de sexualité mâle. [...] Quand la transmission de l'excitation érogène s'est faite du clitoris à l'orifice du vagin, un changement de zone conductrice s'est opéré chez la femme, dont dépendra à l'avenir sa vie sexuelle, tandis que l'homme, lui, a conservé la même zone depuis son enfance.<sup>75</sup>

Au stade phallique, et jusqu'à la puberté, le vagin n'est donc pas investi, contrairement au clitoris, organe d'une « sexualité mâle » selon Freud, qui s'appuie sur la comparaison des deux organes, pénis et clitoris (celui-ci comme celui-là réagissant à l'excitation par des « contractions spasmodiques » et des « érections »). Le vagin est comme découvert par la fille au moment de la puberté, tout se passant comme si elle n'avait pas eu jusque là connaissance de l'existence en elle d'un tel organe, et plus globalement, de la *conca* *vi* *té* de son corps.

Le caractère de *contenant excitable* du corps avait été très tôt expérimenté par les enfants des deux sexes à l'occasion de l'alimentation et de la défécation. Une telle découverte avait été associée à la présence réelle, dans les cavités correspondantes, d'un contenu excitant : la nourriture et les fèces. Qu'en est-il pour le vagin ? Cette cavité, qui ne sera en principe réellement pénétrée qu'à l'âge adulte, est-elle susceptible de manifester précocement son excitabilité ?

---

<sup>75</sup> *Ibid.*, pp. 129-132.

Dans le même temps où le processus de la puberté amène le primat des zones génitales, où la poussée du membre viril devenu érectile indique le nouveau but, c'est à dire la pénétration dans une cavité qui saura produire l'excitation, le développement psychique permet de trouver l'objet à la sexualité, ce qui avait été préparé depuis l'enfance.

Chez le garçon, la portée génitale de la dialectique de la pénétration ne s'instaure donc qu'avec la puberté ; elle se traduit par le rapport du « membre viril » à la « cavité » excitante, et la pénétration de cette cavité constitue un nouveau « but » pulsionnel ; elle est contemporaine (Freud dit « dans le même temps ») de l'accès à l'objet total, dans le « développement psychique ».

Le premier objet sexuel du garçon pubère est indissociable du rapport de contenu à contenant, la qualité essentielle de cet objet étant sa *Gestalt* : une « cavité » capable de recevoir le pénis pénétrant, signant pour le garçon la concavité du corps féminin, celui-ci n'étant alors plus caractérisé par son absence de pénis, mais trouvant dans cette concavité une spécificité. Le corps féminin devient donc un objet sexuel pour le garçon dès lors qu'il peut être l'objet d'une pénétration. Le but de la pulsion sexuelle du garçon coïncide alors avec le corps de la femme tel qu'il est maintenant perçu par le garçon : un corps concave, un contenant pour son pénis (et en dernier ressort pour sa semence et pour son enfant).

Nous trouvons quelques années plus tard, dans l'article de Freud sur *Les théories sexuelles infantiles*, des précisions concernant la façon dont les enfants se représentent le rapport sexuel :

Avec la découverte que l'enfant se développe dans le corps de la mère, découverte qu'il fait encore indépendamment, l'enfant serait sur la bonne voie pour résoudre le problème sur lequel il met d'abord à l'épreuve la force de sa pensée. [...] Que l'enfant croisse dans le corps de la mère n'est manifestement pas une explication suffisante. Comment y entre-t-il ? Qu'est-ce qui déclenche son développement ? Que le père y soit pour quelque chose, c'est vraisemblable ; il dit bien que l'enfant est aussi son enfant. D'un autre côté, le pénis a aussi, sans aucun doute, sa part dans ces processus mystérieux, il en témoigne par son excitation qui accompagne tout ce travail de pensée. A cette excitation sont liées des impulsions que l'enfant ne sait pas interpréter, impulsions obscures à une action violente : pénétrer, casser, percer des trous partout. Mais quand l'enfant semble ainsi en bonne voie pour postuler l'existence du vagin et reconnaître dans une telle pénétration du pénis du père dans la mère cet acte par lequel l'enfant apparaît dans le corps de la mère, c'est là que la recherche s'interrompt, déconcertée : elle vient buter sur la théorie selon laquelle la mère possède un pénis comme l'homme et l'existence de la cavité qui reçoit le pénis demeure inconnue de l'enfant.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Freud S., 1908a, *op. cit.*, pp. 18-21.

Le pénis se trouve excité par ces réflexions, et mu par un « obscur » désir de « pénétrer », c'est à dire appétent à *s'introduire dans...*, l'objet de cette introduction lui étant alors inaccessible, du fait même de la méconnaissance du vagin. On peut se demander si cette excitation et ce désir de pénétrer ne se retrouvent pas aussi chez la fille, qui dispose d'un clitoris dont Freud n'a de cesse de rappeler la similarité avec le pénis.

A cet âge, l'enfant semblerait donc concevoir l'existence d'une cavité utérine dans le corps de la mère, mais pas d'un orifice vaginal : en effet, seul le second s'oppose à ce que la mère soit nantie d'un pénis, et son existence s'en trouve ainsi temporairement rejetée. Q'en est-il du rapport de la petite fille à la cavité vaginale maternelle ? Une différence de taille la distingue du garçon : l'existence, dans la réalité de son corps, d'une telle cavité. Quoi qu'il en soit, la reconnaissance de l'utérus apparaît comme un précurseur de la future reconnaissance de la cavité pénétrable de la femme, le vagin, même si celle-ci ne survient, nous dit Freud, qu'à la puberté.

Les théories infantiles relatives au rapport sexuel confirment l'ignorance de la pénétration :

La conception que j'ai rencontrée le plus souvent veut qu'"on urine l'un devant l'autre"; une variante résonne comme si elle voulait apporter sur un mode symbolique plus de savoir : *l'homme urine dans le pot de la femme*. D'autres fois le sens du mariage réside en ceci : *on se montre mutuellement son derrière* (sans avoir honte).<sup>77</sup>

La pénétration, dont l'enfant a déjà fait l'expérience orale et anale, et qu'il se figure au décours des grossesses de sa mère, ne peut donc à cet âge être transférée au plan génital. Il n'est pas impossible que le fantasme de l'homme urinant dans le « pot de la femme » constitue un compromis entre l'intuition d'une cavité (intuition forgée par l'expérience précoce de la pénétration, telle qu'elle apparaît, pensons-nous, dès la phase orale) et la nécessité de dénier à la femme son absence de pénis. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de trouver, dans ces théories infantiles, un autre compromis : celui qui consiste à situer l'opération, tantôt autour de la sphère orale (« on met l'enfant au monde quand on a mangé quelque chose de spécial »<sup>78</sup>), tantôt du côté du « derrière », les orifices oral et anal n'étant pas soumis aux enjeux du complexe de castration (ces trous là n'impliquent pas l'absence de pénis). Mais c'est seulement « autour de la dixième ou onzième année », qu'est « révélée » aux enfants « l'existence du vagin et sa destination ».

---

<sup>77</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>78</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, pp. 92-93.

Dans l'un des nombreux rajouts à *La sexualité infantile*, un chapitre daté de 1915 est consacré aux *Phases du développement de l'organisation sexuelle* :

très souvent (on pourrait dire toujours), dès l'enfance, il est fait choix d'un objet sexuel (choix que nous avons défini comme caractérisant la puberté), de manière que toutes les tendances sexuelles convergent vers une seule personne et cherchent dans celle-ci leur satisfaction. Ainsi se réalise dans les années d'enfance la forme de sexualité qui se rapproche le plus de la forme définitive de la vie sexuelle. La différence entre ces organisations et l'état définitif se réduit au fait que la synthèse des pulsions partielles n'est pas réalisée chez l'enfant, ni leur soumission complète au primat de la zone génitale. Seule, la dernière phase du développement sexuel amènera l'affirmation de ce primat.<sup>79</sup>

Quelles pulsions partielles cherchent leur satisfaction dans l'autre ? Selon quel but sexuel ? Quelle place la pénétration occupe-t-elle dans cette première forme de convergence prégénitale ?

Attardons-nous maintenant sur un texte atypique, et très souvent commenté : *Un enfant est battu*, publié en 1919<sup>80</sup>. Freud s'y attache à décrire des « fantasmes de fustigation », dont il est « convaincu » qu'il s'agit d'un « phénomène typique et qui n'est assurément pas d'une espèce rare ». Freud choisit de ne développer l'analyse que pour les seules « personnes féminines », soit quatre des six cas rapportés.

Ce fantasme présente une évolution en trois phases successives, de valeurs tout à fait inégales :

- la première phase « appartient au tout début de l'enfance » : « le père bat l'enfant *hai par moi* » ; Freud précise qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un fantasme, mais « plutôt de souvenirs se rapportant à des scènes qu'on a vues se dérouler, à des désirs qui sont apparus à diverses occasions » ;
- la seconde phase a « indubitablement un caractère masochiste » : « *Je suis battue par le père* » ; elle est « la plus importante de toutes et la plus lourde de conséquences », alors même qu'« on peut dire d'elle en un certain sens qu'elle n'a jamais eu une existence réelle. Elle n'est en aucun cas remémorée [...]. Elle est une construction de l'analyse, mais n'en est pas moins une nécessité ». Le « fait d'être battu » est « un composé de conscience de culpabilité et d'érotisme » : à la fois « *punition pour la relation génitale prohibée* » (l'inceste paternel), et « *substitut régressif de celle-ci* » : l'amour pour le père est devenu masochiste ;

---

<sup>79</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>80</sup> Freud S. (1919b) Un enfant est battu, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, pp. 219-243.

- la troisième phase est communiquée par la patiente dans l'analyse ; ici, un grand nombre d'enfants, des garçons le plus souvent, sont battus par un adulte indéterminé, ou bien un « substitut du père » ; le caractère essentiel de cette phase est qu'à la différence de la première, elle s'accompagne « d'une forte excitation qui sans équivoque possible est sexuelle »<sup>81</sup>.

Freud poursuit :

Dans ce choix d'objet précoce de l'amour incestueux la vie sexuelle de l'enfant atteint manifestement l'étape de l'organisation génitale. C'est plus facile à démontrer pour les garçons, mais également indubitable pour les petites filles. Quelque chose comme un pressentiment de ce que seront plus tard les buts sexuels définitifs et normaux domine l'aspiration libidinale de l'enfant ; [...] Le désir d'avoir un enfant avec la mère ne manque jamais chez le garçon, le désir d'avoir un enfant du père est constant chez la fille, et cela alors qu'ils sont totalement incapables d'avoir une idée claire de la voie qui peut conduire à l'accomplissement de ces désirs. Chez l'enfant il paraît devoir être établi que les organes génitaux ont quelque chose à faire là-dedans<sup>82</sup>.

Freud reste donc dans une certaine indétermination, lorsqu'il évoque « un pressentiment de ce que seront plus tard les buts sexuels définitifs » et cela même pour la petite fille : de quels buts s'agit-il ? Pressent-elle qu'elle jouit d'un corps pénétrable ? Quel organe génital, chez elle, a « quelque chose à faire là-dedans » : le vagin ou le clitoris ? Le « pressentiment » en question ne semble-t-il pas devoir impliquer une certaine conception de l'existence du vagin ? Aucunement, si l'on en croit Freud, puisque les enfants demeurent « totalement incapables d'avoir une idée claire de la voie qui peut conduire à l'accomplissement de ces désirs ».

Freud explique le changement d'objet de la phase 2 (la petite fille elle-même) à la phase 3 (des garçons) par le fait que « lorsqu'elles se détournent de l'amour génital incestueux pour le père, les filles rompent le plus facilement du monde avec leur rôle féminin [...] et désormais ne veulent être que des garçons »<sup>83</sup>. De quoi était alors constitué ce « rôle féminin », abandonné par refoulement ? Le fait que les enfants battus dans la phase 3, issue du refoulement de la seconde, soient « d'une manière largement prédominante uniquement des garçons »<sup>84</sup>, ne suggère-t-il pas que ce qui a motivé un refoulement massif (au point que la phase 2 n'est jamais remémorée) concerne, précisément, ce qui différencie les petites filles

---

<sup>81</sup> *Ibid.*, pp. 224-229.

<sup>82</sup> *Ibid.*, p. 227.

<sup>83</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>84</sup> *Ibid.*, p. 235.

des petits garçons ? Or, si cette différence n'avait été que la présence/absence du phallus, on voit mal pourquoi il aurait fallu substitué l'enfant châtré à l'enfant phallique dans le fantasme : battre un corps avec ou sans phallus ne change pas grand chose... On serait plutôt porté à penser que c'est la pénétrabilité du corps féminin, et ce qu'elle draine d'enjeux dans la relation au père (qui, dès lors, ne se contente plus de battre), qui a été l'objet d'une angoisse, et par suite, refoulée.

Cette hypothèse semble être confortée par un fait supplémentaire rapporté par Freud : il a observé chez les garçons le symétrique de la phase 2 du fantasme des filles, qui cette fois s'énonce ainsi : « être battu par la mère (plus tard, par une personne substitutive) ». Or « ce fantasme dans lequel la personne propre était maintenue comme objet se distinguait de la seconde phase féminine en ce qu'il pouvait être conscient »<sup>85</sup>. Le refoulement de la phase masochiste touche donc électivement la représentation du corps féminin. Que la phase 2 de la fille, « *Je suis battue par le père* », ait été associée, d'une façon ou d'une autre, à la représentation d'une concavité du corps, voire au vagin, aurait permis d'expliquer, bien mieux que ne le permet le caractère châtré qui caractérise selon Freud les conceptions infantiles du corps féminin, la mise en branle d'un refoulement sans faille. Plus simplement, on peut s'interroger : pourquoi la fille, et uniquement la fille, doit-elle refouler la représentation de sa relation masochique au parent de sexe opposé, si ce n'est pour se prémunir contre une représentation de la pénétration de son propre corps ?

Dans *Aux origines féminines de la sexualité*, Jacques André revient longuement sur ce texte de 1919, et note que Freud y est conduit « à formuler des remarques générales sur la féminité dont l'importance est qu'elles se situent en complet porte à faux par rapport à la théorie prévalente »<sup>86</sup>. Ce qui intéresse grandement Jacques André, c'est évidemment la phase 2 du fantasme, dont le « caractère nodal » est indiqué par « l'intensité du refoulement » qui la touche<sup>87</sup>. Il rappelle que pour Freud, « le fait d'être battu est [...] *le substitut régressif* » de la « *relation génitale prohibée* »<sup>88</sup>, soit l'inceste paternel. André détaille ces deux opérations : la *régression* se fait « du génital vers l'anal », et s'empare de la représentation cloacale, qui condense dans la représentation infantile les excitations vagino-anales ; la *substitution*, en

---

<sup>85</sup> *Ibid.*, p. 236.

<sup>86</sup> André J. (1995) *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : PUF ; 2007, p. 43.

<sup>87</sup> *Ibid.*, p. 49.

<sup>88</sup> Freud S., 1919b, *op. cit.*, p. 229.

conséquence, fait figurer « être battu par le père [...] en lieu et place d'être coïté par lui ». Il propose ainsi pour la phase 2 « une formule à peu près définitive [...] : *je suis battue-coïtée (cloacalement) par le bâton-pénis du père* »<sup>89</sup>.

André constate que si « la petite fille de 1932 [en référence à la *Nouvelle conférence* dédiée à *La féminité*<sup>90</sup>, voir *infra*] ignore son propre sexe, rencontre son père comme on s'accroche à une bouée de sauvetage et laisse doucement s'effiloche le lien qui l'a rapprochée de ce personnage secondaire », « celle de 1919 [date de publication d'*Un enfant est battu*] a un père pénétrant (séducteur), un corps réceptacle et une conscience de culpabilité torturante »<sup>91</sup>. *Un enfant est battu* apparaît donc comme un texte à contre-courant dans la pensée de Freud (même si André montre que les *Psychanalyses* de Dora<sup>92</sup>, et de l'Homme aux loups<sup>93</sup>, traduisent eux aussi une théorie de la féminité dissidente, relativement à la thèse phallogocentrique officielle) : les « considérations freudiennes sur la féminité » que Freud y développe apparaissent comme « les témoins d'une théorisation contradictoire qui ne parviendra jamais à s'imposer »<sup>94</sup>, et qui « fait l'objet d'un effacement à partir de 1923, voire d'un refoulement ». André rappelle à ce propos que l'écriture d'*Un enfant est battu* correspond chronologiquement aux premiers temps de l'analyse d'Anna Freud par son père. La découverte « par Sigmund de son propre désir pénétrant de père-analyste », à l'occasion de cette « transgression incestueuse psychanalytique »<sup>95</sup>, pourrait selon lui expliquer un tel refoulement.

Les auteurs psychanalytiques aiment à paraphraser le titre du célèbre texte de 1919, en intitulant leurs travaux *Un enfant est...*, *On bat untel*, etc.<sup>96</sup> Georges Pragier et Sylvie Faure-Pragier le font de façon particulièrement à propos, en mettant en évidence les interférences entre l'analyse d'Anna et le célèbre article de Freud qui lui est contemporain (leur article s'intitule « *Une fille est analysée : Anna Freud* »). A l'instar de Jacques André, ils notent à

---

<sup>89</sup> André J., 1995, *op. cit.*, pp. 49-50.

<sup>90</sup> Freud S. (1933) La féminité, in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1989.

<sup>91</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 52.

<sup>92</sup> Freud S. (1905a) Fragment d'une analyse d'hystérie, in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 1-92.

<sup>93</sup> Freud S. (1918a) Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 325-422.

<sup>94</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 43.

<sup>95</sup> *Ibid.*, pp. 54-55.

<sup>96</sup> Le dernier en date : Docquir C. « Une danseuse est dressée (sur la pointe des pieds) ». Approche de la question du masochisme dans la danse classique. *Evolution psychiatrique* ; in press.

propos d'*Un enfant est battu* que « la méconnaissance du vagin n'y est pas affirmée. Bien au contraire »<sup>97</sup>.

En 1923, justement, Freud revient sur l'ajout de 1915 à *La sexualité infantile* cité plus haut, à propos de la parenté entre génitalité infantile et génitalité adulte, et le corrige dans le sens de l'« effacement » que nous venons d'évoquer, dans un article intitulé *L'organisation génitale infantile* :

Je ne serais plus satisfait actuellement de la proposition selon laquelle le primat des organes génitaux ne s'effectuerait dans la première enfance que d'une façon très imparfaite ou pas du tout. La vie sexuelle de l'enfant se rapproche de celle de l'adulte dans une bien plus grande mesure et cela ne concerne pas seulement la survenue d'un choix d'objet. Même si on ne parvient pas à une véritable synthèse des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux, au faite du développement de la sexualité infantile, l'intérêt pour les organes génitaux et l'activité génitale acquiert cependant une importance dominante qui ne le cède que peu à celle de la maturité. Le caractère principal de cette « *organisation génitale infantile* » est en même temps ce qui la différencie de l'organisation génitale définitive de l'adulte. Il réside en ceci que, pour les deux sexes, *un seul organe génital*, l'organe mâle, joue un rôle. Il n'existe donc pas un primat génital, mais un primat du *phallus*.<sup>98</sup>

En 1923, Freud insiste donc, plus encore qu'en 1915, sur la proximité des phases génitales infantile et adulte. Si, comme il le soutient, « l'intérêt pour les organes génitaux et l'activité génitale acquiert [...] une importance dominante » dès l'enfance, quel peut être le but sexuel d'une pulsion génitale qui n'a affaire qu'à « *un seul organe génital* », le « phallus » ? Autrement dit, en l'absence d'une représentation du vagin, que peut bien viser la pulsion phallique de l'enfant de cet âge ? Freud tente de répondre à cette question sans remettre en cause le complexe de castration et son corrélat, l'ignorance infantile du vagin :

Cette partie du corps facile à exciter, qui se modifie et qui est si riche en sensations occupe au plus haut point l'intérêt du garçon et assigne constamment de nouvelles tâches à sa pulsion d'investigation. [...] La force motrice que cette partie virile déploiera plus tard à la puberté se manifeste à cette époque essentiellement comme besoin pressant d'investigation, comme curiosité sexuelle.<sup>99</sup>

Ne pouvant viser la pénétration du corps de l'autre, la « force motrice » générée par la pulsion génitale trouve à se satisfaire, nous dit Freud, dans l'investigation sexuelle. On peut se

---

<sup>97</sup> Pragier G, Faure-Pragier S. Une fille est analysée : Anna Freud. *Revue française de psychanalyse* 1993 ; 57(2) : 447-458, p. 453.

<sup>98</sup> Freud S., 1923a, *op. cit.*, pp. 114.

<sup>99</sup> *Ibid.*, pp. 114-115.



demander pourquoi la pulsion phallique ne se fixe pas comme but la pénétration d'un autre orifice, tel que l'orifice anal, dont l'enfant a récemment fait l'expérience qu'il pouvait trouver à être pénétré par une « verge d'excrément », et dont l'existence (contrairement à celle du vagin) n'est pas mise en cause, et trouverait une représentation spécifique dans le fantasme d'un *cloaque*.

Au stade de l'organisation pré-génitale sadique-anaïle il n'est pas encore question de masculin et féminin, l'opposition entre *actif* et *passif* est celle qui domine. Au stade suivant, celui de l'organisation génitale infantile, il y a bien un *masculin*, mais pas de féminin ; l'opposition s'énonce ici : *organe génital masculin* ou *châtré*. C'est seulement quand le développement, à l'époque de la puberté, s'achève, que la polarité sexuelle coïncide avec *masculin* et *féminin*. Le masculin rassemble le sujet, l'activité et la possession du pénis ; le féminin perpétue l'objet et la passivité. Le vagin prend maintenant valeur comme logis du pénis, il recueille l'héritage du corps maternel.<sup>100</sup>

Le garçon découvre donc le vagin, ce « logis » dont dispose « l'objet », contenant susceptible d'accueillir son « pénis », seulement « à l'époque de la puberté ». Freud déplore cependant de ne pouvoir « décrire cet état de choses que chez l'enfant mâle ; la connaissance des processus correspondants chez la petite fille nous fait défaut ». Monique Schneider note qu'il s'agit « de l'un des rares passages [de l'œuvre freudienne] où la spécificité féminine ne soit pas enfermée dans le négatif – par rapport à l'arbitrage exercé par la question de la castration ». Mais « l'ensemble du texte analyse l'évolution des représentations telle qu'elle se produit pour le garçon »<sup>101</sup> : qu'en est-il des représentations de la petite fille elle-même, associées à son propre corps *en-creux* ?

La même année, dans *La disparition du complexe d'Œdipe*, Freud défend une nouvelle fois l'idée selon laquelle, au stade phallique, « l'organe féminin n'a pas encore été découvert »<sup>102</sup>.

En 1925, Freud publie *Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes*, où il revient sur le rôle du complexe de castration dans l'entrée de la fille dans l'Œdipe :

la reconnaissance d'une différence anatomique entre les sexes écarte la petite fille de la masculinité et de l'onanisme masculin et la met sur de nouvelles voies qui conduisent au développement de la féminité. [...] La libido de la petite fille glisse maintenant – le long

---

<sup>100</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>101</sup> Schneider M. Du cloacal au matriciel. *Revue française de psychosomatique* 2004 ; 26(2) : 35-53, p. 39.

<sup>102</sup> Freud S. (1923b) La disparition du complexe d'Œdipe, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 118.

de ce qu'on ne peut appeler que l'équation symbolique : pénis = enfant – jusque dans une nouvelle position. Elle renonce au désir du pénis pour le remplacer par le désir d'un enfant et, *dans ce dessein*, elle prend le père comme objet d'amour. La mère devient l'objet de sa jalousie ; la petite fille tourne en femme. Si j'en crois un sondage analytique isolé, dans cette nouvelle situation il peut se produire des sensations corporelles qui doivent être considérées comme un éveil prématuré de l'appareil génital féminin.<sup>103</sup>

Freud évoque ainsi l'évolution de l'envie du pénis : la fille « renonce au désir du pénis », sous-entendu au désir d'en avoir un à soi qui ne soit pas un pis-aller et, conformément à « l'équation symbolique : pénis = enfant », elle le remplace par « le désir d'un enfant ». S'agit-il alors simplement d'une aspiration phallique, du désir d'**avoir** un enfant, d'en être nantie, en compensation de l'absence de pénis, ou ce désir s'inscrit-il déjà dans un désir de pénétration : **porter** un enfant, c'est à dire être pénétrée par cet enfant, comme par son équivalent, le pénis ? Qu'en est-il de la pénétration par le pénis du père ? La fille en a-t-elle à cet âge une représentation, ou son désir d'avoir un enfant est-il associé aux théories sexuelles infantiles orales et anales relatives à la conception et à la parturition ?

En d'autres termes, au stade phallique, au moment où la petite fille entre dans l'Œdipe des suites du complexe de castration, et qu'alors elle se détourne de la mère pour obtenir du père l'équivalent de ce que celle-ci lui a refusé, assiste-t-on à une nouvelle étape dans l'accession de la petite fille à la *concavité* de son corps, susceptible d'accueillir, non plus seulement des fèces ou un bébé-fèces comme dans le cloaque, mais une partie de l'autre, en particulier du père, c'est à dire le pénis et le bébé-pénis ?

Freud note que cette nouvelle position féminine coïncide avec l'abandon de « l'onanisme masculin », c'est-à-dire la masturbation clitoridienne, au profit de « sensations corporelles » de nature vaginale. La concavité en jeu n'est alors plus seulement associée à la cavité utérine, elle semble concerner aussi l'orifice vaginal. On note donc ici, ponctuellement, un relatif assouplissement de l'hypothèse freudienne de l'ignorance prépubertaire du vagin chez la fille. Cette évolution de l'envie du pénis met à jour l'origine du désir de pénétration, ressort de la sexualité féminine (mais aussi d'une série de composantes psychiques normales et pathologiques). La pénétration apparaît comme un équivalent de la possession phallique, dont la petite fille doit faire le deuil, et pour lequel elle cherche une compensation : **avoir en soi à défaut d'avoir à soi**.

---

<sup>103</sup> Freud S. (1925c) Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 130.

Georges Pragier et Sylvie Faure-Pragier notent que cet article de 1925 constitue « un tournant majeur de la pensée de Freud concernant la sexualité féminine » : « ici, c'est l'anatomie, c'est la réalité qui prend la première place », puisque la fille se détourne de la mère, et entre dans l'Œdipe, des suites de la *perception* de la réalité de sa castration, qui provoque l'envie du pénis. A l'instar de Jacques André, les auteurs proposent de considérer, parmi les causes des remaniements et soubresauts théoriques de cette époque, l'effet de l'analyse d'Anna. Confronté à l'évocation des désirs œdipiens de sa propre fille tels qu'ils n'ont pu manquer de surgir dans la cure, Freud aurait remanié sa théorie de manière à « dénier l'Œdipe : ce n'est pas le père que la fille aime, mais la mère. Si elle se tourne vers le père, c'est dans le seul dessein d'avoir un enfant. Pour la fille, Freud dénie le rôle fondateur de l'Œdipe, qui n'est que secondaire à sa castration »<sup>104</sup>. Les auteurs ajoutent que « dans un mouvement inverse à celui qui lui fit abandonner la réalité de la séduction avec sa “neurotica”, Freud maintenant réintroduit le réel, l'anatomie, comme fondement de la féminité pour dénier, à nouveau, la culpabilité du père »<sup>105</sup>.

L'année suivante paraît *Inhibition, symptôme et angoisse*, qui achève le *tournant des années 1920* : après la seconde théorie des pulsions et la seconde topique (1920 et 1923, principalement), c'est au tour de la seconde théorie de l'angoisse d'être introduite. L'angoisse n'est officiellement plus le résultat d'un refoulement, qui laisse délié un quantum d'affect ; au contraire, elle en est à l'origine, puisqu'elle constitue un signal d'alarme (le « signal d'angoisse »), qui met en branle les opérations défensives. Dans ce texte, Freud poursuit également ses réflexions sur l'origine du désir génital. Il reprend un « cheminement de pensée de Ferenczi, qui semble pleinement justifié » :

La haute estimation narcissique du pénis peut se réclamer du fait que la possession de cet organe contient la garantie d'une nouvelle union avec la mère (avec le substitut de la mère) dans l'acte du coït. Être dépouillé de ce membre équivaut à une séparation renouvelée d'avec la mère, signifie donc être de nouveau livré en désaide à une tension de besoin empreinte de déplaisir (comme lors de la naissance).<sup>106</sup>

En mettant en avant la « corrélation » entre une angoisse générique de séparation et l'angoisse plus spécifique de castration, Freud définit la première non seulement comme le prototype de la seconde, mais aussi comme le moteur de la pénétration : pénétrer l'autre revient à s'assurer

---

<sup>104</sup> Pragier G, Faure-Pragier S., 1993, *op. cit.*, p. 451.

<sup>105</sup> *Ibid.*, p. 457.

<sup>106</sup> Freud S. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF ; 2009, pp. 52-53.

de sa présence, à se prémunir contre sa disparition, contre son manque, ou plus exactement contre la tension déplaisante qui en découlerait. Dans ces conditions, la castration apparaît comme une répétition de l'emblématique coupure du cordon ombilical à la naissance, et l'angoisse de castration n'est autre qu'une forme élaborée d'angoisse de perte, de séparation.

Freud précise ensuite que « l'individu [...] pour le retour dans le ventre maternel, [veut] se faire représenter par son organe génital ». Le modèle initial d'une pénétration est donc la présence du corps entier dans « le ventre maternel », modèle que l'homme adulte cherchera ensuite à reproduire symboliquement dans le coït, poussé par l'« angoisse de la perte d'objet ». Le pénis devient pour cela le substitut du corps entier<sup>107</sup>. Freud évoque d'ailleurs le cas de l'impuissant, qui « remplace maintenant régressivement cet organe par sa personne toute entière ».

« Le besoin, dont la montée est redoutée, est maintenant un besoin spécialisé, celui de la libido génitale, non plus un besoin quelconque comme au temps du nourrisson ». Pour Freud, le « besoin spécialisé » de la « libido génitale », c'est à dire le désir génital, dont le but consiste en la pénétration du corps de l'autre, est donc l'héritier de la « tension de besoin » vécue par le nourrisson en situation de « désaide » : l'un comme l'autre occasionnent un « déplaisir » qui ne peut être réduit que par la ré-union avec l'objet maternel perdu, ou son substitut.

Ce développement théorique implique de considérer que le garçon a, très tôt, une représentation du pénis comme substitut ombilical, donc destiné à s'introduire dans le corps maternel. L'hypothèse de Ferenczi, reprise par Freud, entérine la représentation précoce d'une pénétration agie chez le garçon, même si sa destination n'est pas explicite (conformément à l'hypothèse de l'ignorance du vagin).

Qu'en est-il chez la fille ? Elle est, elle aussi, sujette à la « haute estimation narcissique du pénis », et assurément pour les mêmes raisons que le garçon. Qu'elle y renonce partiellement (en se tournant vers le désir d'un enfant) n'y change rien : elle doit elle aussi avoir eu précocement le désir de pénétrer son objet primaire pour s'assurer de sa présence, et se prémunir contre une « tension de besoin ». Dès lors, on peut supposer que dans la pénétration passive, la femme cherche, par deux voies à la fois opposées et convergentes, à se prémunir

---

<sup>107</sup> Cette idée était déjà évoquée en 1918 : « on désire se retrouver dans la situation dans laquelle on était dans les organes génitaux maternels, l'homme s'identifie ainsi avec son pénis et s'en sert pour le représenter ». Mais cette équivalence peut donner lieu au glissement opposé : ainsi, le « fantasme de la seconde naissance » constitue une « atténuation [...] du fantasme des rapports incestueux avec la mère » (Freud S., 1918a, *op. cit.*, p. 403). Ici, ce n'est plus le pénis qui représente le sujet, mais réciproquement le corps entier qui se substitue au pénis.

contre la perte de l'objet d'amour : une voie phallique, dont le ressort est l'envie du pénis, qui consiste, on l'a vu, à l'*avoir en soi plutôt qu'à soi*, afin de se doter d'un phallus, outil d'une ré-union avec la mère ; une autre voie, génitale passive, qui consiste à se laisser pénétrer par l'objet porteur du pénis pénétrant, afin de s'en épargner la perte. Car dans la pénétration, qu'elle soit active ou passive, la présence effective du corps de l'autre est bien réelle (quoi qu'il n'y ait, dit-on, « pas de rapport sexuel ») : le coït prémunit le pénétré comme le pénétrant contre l'absence de l'autre.

Dans *Sur la sexualité féminine*, Freud prend acte des critiques de certains analystes à propos de sa thèse de l'ignorance infantile du vagin, même s'il n'en tient pas compte :

Un homme n'a en somme qu'une seule zone génitale prédominante, un organe sexuel, tandis que la femme en possède deux : le vagin qui est proprement féminin et le clitoris analogue au membre viril. Nous pensons que nous avons raison d'admettre que le vagin n'est pour ainsi dire pas présent pendant de nombreuses années ; peut-être ne commence-t-il à produire des sensations qu'à la puberté. Sans doute dans ces derniers temps se multiplient les voix des observateurs qui font aussi remonter les motions vaginales à cette période du début. L'essentiel de ce qui, dans l'enfance, concerne la génitalité doit donc se dérouler en relation avec le clitoris. [...] La vie sexuelle de la femme se divise régulièrement en deux phases dont la première a un caractère masculin ; seule la seconde est spécifiquement féminine.<sup>108</sup>

L'une de ses *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse* s'intitule *La féminité*. Freud y écrit qu'au stade phallique, « le garçonnet apprend à se procurer, grâce à son petit pénis, de voluptueuses sensations et cette excitation est en rapport avec certaines représentations de rapports sexuels ». <sup>109</sup> De quels types de « rapports sexuels » sont donc peuplés ces fantasmes ? Y trouve-t-on déjà, et sous quelle forme, la représentation d'une pénétration entre deux êtres ? Rappelons que Freud avait soutenu, dès 1908, que les théories sexuelles infantiles confirmaient l'ignorance du vagin chez les enfants des deux sexes. Si les « représentations de rapports sexuels » ne font pas état d'une pénétration vaginale, se peut-il qu'elles lui substituent la pénétration orale ou anale, prenant appui sur les représentations de pénétration nées des sensations auto-érotiques des stades pré-génitaux ? Le cloaque, orifice dont l'enfant postule qu'il permettrait de faire sortir l'enfant à naître, pourrait-il, dans ses fantasmes, servir aussi à la pénétration par le pénis du père ?

---

<sup>108</sup> Freud S. (1931) *Sur la sexualité féminine*, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, pp. 141-142.

<sup>109</sup> Freud S., 1933, *op. cit.*, p. 81.

Dans un but masturbatoire, « la fillette se sert de son clitoris plus petit encore. Il semble que chez elle tous les actes masturbatoires intéressent cet équivalent du pénis et que, pour les deux sexes, le vagin, essentiellement féminin, ne soit pas encore découvert. D'aucuns parlent, il est vrai, de sensations vaginales précoces, mais il semble assez malaisé de différencier celles-ci des sensations anales ou vestibulaires et elles ne sauraient, en nul cas, jouer un grand rôle. » Freud tente de désamorcer le débat qui l'oppose aux partisans d'une connaissance précoce du vagin chez la fille, en ramenant les actes de masturbation vaginale précoces observés par certains auteurs à de simples excitations des muqueuses périphériques. Plus loin, Freud affirme que la petite fille se livre « à la masturbation clitoridienne en associant la satisfaction qu'elle se procur[e] ainsi à ses désirs actifs, désirs bien souvent centrés sur la mère »<sup>110</sup>. Quel est le but pulsionnel actif recherché dans cette activité masturbatoire que Freud relie à la mère ? La petite fille rêve-t-elle de pénétrer sa mère avec son organe phallique « rabougri » ? Mais alors par quel orifice s'y introduit-elle, puisque « son amour s'adress[e] à une mère phallique et non à une mère châtrée » ?

Jacques André remarque que, si l'enfant évoqué en 1917 (*Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal*) « est l'héritier d'un pénis interne excitant une muqueuse », celui de *La féminité* « est héritier d'un pénis externe envié »<sup>111</sup>.

*Le développement de la fonction sexuelle* est l'un des derniers textes de Freud. On y lit qu'au stade phallique, « il est remarquable que seuls les organes génitaux mâles (le phallus) jouent alors un rôle. Les organes génitaux féminins restent longtemps encore ignorés ; l'enfant lorsqu'il cherche à comprendre les phénomènes sexuels adopte la vénérable théorie du cloaque qui, au point de vue génétique, trouve sa justification ». En note de bas de page, Freud ajoute qu'« on a fréquemment prétendu que les excitations vaginales pouvaient survenir de très bonne heure. Il ne s'agit vraisemblablement en ce cas que d'excitations clitoridiennes, c'est à dire d'excitations d'un organe analogue au pénis, ce qui ne nous enlève pas le droit de qualifier cette phase de phallique. »<sup>112</sup>.

On peut donc noter que, des *Lettres à Fliess* à *L'abrégé de psychanalyse*, de 1897 à 1938, Freud n'a presque jamais dévié de sa position à l'égard d'une **découverte tardive**,

---

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 97.

<sup>111</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 32.

<sup>112</sup> Freud S. (1938a) *Abrégé de psychanalyse*. Paris : PUF ; 1975, p. 15.

**pubertaire, chez le garçon comme chez la fille, du vagin**, cavité contenant, réceptacle pour le pénis, organe *passif* de la pénétration de ou par l'objet. Sa conception de la féminité, ou plus exactement de l'accession par l'enfant, garçon et fille, à une représentation du féminin, n'a donc que peu varié. Ainsi, au stade d'organisation phallique, la thèse de l'ignorance infantile du vagin empêche de postuler l'accès à la pénétration génitale, alors même que l'organe phallique est au premier plan.

Par contre, les textes se référant à l'évolution des conceptions infantiles relatives à la maternité, entendue comme capacité maternelle à accueillir le futur autre en soi, sont plus ambigus : ce futur autre apparaît tantôt dans son altérité, tantôt dans une indifférenciation, si bien qu'on l'a comparé à la position paradoxale d'un objet transitionnel, comme on l'avait fait précédemment pour les contenus gastrique et intestinal.

A l'issue de cette revue des principaux travaux freudiens directement relatifs au développement psychosexuel, on peut donc s'étonner de la marginalité des considérations relatives au féminin, et plus précisément à la seule « zone génitale » proprement féminine selon Freud, qui conteste au clitoris ce qualificatif : le vagin. Il n'en est fait mention qu'à titre d'objectif à atteindre pour la sexualité féminine : la petite fille, atteignant la puberté, se détachera « spontanément ou par action réflexe »<sup>113</sup> du clitoris, refoulant la composante phallique de sa sexualité, pour déplacer son intérêt sur le vagin. Quant à l'utérus, il n'est qu'à peine sous-entendu : à lire les textes freudiens relatifs à l'anatomie féminine, on pourrait penser, comme l'écrit Monique Schneider, « que l'espace creux s'arrête à ces zones marquant l'entrée du corps ». Les « allusions à l'intériorité viscérale féminine » apparaissent principalement « dans des lieux textuels latéraux ou isolés » ; en particulier, l'auteur souligne que « dans les textes qui présentent de la psychanalyse une vision récapitulative, le rôle joué par l'*Herberge*<sup>114</sup> féminine, en tant que marqueur d'une différence, autre qu'ablative, entre les sexes, n'apparaît plus ». Monique Schneider n'hésite pas à parler d'un « clivage entre deux versions mises côte à côte, ou plutôt l'une en retrait de l'autre » : la position officielle, référée au corps féminin appréhendé sur le seul mode scopique, conformément au garçon qui *voit* un corps féminin mutilé, châtré, et une approche évoluant « dans une semi-clandestinité », dans laquelle Freud ménage « en direction du territoire viscéral, des entrées dérobées »<sup>115</sup>, que nous allons à présent tenter de pénétrer.

---

<sup>113</sup> *Lettre à Fliess* du 14 novembre 1897 (in Freud S., 1887-1902, *op. cit.*, p. 206)

<sup>114</sup> Le corps comme réceptacle, comme contenant, comme « logis du pénis » (Freud S., 1923a, *op. cit.*, p. 116).

<sup>115</sup> Schneider M., 2004, *art. cit.*, pp. 35-39.

## 1.5. VAGIN ET... VAGINALITE ?

*Madame rêve d'atomiseurs,  
Et de cylindres si longs  
Qu'ils sont les seuls  
Qui la remplissent de bonheur*  
Alain Bashung, *Madame rêve*

### 1.5.1. L'hypothèse d'une composante pulsionnelle vaginale

L'hypothèse de la méconnaissance prépubertaire du vagin, à laquelle Freud n'a jamais renoncé, a très tôt dans l'histoire du mouvement psychanalytique cristallisé le débat sur le féminin. Litza Guttieres-Green, dans une conférence prononcée en 2003<sup>116</sup>, résume les « deux tendances » qui « se sont rapidement dessinées au sein des théories sur la sexualité féminine : d'un côté ceux qui soutiennent la méconnaissance du vagin jusqu'à une époque tardive (aux côtés de Freud, Ruth Mack Brunswick, Jeanne Lampl de Groot, Hélène Deutsch, Marie Bonaparte), de l'autre ceux qui croient en sa connaissance précoce et pour lesquels l'enfant de sexe féminin est fille dès le début (Josine Müller, Karen Horney, Karl Abraham, Mélanie Klein, Ernest Jones) ». Elle rappelle que dans sa Lettre à Freud du 3 décembre 1924, Abraham a « mis en doute l'hypothèse freudienne », s'interrogeant sur l'existence d'une « première éclosion vaginale<sup>117</sup> de la libido féminine » dans la « prime enfance » qui subirait un refoulement et « à laquelle succèderait ensuite la prédominance du clitoris ».

Qu'en dire aujourd'hui, près d'un siècle après le début de ce débat ? La fillette a-t-elle une connaissance, d'une façon ou d'une autre, de l'excitabilité de cette cavité vaginale ? Jacques André nuance la portée de cette question, relativement à la connaissance du féminin, en replaçant le débat dans son contexte historique :

Bien que l'élaboration de deux théorisations adverses ait eu lieu très tôt, dès les années 1920, la question de la sexualité féminine demeure posée aujourd'hui en des termes à peu près inchangés. Tout se passe comme si la réponse à l'interrogation : “y'a-t-il une “connaissance” précoce du vagin ?”, selon qu'elle soit affirmative ou négative, suffisait à elle seule à décider de l'adhésion à l'un ou l'autre des deux ensembles théoriques inconciliables. [...] Le tour “insoluble” que prit rapidement la contradiction entre ceux de “Londres” et ceux de “Vienne” (l'image est de Jones), n'est certainement pas étranger à la fermeté de la conviction affichée par les uns et les autres [...]. Loin de trancher, la

---

<sup>116</sup> Guttieres-Green L. (2003) *Le masculin et le féminin chez Freud, Winnicott et les autres*. Cycle de conférences d'introduction à la psychanalyse ; [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr).

<sup>117</sup> Souligné par Karl Abraham.



clinique fournit aux adversaires toutes les illustrations nécessaires : aussi bien de l'existence de sensations vaginales précoces que de la méconnaissance absolue du vagin jusqu'à la puberté.<sup>118</sup>

En effet, ne nous égarons pas : ce qui nous intéresse ici, c'est moins de savoir si la fillette connaît ou non l'existence de son vagin comme zone érogène, que de déterminer si l'enfant, garçon ou fille, a une conception de la qualité pénétrable de la réalité de son corps, et de celui de l'autre. Avec Jacques André<sup>119</sup>, ce qui nous préoccupe est de savoir « de quelle façon s'élabore la féminité de l'enfant ? – de l'enfant, et pas seulement de la fille ». Cette controverse ne nous intéresse qu'en ceci qu'elle semble s'être accaparée depuis toujours, dans le débat psychanalytique, la question de l'accès à la pénétrabilité du corps propre et du corps d'autrui, même si elle n'y est traitée le plus souvent qu'implicitement, dans l'ombre d'une préoccupation de premier plan : la question du primat du phallus. Il semble en effet que Freud n'ait eu de cesse de défendre l'hypothèse de la méconnaissance prépubertaire du vagin que pour ne pas faire vaciller l'édifice du complexe de castration, ce qui lui a été précocement reproché. On peut s'étonner qu'il n'ait jamais mis cette hypothèse à l'épreuve de ses remarquables capacités d'analyse, et remarquer avec Catherine Chabert<sup>120</sup> que « l'élément invoqué [par Freud] pour justifier le tournant de la féminité est lapidaire : “une poussée de passivité” au moment de la puberté ». D'aucuns y voient une manifestation de l'inconscient du père fondateur de la discipline lui-même (Jacques André, on l'a vu, met en cause un refoulement qui coïncide historiquement avec l'analyse d'Anna...).

Après avoir cheminé depuis les premiers moments de la vie jusqu'à la puberté, et observé le développement libidinal sous l'angle de la dialectique de la pénétration, il nous semble possible de fonder l'hypothèse selon laquelle on peut isoler une composante pulsionnelle partielle relative à la pénétration passive, au vécu du corps propre (et de l'espace psychique) comme réceptacle pour l'autre. Cette composante semble trouver à s'étayer de façon transversale sur les expériences orales et anales, pour ouvrir progressivement sur un but sexuel spécifique : accueillir l'autre en soi. Si, comme le soutient Freud, ce but sexuel féminin vise à satisfaire l'envie du pénis (*avoir en soi plutôt qu'à soi*, disait-on plus haut), nous ajouterons que cela ne constitue que l'aboutissement d'un processus qui trouve son origine dès les premiers temps psychiques (bien avant le complexe de castration), au moment où

---

<sup>118</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 21.

<sup>119</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>120</sup> Chabert C. (2003) *Féminin mélancolique*. Paris : Presses Universitaires de France ; 2007, p. 30.

émerge du magma pulsionnel une première forme identitaire archaïque. Une telle composante pulsionnelle plonge ses racines dans les mouvements psychiques prégénitaux (but : être pénétré par l'objet primaire), et se génitalise au moment de l'Œdipe (but : être pénétré par le père oedipien, par identification hystérique à la mère), avant d'occuper une place de choix dans la sexualité féminine à partir de la puberté (but : être pénétré par l'homme, par déplacement de l'intérêt sexuel hors du triangle oedipien). A l'issue de ce parcours, elle doit trouver sa place ultime comme composante d'une sexualité féminine aboutie, génitalisée, où elle se confond avec l'*activité à but passif* de la sexualité féminine.

En proposant l'hypothèse d'une prise en compte progressive de la concavité du corps, antérieure à la puberté, nous tentons de rendre compte de la capacité de la cavité vaginale à réaliser d'emblée, au moment de son érotisation, soit à la puberté, la soumission à son compte de l'ensemble des pulsions partielles. Car il nous semble en effet hasardeux d'attribuer une telle capacité organisatrice à une fonction (la contenance vaginale) qui aurait été jusqu'à la puberté totalement niée, à un organe (le vagin) qui n'aurait pu jusqu'alors manifester d'aucune façon sa propre pulsionnalité partielle, puisque, comme s'en étonne Jacques André<sup>121</sup>, pour Freud « le vagin, zone érogène organisatrice de la sexualité de la femme adulte, serait sans ancrage dans la sexualité infantile ».

Cette *vaginalité* (selon le néologisme que nous proposons de construire sur le modèle d'*oralité* et d'*analité*), et c'est là l'essentiel de la thèse que nous défendons, nous la concevons comme n'étant *pas réductible* au renversement en son contraire de la pulsion génitale infantile, qui vise la pénétration active par le pénis (ou par son pis-aller féminin, le clitoris) : « pénétrer, casser, percer des trous partout »<sup>122</sup>. En d'autres termes, nous postulons l'existence d'une **passivité primaire**, sans présager des liens qu'elle entretient avec la passivité secondaire, issue du double retournement (contre la personne propre et en son contraire) de l'activité. Il nous semble nécessaire de défendre une telle primauté, l'irréductibilité d'une certaine dose de passivité dans la vie sexuelle, pour rendre compte de ce qui nous est apparu comme relevant d'emblée d'une expérience passive, notamment dans la relation du nourrisson au contenu étranger qu'il ingurgite : conjointement à l'activité d'ingurgitation, il est excité (« passivement excité » pourrions-nous dire, mais c'est un pléonasme) par ce corps étranger,

---

<sup>121</sup> André J, 1995, *op. cit.*, p. 29.

<sup>122</sup> Freud S., 1908a, *op. cit.*, p. 21.

sans qu'il ne soit nécessaire de postuler un quelconque retournement en son contraire de l'activité.

La question qui nous préoccupe est donc moins celle de la connaissance précoce du vagin chez la fille, que celle de l'accession, chez le garçon comme chez la fille, à une passivité primaire, associée au caractère concave du corps propre. Nous concevons une telle *vaginalité* comme prégénitale, c'est-à-dire antérieure (et donc indépendante) des considérations relatives à la différence des sexes : rien ne s'oppose, de notre point de vue, à ce que l'objet fantasmé comme pénétrant soit l'objet primaire lui-même, fût-il mère, et donc femme. Autrement dit, une telle *vaginalité* n'implique pas l'accès à l'Œdipe, à une figure paternelle porteuse d'un pénis et différenciée de la mère, et ne s'oppose donc pas à « la conviction freudienne toujours plus affirmée au fil des ans : celle d'une première sexualité de l'enfant (fille ou garçon) entièrement tournée vers la mère »<sup>123</sup> (contrairement à l'hypothèse d'une « réaction vaginale primitive au pénis (du père) » défendue par Karl Abraham dans sa lettre à Freud datée du 3 décembre 1924 déjà citée, et rapportée aussi par Jacques André).

### 1.5.2. Une passivité sexuelle primaire est-elle envisageable ?

Dans *La sexualité féminine*, Janine Chasseguet-Smirgel retrace (d'une façon remarquablement concise et limpide) la place du féminin dans les travaux de Freud, mais aussi des post-freudiens qu'elle catégorise selon qu'ils sont « apparentés » ou « opposés » aux vues freudiennes sur ce sujet<sup>124</sup>. Cependant, nous allons voir que même les premiers ont pris avec certaines hypothèses freudiennes des distances sensibles.

Hélène Deutsch, fidèle à Freud, soutient que la fille, au moment du stade phallique, doit « renoncer à la masculinité liée au clitoris » et « passer de la phase phallique à la phase vaginale, c'est-à-dire [...] découvrir un nouvel organe génital ». Cela est rendu possible par une « soumission masochique au pénis »<sup>125</sup> qui servira de « guide ». Cependant, Deutsch considère que « la libido hétérosexuelle a des racines archaïques orales », puis sadiques-anales, et que dans ces prémisses, « le sein, le pénis ou les fèces ont un rôle actif » alors que « l'anus joue un rôle passif, analogue à celui de la bouche à la phase orale ». « Le passage

---

<sup>123</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 27.

<sup>124</sup> Chasseguet-Smirgel J. (1964) *La sexualité féminine*. Paris : Payot ; 1978, pp. 31-70.

<sup>125</sup> Deutsch H. (1944-1945), *La psychologie des femmes*, citée par Chasseguet-Smirgel, *ibid.*, p. 32.

serait ainsi frayé, ajoute Chasseguet-Smirgel au sujet des conceptions de Deutsch, vers l'investissement passif du vagin, troisième ouverture du corps féminin ». C'est seulement « lors du premier rapport sexuel » que le pénis « fixe la libido sur le vagin » (qui n'avait jusque là « aucun rôle érogène »), permettant ainsi à cet organe de prendre « le relais de la bouche dans sa fonction orale-passive de succion ». Dès lors, « l'attitude vraiment passive, féminine du vagin est une répétition sur le mode post-ambivalent de la phase préambivalente orale, dans laquelle sujet et objet fusionnent ». Chasseguet-Smirgel ajoute que pour Deutsch, « le coït vaginal permet de surmonter le trauma de la séparation, du sevrage » puisque « dans le coït la relation mère-enfant est reconstituée », ce qui va dans le sens de notre hypothèse d'un lien entre la passivité associée à l'*Hilflosigkeit* et celle de la position sexuelle féminine génitale : le désir d'être pénétré par l'autre (sexuellement), donc de l'accueillir en son sein, permet (entre autres choses) de se prémunir contre sa perte. Par conséquent, de ce point de vue, les enjeux des pénétrations active et passive se confondent : le « rapport sexuel » vise la ré-union.

Même si elle considère que « la passage du “phallique” au “vaginal” » est rendu « très ardu » par la « bisexualité féminine » et l'ambivalence, il n'en reste pas moins que Deutsch pose les bases d'une passivité primaire, qui plonge ses racines dans les expériences prégénitales orales puis anales, avant de les transférer au vaginal. Deutsch parvient ainsi à concilier la thèse de la méconnaissance prépubertaire du vagin, si chère à Freud, avec l'idée d'une passivité primaire. On peut seulement regretter qu'elle cantonne celle-ci au développement psychosexuel de la petite fille : le garçon n'a-t-il pas lui aussi à composer avec des orifices dans la réalité de son corps ?

Pour Marie Bonaparte, « le “complexe de virilité” de la femme est primaire », conformément à Freud, puisqu'« il est fondé sur l'existence anatomique d'un organe masculin tronqué, le clitoris ». Cependant, Chasseguet-Smirgel note que « contrairement à Freud », Marie Bonaparte « pense que chez la petite fille naît assez tôt l'ébauche psychique de ce qui deviendra l'érotisme vaginal. En effet, elle pense qu'au stade anal la petite fille investit passivement le *cloaque*, c'est-à-dire l'anus et le vagin confondus cœnesthésiquement. Le vagin n'entrera véritablement en jeu qu'à la puberté mais l'érotisme cloacal passif en constitue le prototype. La fille, au début de sa vie, est avant tout passive, tout comme le garçon du reste. Elle attend des satisfactions de la part de sa mère, tant clitoridiennes que cloacales. Le clitoris est donc primairement investi passivement. ». C'est seulement dans un second temps, au décours de l'Œdipe dans sa valence négative, que « l'attachement de la

petite fille à la mère devient actif et pénétrant ». Notons que rien n'empêche de déduire de ce développement qu'il en est de même chez le garçon : s'il est lui aussi avant tout passif, il doit d'abord investir passivement son pénis, attendre de sa mère des satisfactions phalliques passives, avant que ne survienne une inversion vers l'activité. Mais revenons-en à la fille : c'est seulement à la puberté que « le vagin est investi érotiquement, et non plus le “trou cloacal” ». L'auteur ajoute que pour Marie Bonaparte, « la fonction vaginale à érotisme “*concave*” s'établit grâce au “masochisme féminin essentiel” qui permet de surmonter les obstacles opposés par l'érotisme clitoridien “*convexe*” ». Mais l'érotisme actif et le sadisme « attachés au clitoris » qui devront être abandonnés ne sont pas primaires, seulement secondaires. Le développement psychosexuel de la fille semble donc devoir effectuer une boucle, en cheminant de la passivité-masochisme à un retour à celle-ci, après un bref détour par l'activité-sadisme.

Quant à Ruth Mack Brunswick, notons simplement que malgré une grande communauté de pensée avec Freud, elle considère qu'« au début de la vie l'enfant est passif », et que par conséquent le garçon devra « abandonner la passivité pour devenir actif ».

On voit donc que la soumission à l'hypothèse freudienne de la méconnaissance prépubertaire du vagin n'a pas empêché ces auteurs de postuler, de façon plus ou moins explicite, une passivité initiale, primaire, irréductible au renversement de l'activité.

D'autres auteurs, au contraire, se sont élevés contre la méconnaissance prépubertaire du vagin. C'est le cas de Josine Müller, pour qui « le vagin est le premier organe sexuel investi libidinalement », et de Karen Horney, qui considère que la fillette, craignant « les atteintes dont serait l'objet l'intérieur du corps [...] refoule ses pulsions vaginales qu'elle transfère à son organe sexuel externe, le clitoris ». Mélanie Klein, elle aussi, pense que « la crainte fondamentale de la fille concerne l'intérieur de son propre corps ». Par ailleurs, pour elle, « le désir oral du pénis paternel devient le prototype du désir génital, vaginal de ce pénis », et elle évoque les « pulsions féminines réceptives » : chez Klein, nous dit Chasseguet-Smirgel, « la réceptivité orale et vaginale, féminine, est primaire ». Jacques André ajoute que « l'originaire est aussi féminin pour M. Klein qu'il est masculin pour Freud »<sup>126</sup>.

---

<sup>126</sup> André J. (1994) *La sexualité féminine*. Paris : PUF ; 2010, p. 64.

Ernest Jones, de son côté, défend l'opinion selon laquelle « les désirs vaginaux sont très précoces » et que « les fantasmes précoces concernant *tous les orifices* sont très fréquents et prennent une *forme réceptive* typiquement féminine ». Pour Jones, les « fantasmes inconscients très précoces de la fillette » sont « dirigés vers le père et, au début, vers son phallus ». S'appuyant sur « une idée que Freud lui a personnellement communiquée », selon laquelle « la première théorie sexuelle de la fillette serait orale (fellation) », il postule que « ce désir réceptif féminin » se situe « à une phase précoce du développement de la fillette ». Il considère que « *la fillette est dès le début plus féminine que masculine, plus centrée sur l'intérieur du corps que sur l'extérieur* ».

Evoquons à présent deux auteurs contemporains, qui situent la passivité comme primaire.

En 1995, Jacques André publie un ouvrage dont le titre en dit long sur une genèse de la psychosexualité qui se situe à distance significative du phallocentrisme freudien : *Aux origines féminines de la sexualité*. La sexualité, dans les deux sexes, plongerait donc ses racines dans le féminin. C'est, pour le moins, prendre le contre-pied de Freud pour qui, on l'a vu, une sexualité proprement féminine apparaît « spontanément » à la puberté. Cette génération spontanée, cette soudaine « poussée de passivité » qui tient du « réflexe », suggère l'idée d'un auto-engendrement qui paraît faire peu de cas d'éventuelles racines infantiles. Chez Freud, la fille est d'abord sexuellement un petit garçon ; pour André, au contraire, l'être psychosexuel est originairement assigné à une position féminine, qui sera seulement secondairement refoulée. Pour situer l'origine de cette passivité-féminité première, il s'appuie sur la théorie de la séduction généralisée développée par Jean Laplanche (*Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, 1987). Ainsi Jacques André écrit-il :

Le moment inaugural de la vie psychosexuelle se situe, par rapport à l'*infans*, dans une double altérité : celle de l'adulte et celle de l'inconscient dans l'adulte. Si dans cette « rencontre », il s'agit moins de *commerce* que de *séduction*, c'est que l'enfant, étant donné sa prématurité, voit ses capacités de compréhension et d'élaboration excédées par ce qui lui est ainsi « injecté ». La vie psychosexuelle ne commence pas par « j'introjecte » – ni même par : « je me nourris et j'en profite pour suçoter » – mais par *il* plante, *il* intromet ; sans savoir ce que *il* fait. Un enfant est saisi par la tourmente du sexuel bien au-delà de ce que sa « réponse » auto-érotique lui permet d'apaiser. *Un enfant est pénétré par effraction.*<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> André, 1995, *op. cit.*, p. 110.

Dans son livre consacré au *Féminin mélancolique*, Catherine Chabert démontre qu'on ne peut « contester la position passive » que les fantasmes originaires « assignent tous au sujet ». Dans la scène primitive, elle note « la place première de l'enfant en détresse, de son exclusion, de son excitation, au vu et à l'entendu » ; elle souligne « la mise à l'écart, le sentiment d'impuissance, et même la douleur psychique associée à cette scène » qui « soutiennent la position passive » de l'enfant. Son « excitation sexuelle » est éteinte par l'angoisse : par suite, « ce qui subsiste, ce qui constitue un mode d'attraction privilégié, répétitif, c'est l'enfant solitaire et passif à la fois débordé et démuné ». Quant aux fantasmes de séduction, ils « impliquent, eux aussi, la représentation passive du sujet dans la scène » : si, depuis l'abandon de sa *Neurotica* par Freud, le sujet est l'auteur de ces scénarios (théorie du fantasme), il n'en reste pas moins relégué dans une « position d'innocence passive » par ceux-ci. Dans l'*activité* fantasmatique, la « maîtrise d'une situation où l'excitation menace de débordement ou de désorganisation » n'est réalisable « qu'à condition que la passivité inhérente à l'état d'excitation (être excité par...) soit admise ». Chabert insiste aussi sur les « représentations passives » engendrées par le fantasme de castration : « qu'il prenne la forme du féminin-châtré ou du masculin-menacé, qu'il se déploie dans la culpabilité ou le masochisme, il trouve inmanquablement sa marque dans l'horreur de la position passive ». Et l'auteur de conclure : « Au commencement, donc, une position passive nettement dégagée chez l'enfant »<sup>128</sup>.

Catherine Chabert semble particulièrement proche des considérations d'André relativement à l'origine du sexuel, par exemple lorsqu'elle écrit :

La sexualité, amenée par l'autre, s'inscrit dans l'altérité et inscrit dans le même mouvement l'existence de l'étranger en soi et l'étrangèreté de l'inconscient. Encore faut-il que l'action séductrice qui engendre l'excitation et le trouble, et soutient la nécessité de s'y confronter et de les traiter, encore faut-il que cette *action* soit acceptée comme *venant de l'autre*, acceptation qui place le sujet en position de ré-action bien sûr, à condition qu'il admette *l'effet de l'autre en lui*, c'est-à-dire qu'il admette d'être passivement modifié par cet étranger.<sup>129</sup>

Chabert défend donc, elle aussi, la thèse d'une sexualité reçue passivement de l'extérieur, de l'autre, du dehors.

---

<sup>128</sup> Chabert C., 2003, *op. cit.*, pp. 27-31.

<sup>129</sup> *Ibid.*, p. 36.

### 1.5.3. Activité, passivité, passivation

Dans un texte de 1999, André Green confronte *Pulsions et destins des pulsions* (1915) et *Un enfant est battu* (1919) d'une part, qui « appartiennent tous deux à la première topique », et *Le problème économique du masochisme* (1924) d'autre part, référé à la seconde topique, et à la seconde théorie des pulsions, qui fait apparaître un concept nouveau, celui de pulsion de mort. Si le Freud d'avant les années 1920 plaide en faveur d'un masochisme secondaire, issu du double retournement (en son contraire et contre la personne propre) du sadisme originaire, qui est ainsi délégué à un « moi étranger », à partir de 1920 (*Au-delà du principe de plaisir*) « l'adoption de la thèse de la pulsion de mort » s'associe « au remaniement fondamental qui place le masochisme originaire en position première en lui reconnaissant la valeur d'un but pulsionnel » : ce masochisme primaire « est le fruit d'une passivité première, ne procède d'aucun renversement d'activité en passivité, ni d'une substitution d'objet ». Green propose de distinguer la passivité, associée chez Freud à une « modalité de plaisir recherchée par la libido » qui « établit un mode de jouissance à but passif », de la « passivation » définie comme « ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché »<sup>130</sup>. Il fait découler la passivation, « qui rend l'idée de forcer quelqu'un à être passif »<sup>131</sup>, de l'*Hilflösigkeit*, la détresse psychique originaire qui « plonge le sujet dans un état d'impuissance sans recours ». De là, l'auteur propose d'« opposer une *passivité-jouissance* et une *passivité-détresse* ». Il n'est donc de « passivité première » qu'en-deçà (ou au-delà, c'est selon) du sexuel, puisqu'elle est le produit de la pulsion de mort : face à l'ampleur de sa dépendance à l'environnement, le sujet en état de détresse est forcé à être passif, relégué dans une impuissance extrême. Dans ce masochisme là, nulle place pour la libido. La passivité-jouissance, elle, n'est que secondaire (au retournement du sadisme). Pour appuyer le caractère asexuel de la passivité née de l'*Hilflösigkeit*, Green écrit que « l'état de demande qui habite le psychisme [en situation de détresse initiale] pourrait difficilement être de l'ordre du souhait. Il est donc peu probable que la situation soit compatible avec une production hallucinatoire consolatrice. L'expérience de cas limites nous le laisse penser<sup>132</sup> ».

---

<sup>130</sup> Green A. Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse* 1999 ; 63(5) : 1587-1605, p. 1587.

<sup>131</sup> *Ibid.*, p. 1588.

<sup>132</sup> *Ibid.*, p. 1589.



L'hypothèse de la vaginalité, que nous proposons d'explorer, constitue une troisième voie, complémentaire, entre la passivité-secondaire-jouissance et la passivation-primaire-détresse, celle d'une passivité-*primaire*-jouissance : une passivité primaire d'ordre sexuel. Le nourrisson, selon notre hypothèse, expérimente quotidiennement un plaisir sexuel passif associé à l'oralité, à l'incorporation (être pénétré par les corps étrangers avalés), aux côtés de l'activité qui en constitue la composante dominante, en tout cas la plus visible. Cette passivité, nous ne voyons aucun motif de la situer comme secondaire, issue d'un retournement. Fût-il passif, il s'agit d'un but pulsionnel qui s'étaye sur une fonction biologique, et à ce titre, il a droit à la primauté, comme le but actif avec lequel il partage la scène orale.

Repartons maintenant, à l'instar d'André Green, du passage d'*Inhibition, symptôme et angoisse* relatif à l'angoisse initiale : l'« angoisse de la perte d'objet »<sup>133</sup>. La préoccupation majeure de l'individu naissant à la vie psychique, serait de se prémunir contre la « tension de besoin empreinte de déplaisir » caractéristique de l'état d'*Hilflösigkeit*, et pour cela de s'assurer de la présence continue de l'objet. Il apparaît dans ce contexte comme un mécanisme instinctif d'accueillir en soi celui dont on veut s'éviter la perte. Mais l'avalé n'est pas le digérer, et c'est ici, on l'a vu, que pénétration et identification constituent deux destins de l'*incorporation*, entendue au sens étymologique d'une « mise à l'intérieur du corps ». Autrement dit, être pénétré par l'objet primaire est l'une des solutions fantasmatiques dont dispose le sujet naissant à la vie psychique pour se prémunir de sa perte, à distinguer de l'identification, même si elles visent, à l'origine, un même objectif défensif contre la perte de l'objet. Ce que nous proposons, c'est de concevoir qu'aux côtés de la passivation décrite par Green, puisse trouver à s'immiscer une dose de sexuel : le nourrisson, dont on a fait l'hypothèse qu'il est d'emblée soumis à une pulsionnalité passive qui prend sa source dans les fonctions biologiques élémentaires, ne pourrait-il, par étayage, trouver un plaisir du même ordre à accueillir fantasmatiquement l'objet primaire en lui, lorsqu'en état de détresse il cherche à s'épargner les affres de son absence ?

A nouveau, nous trouvons à nous appuyer sur le travail de Jacques André, lorsqu'il écrit que « l'état de détresse obligée du nourrisson, étant donné sa prématuration, l'offre non seulement aux soins du monde adulte mais aux débordements libidinaux de celui-ci, posant ainsi les

---

<sup>133</sup> Freud S., 1926, *op. cit.*, p. 52.

bases empiriques de la théorie de la séduction »<sup>134</sup>. Dans l'état d'Hilflösigkeit, l'enfant est à la merci de la pulsionnalité inconsciente de l'adulte qui, en tant que sexualité inélaborable pour le psychisme naissant du bébé, s'y engouffre par effraction. Une intrusion indigeste, un corps étranger qui traverse la frontière et qui n'est pas métabolisable, n'est-ce pas ainsi, précisément, que nous avons proposé de définir les contours de la pénétration ? Voilà donc le nourrisson, garçon ou fille, relégué dès l'origine (dès l'originaire) dans une passivité qui le fait naître à la psychosexualité, autrement dit, une *passivité sexuelle primaire*. « La passivité, poursuit Jacques André<sup>135</sup>, comme but pulsionnel, “prend la suite” de la passivité du moi devant l'attaque pulsionnelle, laquelle “succède” elle-même à la passivité traumatique du nouveau-né devant le monde adulte. Telle est bien ce qui en fait la part difficilement acceptable et qui nourrit, chez l'homme comme chez la femme, le refus de la féminité ». La « passivité traumatique du nouveau-né », soit la « passivation » évoquée par André Green, semble donc en mesure de se sexualiser en but pulsionnel passif, sans détour par une activité qui aurait à se renverser. C'est dans cette succession détaillée ici par André, dans la sexualisation de la passivité initialement traumatique, que nous supposons qu'interviennent les premières expériences de pénétration passive, qui s'étaient elles-mêmes sur le nourrissage. Ayant fait fortuitement l'expérience du plaisir associé à la présence d'un morceau du monde à l'intérieur du corps propre à l'occasion du nourrissage, le nourrisson peut naturellement en transférer l'érotisation sur l'effraction première.

#### **1.5.4. Quelques remarques sur les limites de l'opposition activité/passivité**

Il semble que l'on puisse dégager de cette discussion une conception schématique de la sexualité génitale féminine qui s'appuie sur les rapports entre oralité et génitalité féminine, mis en exergue par Hélène Deutsch (voir *supra*). Cela nous amène à repartir de la notion d'incorporation, dont nous avons tenté de souligner, au début de ce travail, la double valence active-sadique/passive-masochiste dans l'oralité :

- valence active-sadique : sucer, aspirer, mordre, mâcher, déchiqueter, avaler, digérer ;
- valence passive-masochiste : un corps étranger s'introduit à l'intérieur et excite les muqueuses internes (labiale, buccale, pharyngienne, oesophagienne et gastrique).

---

<sup>134</sup> André J., 1995, *op. cit.*, p. 95.

<sup>135</sup> *Ibid.*, pp. 122-123.

Cette double valence se retrouve dans la sexualité génitale féminine, le rapport vagin / pénis s'étant substitué à bouche / sein :

- valence active-sadique : engloutir le pénis pour se l'accaparer, attaquer l'homme en lui infligeant une blessure, une castration ;

- valence passive-masochiste : le pénis s'introduit à l'intérieur et excite la muqueuse vaginale.

Cela mérite de s'interroger plus largement : activité et passivité peuvent-elles seulement faire valoir leurs enjeux propres à distance l'une de l'autre ? Outre l'oralité, et la génitalité féminine, que nous venons d'évoquer, qu'en est-il de la génitalité masculine ? Le pénis pénétrant est-il tout entier actif ? N'est-il pas lui-même soumis passivement à la part d'activité qu'on a cru bon d'isoler dans la génitalité féminine ? N'assume-t-il pas inévitablement une position passive lorsqu'il est excité par la muqueuse de la cavité qu'il pénètre ? L'homme ne répond-il pas aux fantasmes féminins d'incorporation de son pénis à visée castratrice par les fantasmes et angoisses correspondants, d'ordre passif ? Le vagin n'est-il pas immanquablement fantasmé par lui comme une bouche susceptible de l'aspirer, de le dévorer, de le castrer, bref, de le reléguer dans une position passive ? « Le pénis d'un homme, écrit Winnicott<sup>136</sup>, peut être un élément féminin excitant, engendrant un élément masculin d'activité chez la fille ». Mais dès lors, que reste-t-il de l'opposition actif/passif, sur laquelle se fonde (certes sans s'y confondre) l'opposition masculin/féminin ?

Revenons au texte de Green : de la confrontation de deux moments de la pensée de Freud, articulés autour du fameux « tournant des années 1920 », naît « un dilemme, celui d'avoir à choisir entre une construction dialectique qui nous propose des mouvements internes de la libido faisant intervenir un autre moi et une conception que Freud conçoit comme plus basale, plus fondamentale, et qui ne se satisferait pas d'une conception du masochisme comme produit secondaire des mouvements de la libido »<sup>137</sup>. Green propose une « solution » à ce dilemme, qui consiste à « continuer à partir du postulat de la pulsion comme processus toujours actif, mais [à] considérer également que le couple activité et passivité devrait être compris par nous comme une propriété structurale de la pulsion » : chacun des deux termes « ne peut se concevoir sans l'autre ». Il ajoute que « s'il nous faut conserver l'image d'un processus pulsionnel comme mise en mouvement dans tous les cas, il faut compléter cette

---

<sup>136</sup> Winnicott DW., 1971, *op. cit.*, p. 157.

<sup>137</sup> Green A., 1999, *art. cit.*, p. 1592.

vision par la possibilité structurale de ce mouvement de renverser son cours, de ramener à soi ce qui a pour visée une sortie de soi ».

C'est peut-être comme effet de cette structure que nous pouvons situer le fait qu'activité et passivité ne puissent pas, semble-t-il, se manifester dans leur pureté, non parce que la pureté ne serait qu'une artificielle vue de l'esprit jamais rencontrée dans la nature, mais parce que chacune des deux valences ne peut être conçue en-dehors de l'autre, comme les deux faces d'une même pièce. Catherine Chabert revient sur un ajout de 1915 au troisième des *Trois essais sur la sexualité*, consacré aux *Métamorphoses de la puberté* : Freud y écrit qu'« on ne trouve de pure masculinité ou féminité, ni au sens psychologique ni au sens biologique. Chaque individu présente bien plutôt un mélange de ses propres caractères sexuels biologiques et de traits biologiques de l'autre sexe et un *amalgame d'activité et de passivité* »<sup>138</sup>. Nous proposons de faire un pas de plus, en postulant que ce n'est pas seulement un individu qui n'est jamais tout entier actif ou passif, mais encore, qu'il en est ainsi des conduites sexuelles considérées isolément. Catherine Chabert rappelle d'ailleurs que « la passivité [est] inhérente à l'état d'excitation (être excité par...) »<sup>139</sup> : dès lors, aucune activité sexuelle n'est exempte d'une part consubstantielle de passivité, ne fût-ce que par le fait qu'elle est mise en branle et alimentée par de l'excitation reçue passivement. Jacques André écrit que « quels que soient les débordements d'*activité* précédemment déployés pendant l'*acte* sexuel, tout un chacun est passif devant la jouissance, devant l'orgasme, emporté, fût-ce un instant, par la petite mort »<sup>140</sup>. Réciproquement, Green souligne, après Freud, « qu'une pulsion est toujours active et que seuls ses buts peuvent être actifs ou passifs », ce qui ampute *a priori* toute chance de rencontrer une pure passivité sexuelle.

On a vu que Chabert situe, à l'instar d'André, l'origine de la psychosexualité dans une action reçue passivement de l'extérieur, le bébé devant supporter « *l'effet de l'autre en lui* ». Pourtant, elle situe dans le même temps le fantasme de séduction comme étant issu d'un « renversement en son contraire de l'activité en passivité » : dans sa version « hystérique », qui représente l'enfant victime et l'adulte séducteur, « on doit retenir l'importance de la mise en jeu *active* de la séduction suscitée dans l'autre, afin de mettre au jour son désir dans un retournement révélateur : “Ce n'est pas moi qui le désire, c'est l'autre qui me séduit” ». C'est

---

<sup>138</sup> Freud S., 1905b, op. cit., cité par Chabert C., 2003, op. cit., p. 26.

<sup>139</sup> *Ibid.*, p. 29.

<sup>140</sup> André J., 1995, op. cit., p. 122.

d'ailleurs l'échec d'un tel renversement, « lorsque la voie passive n'est pas accessible », que « le fantasme “hystérique” de la séduction laisse la place à une autre version », qu'elle appelle « mélancolique » : « le retournement sur la personne propre [...] assure la conviction d'avoir activement séduit le père et non d'avoir été séduite par lui. [...] La culpabilité n'est nullement absente, bien au contraire elle est massivement alimentée par des contraintes masochistes traduites par le recours à une mortification sacrificielle implacable »<sup>141</sup>. On voit à quel point activité et passivité peuvent se montrer inextricablement entremêlées.

Daniel Paul Schreber, nous y reviendrons longuement (voir 2.4.1.), qualifie l'effet produit par son corps sur Dieu de « force d'attraction ». Dans ses *Mémoires d'un névropathe*, il résume ainsi la signification de son univers délirant :

Toutes les atteintes qui, au cours des ans, ont été portées à ma vie, à mon intégrité corporelle, à ma virilité et à ma raison, se sont toujours fondées sur cette idée unique qui est de se soustraire autant que possible au pouvoir d'attraction de mes nerfs surexcités, pouvoir qui surpasse de loin tout ce qui a jamais pu exister<sup>142</sup>

Cette illustration de la composante *vaginale*, rendue particulièrement palpable par son autonomisation délirante (et par la finesse d'analyse de son vécu par le magistrat), nous intéresse particulièrement, puisqu'elle condense de façon remarquable le caractère passif de la pulsion sexuelle féminine et la part d'activité qui en est indissociable. Lorsque le vagin exerce sur le pénis une « force d'attraction », comme deux corps célestes s'influencent mutuellement par le truchement de la gravitation, de quel côté se situent l'activité et la passivité ? La force d'attraction du vagin sur le pénis est active en ce qu'elle relègue celui-ci (partiellement) dans une position passive, mais elle est passive dans ce qu'elle implique d'abandon à l'activité génitale de l'homme. C'est ce que Schreber signifie, lorsqu'il se décrit comme suscitant **à son insu** cette attraction chez l'autre, Dieu en l'occurrence (à la différence que Schreber, dans sa psychose, vit et décrit cette distance qui le sépare de la part active de sa *vaginalité*, comme relevant d'une action extérieure à lui-même, et contraignante). La passivité serait donc une forme de *mobilisation* pulsionnelle (nous prenons volontairement un terme distinct d'*activité*) subie par le sujet lui-même, comme elle l'est par l'objet.

---

<sup>141</sup> Chabert, 2003, *op. cit.*, pp. 36-38.

<sup>142</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 113.

Par conséquent, si la *vaginalité* a quelque chose d'actif, ce n'est qu'au titre de la consubstantialité de l'activité et de la passivité au sein de toute dynamique pulsionnelle.

### 1.5.5. Le *vaginal*, un précurseur du féminin ?

*Si l'on tente de les ramener à des principes plus originaires, la masculinité se volatilise en activité, et la féminité en passivité, ce qui est trop peu*  
Sigmund Freud<sup>143</sup>

Dans un article de 1937, *Analyse terminée et analyse interminable*, Freud pointe un « roc » sur lequel viennent buter certaines cures analytiques. Il s'agit, chez l'homme comme chez la femme, d'un « rejet de la féminité » : « les deux thèmes qui se correspondent sont, pour la femme, l'envie du pénis, l'aspiration positive à posséder un organe génital mâle ; pour l'homme, la révolte contre sa propre attitude passive ou féminine à l'égard d'un autre homme »<sup>144</sup>. Jacqueline Schaeffer (2000) note « qu'il s'agit, dans les deux cas, d'une *défense pré-génitale* contre l'angoisse de pénétration génitale. Celle d'un *vagin qui doit se laisser pénétrer* ou *qu'il s'agit de pénétrer* par un pénis libidinal. ». Autrement dit, le « refus du féminin », c'est le refus de la pénétration, qui renvoie à « ce qui est le plus difficile à cadrer dans une logique anale ou phallique. Un sexe invisible, secret, étranger et porteur de tous les fantasmes dangereux »<sup>145</sup>.

Invisible, secret, étranger, dangereux. C'est en des termes semblables que Freud qualifiait déjà, en 1918, l'origine du tabou de la femme chez les primitifs :

Ce n'est pas seulement le premier coït avec la femme qui est tabou : tous les rapports sexuels le sont. On pourrait presque dire que la femme dans son entier est tabou. [...] Là où le primitif a posé un tabou, c'est qu'il redoute un danger et on ne peut rejeter le fait que toutes ces prescriptions d'évitement trahissent une crainte essentielle à l'égard de la femme. Peut-être ce qui fonde cette crainte c'est le fait que la femme est autre que l'homme, qu'elle apparaît incompréhensible, pleine de secret, étrangère et pour cela ennemie. [...] La psychanalyse croit avoir deviné qu'une pièce capitale motivant l'attitude de rejet narcissique, mêlé de beaucoup de mépris, de l'homme à l'égard de la

---

<sup>143</sup> Freud S. (1920b) Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, p. 270.

<sup>144</sup> Freud S. (1937a) Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse* 1975 ; 39(3) : 371-402, pp. 400-402.

<sup>145</sup> Schaeffer J. (2000) *Féminin et refus du féminin*. Conférence du 11 mai 2000. [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr).

femme doit être attribuée au complexe de castration et à l'influence de ce complexe sur le jugement porté sur la femme.<sup>146</sup>

Ce serait donc parce qu'elle est castrée que la femme effraie l'homme. Le féminin, évoqué par Freud à travers son repoussoir (il parle du « refus du féminin », et non directement du féminin), est un féminin phallique, et non génital : c'est l'absence de pénis. Pourtant, si l'on peut aisément concevoir que la castration est source d'angoisse, et même de terreur, elle n'a rien d'incompréhensible, de secrète ou d'étrangère : au contraire, elle est une amputation ostensible. C'est pourquoi Schaeffer considère que ce qui rend la femme tabou, c'est autre chose que la castration, l'absence phallique ; c'est plutôt la représentation d'un sexe intérieur : un sexe susceptible d'être pénétré. Par conséquent, elle associe le féminin au génital : elle « ne réserve le terme "féminin" qu'au temps de l'épreuve d'altérité de l'effracteur nourricier de la différence des sexes, inaugurée dans le conflit oedipien, mais qui se réalise pleinement dans la relation sexuelle de jouissance »<sup>147</sup>.

Dans le même article, Freud s'intéresse à la « réaction paradoxale contre l'homme » et aux « motifs de la réaction paradoxale de la femme à la défloration, réaction qui persévère à l'état de trace dans la frigidity ». Il y voit la manifestation de l'activation de « motions qui s'opposent surtout à la fonction et au rôle féminins », et qu'il relie bien sûr au « complexe de castration » et à l'« envie du pénis ». Nous constatons donc sans surprise que Freud oppose le désir féminin à une « protestation virile » (il reprend l'expression d'Alfred Adler), d'ordre phallique. Selon Freud, ce n'est donc pas une quelconque angoisse de pénétration qui rend la femme frigide, mais l'envie du pénis : dans cet article consacré à la virginité de la femme et à sa perte, le vagin et la pénétration ne sont à aucun moment évoqués par Freud, ou seulement de façon superficielle, comme si Freud, d'habitude si prompt à moquer la pudibonderie de certains auteurs, se refusait à pénétrer intellectuellement dans le corps de la femme, comme l'impuissant s'y refuse physiquement. Les conséquences psychologiques du fait inouï que le corps de la femme reçoit en cette occasion pour la première fois le corps de l'homme en son sein, et que le vagin s'en trouve excité, ne semblent pas retenir son attention. Pourtant, il ne peut se cacher, cette fois, derrière la méconnaissance prépubertaire du vagin : la fille à laquelle il s'intéresse maintenant est pubère, et la pénétration vaginale est effective. Par conséquent, même lorsqu'il évoque (ponctuellement) la « blessure narcissique qui naît de la

---

<sup>146</sup> Freud S. (1918b) Le tabou de la virginité, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, pp. 71-72.

<sup>147</sup> Schaeffer J., 2000, art. cit.

destruction d'un organe »<sup>148</sup> consécutive à la défloration, c'est seulement à propos de la perte de l'hymen (à nouveau, il s'agit d'une castration), mais il ne dit mot d'une quelconque angoisse qui pourrait être associée à cette intrusion de l'autre en soi : une angoisse de pénétration. Cette omission a tout de même de quoi surprendre, même le lecteur averti de l'acharnement avec lequel Freud n'a cessé (ou presque) de défendre une théorie phallocentrée du féminin. Comme l'a fait Jacques André au sujet de *L'extrait d'une névrose infantile* (1918) et d'*Un enfant est battu* (1919), la tentation est grande, à la lecture du *Tabou de la virginité* (daté de 1918 également), de mettre en lien les quasi scotomes de Freud à propos du vagin et du féminin, avec l'époque du début de l'analyse d'Anna en 1918. Décidément, dans les premiers temps de l'analyse de sa propre fille, Freud n'a jamais été aussi proche de la dimension concave du corps féminin, ainsi qu'en témoignent ces trois articles contemporains ; et à aucun moment, il n'a fait preuve d'autant d'aveuglement (de refoulement ?) qu'en ces occasions. Sylvie Faure-Pragier considère quant à elle qu'avec l'écriture de *La négation* en 1925, et l'inauguration du terme déni (*Verleugnung*) la même année, Freud ne fait que conceptualiser « le mouvement psychique qui s'opère en lui » à cette époque terminale de l'analyse d'Anna. Le comparant à Œdipe, elle écrit que Freud, « ne voulant pas se crever les yeux, détourne plutôt le regard »<sup>149</sup> ; « Le psychisme de l'auteur, conclut-elle, reste le terreau irremplaçable de toute découverte »<sup>150</sup>.

Pour Schaeffer<sup>151</sup>, contrairement à ce que soutient Freud, c'est bien contre une « angoisse de pénétration génitale » que s'insurgent l'homme comme la femme, dans leur « refus du féminin ». Elle note que « ce fameux roc est refus de ce qui dans la différence des sexes s'avère être le plus étranger, le plus difficile à cadrer dans une logique anale ou phallique, à savoir le sexe féminin » : « l'ouverture du corps féminin, sa quête de jouissance sexuelle et sa capacité d'admettre de grandes quantités de poussée constante libidinale sont source d'angoisse, pour l'homme comme pour la femme ». Le « féminin », rappelle Schaeffer, est l'un des membres d'un couple qui est indissociable de la génitalité. Ses ancêtres, dont il hérite, sont les couples « actif/passif, au stade sadique-anal ; pénis universel/pénis châtré, au stade phallique ». En 1920, Freud écrivait la difficulté à penser ce couple masculin/féminin :

---

<sup>148</sup> *Ibid.*, pp. 76-78.

<sup>149</sup> L'auteur fait alors référence au déni de la « culpabilité du père » dans l'Œdipe, du père séducteur qu'il est lui-même vis à vis de sa fille trop aimée.

<sup>150</sup> Faure-Pragier S., in Schaeffer J., Cornut-Janin M., Faure-Pragier S., Guignard F. (1999) *Clés pour le féminin*. Paris : PUF ; 2005, pp. 47-48.

<sup>151</sup> Schaeffer J., 2000, art. cit.



La psychanalyse est sur le même terrain que la biologie en ceci qu'elle prend comme hypothèse une bisexualité originaires de l'individu humain (et animal). Quant à l'essence de ce que, au sens conventionnel ou au sens biologique, on nomme "masculin" et "féminin", la psychanalyse ne peut l'élucider ; elle reprend à son compte les deux concepts et les met à la base de ses travaux. Si l'on tente de les ramener à des principes plus originaires, la masculinité se volatilise en activité, et la féminité en passivité, ce qui est trop peu.<sup>152</sup>

Nous sommes alors en 1920, la psychanalyse a une vingtaine d'années, les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* en ont quinze, et Freud fait ce constat déroutant : on ne sait toujours pas ce qui, psychiquement, spécifie l'opposition masculin/féminin, dont par ailleurs on ne peut se passer. Certes, le couple activité/passivité en constitue un précurseur solide, mais c'est « trop peu ». Le féminin n'est réductible ni à la passivité, ni à l'absence de phallus et à l'envie du pénis. On le voit, le féminin reste pour Freud une énigme, en 1920. Puis, dans les années qui suivent, le phallique et le génital semblent s'être à tel point rapprochés chez Freud qu'ils finissent presque par s'équivaloir, comme en atteste le titre de l'article de 1923 : *L'organisation génitale infantile*. Or, plus le phallique se confond avec le génital, plus le vagin et son érogénicité, susceptibles au contraire de spécifier une génitalité féminine, et d'affirmer ainsi une différenciation entre phallique et génital, s'enfoncent dans les limbes des théorisations freudiennes. Le phallique a ceci de particulier que, contrairement à l'oral et l'anal, il nie l'ouverture du corps, et donc son potentiel d'envahissement par l'objet : dans le phallique, il n'y a plus d'orifice, seulement un membre qui est présent ou absent, développé ou « rabougri ». Il s'agit donc d'une position psychosexuelle qui neutralise le *vaginal*. Par conséquent, on peut penser que le phallique constitue une posture régressive privilégiée en ceci qu'il verrouille les voies d'entrées : mieux vaut être castré(e) que pénétré(e). Bref, le phallique est une défense contre la pénétration. En ceci, nous rejoignons volontiers Jacques André lorsqu'il écrit que « la théorie de Freud *est* la théorie sexuelle infantile, celle de l'enfant fétichiste du complexe de castration. La théorie freudienne est moins une théorie *de* la sexualité féminine qu'elle n'est elle-même une *théorie sexuelle* »<sup>153</sup> : le *primat du phallus*, qu'il prolifère dans les théorisations d'un intellectuel, ou dans les divagations d'un enfant, n'est-il pas une défense anti-*vaginale* ?

---

<sup>152</sup> Freud S., 1920b, *op. cit.*, p. 270.

<sup>153</sup> André J., 1994, *op. cit.*, p. 43.

En 1924, Freud se penche sur *Le problème économique du masochisme*. Nous sommes au cœur du *tournant des années 1920*, et l'introduction de la pulsion de mort amène Freud à ré-envisager la question du déplaisir comme but pulsionnel au détriment du principe de plaisir. Le masochisme, écrit-il, « se présente à nous sous trois formes : comme mode de l'excitation sexuelle, comme expression de l'être de la femme et comme norme du comportement dans l'existence ». Par conséquent, « on peut distinguer un masochisme *érogène*, un masochisme *féminin* et un masochisme *moral* ». Freud semble donc avoir trouvé dans le masochisme ce qui, mieux que la passivité, est susceptible de fonder l'essence du féminin, « l'être de la femme ». D'ailleurs, le masochisme féminin « est le plus accessible à notre observation, le moins énigmatique, et on peut le saisir dans toutes ses relations ». Toutefois, Freud choisit de le décrire (on peut s'en étonner) uniquement à travers les fantasmes masochistes recueillis auprès d'hommes ; leur « contenu manifeste est : être bâillonné, attaché, battu de douloureuse façon, fouetté, maltraité d'une façon ou d'une autre, forcé à une obéissance inconditionnelle, souillé, abaissé ». Le masochiste veut être « traité comme un enfant méchant » ; mais même si « tant d'éléments [...] renvoient à la vie infantile », Freud préfère parler de « masochisme féminin » car ces fantasmes « placent la personne dans une position caractéristique de la féminité et donc [...] signifient être castré, subir le coït, ou accoucher »<sup>154</sup>. En intercalant ainsi, sans autre forme de procès, le « coït » entre la castration et l'accouchement, Freud suggère que la pénétration dans sa valence passive ne peut être vécue que comme un acte douloureux, que le plaisir qui y est associé ne peut qu'être masochique. Si la femme est appétente à la pénétration passive, ce n'est plus pour s'accaparer le pénis qu'elle envie à l'homme, mais pour satisfaire son masochisme.

Jacqueline Schaeffer est longuement revenue sur les liens qui unissent le masochisme et le féminin. Dans *Le refus du féminin*, elle décrit un « féminin originaire » défini comme « la capacité “féminine” du Moi à l'ouverture et à la pénétration de la poussée pulsionnelle » ; il s'agit d'un « étayage effractif, requalifiant, après coup, en “féminin” l'ouverture au pulsionnel »<sup>155</sup>. Ce féminin précoce n'est donc féminin qu'après-coup. Mais si « la petite fille au moi introjectif n'a pas de “féminin”, [...] elle en a des préformes, une capacité à l'ouverture ou non »<sup>156</sup>. Cette *préforme* du féminin, c'est ce que nous proposons de qualifier

---

<sup>154</sup> Freud S. (1924) *Le problème économique du masochisme*, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, pp. 289-290.

<sup>155</sup> Schaeffer J. (1997) *Le refus du féminin*. Paris : PUF ; 2008, pp. 49-50.

<sup>156</sup> *Ibid.*, p. 62.

de vaginal : une appétence originaire à la pénétration passive, à l'« effraction nourricière », comme dit Schaeffer<sup>157</sup>, qui insiste sur le caractère masochique de cette pénétration. Car le sexe féminin « devra en passer par le masochisme et la soumission à l'homme pour être libéré et créé »<sup>158</sup>, pour être arraché à l'anus dont il n'est qu'une dépendance cloacale. Mais de quel *masochisme* s'agit-il ? Ce n'est pas le « masochisme féminin » décrit par Freud, qui correspond au fantasme (masculin ! rappelons que Freud ne le décrit que chez des hommes...) d'un « féminin souffrant », dans le coït, dans l'accouchement, et bien sûr, dans la castration. Schaeffer distingue de ce « masochisme féminin » un « masochisme érotique féminin », qu'elle qualifie de « *génital* » : il s'agit d'un « masochisme érotique, psychique, ni pervers ni agi. [...] Il n'est nullement un appel à un sadisme agi, dans une relation sadomasochiste, ni un rituel préliminaire, mais une capacité d'ouverture et d'abandon à des fortes quantités libidinales et à la possession par l'objet sexuel ». Autrement dit, ce masochisme là ne vise pas la souffrance, mais l'abandon à la pulsion et à l'objet, « la “défaite”, dans toute la polysémie du terme » : c'est là le « scandale du “féminin” ». Ce masochisme *génital* « est renforcé par le masochisme érogène primaire, et contre-investit le masochisme moral. Dans la déliaison, il assure la liaison nécessaire à la cohésion du Moi pour qu'il puisse se *défaire et admettre de très fortes quantités d'excitation non liées* »<sup>159</sup>. Elle propose « de nommer “travail de féminin” la capacité du moi à élaborer la figure de ce nouveau corps étranger pulsionnel et objectal, créé par la différence des sexes, renforçant l'étayage selon la pulsion »<sup>160</sup>.

Jacqueline Schaeffer prend une distance avec les travaux de Jacques André sur les rapports entre féminin originaire et séduction généralisée (Jean Laplanche). Si, comme lui, elle considère que « l'être effracté de l'enfant préfigurerait l'être effracté de la femme »<sup>161</sup>, elle estime que « l'effraction n'est pas [...] celle de la *séduction* par l'objet », mais celle de la pulsion : « *le premier “séducteur”, c'est la pulsion. C'est elle, le “corps étranger interne”* constituant. Et c'est parce qu'il est d'abord porté par elle, et est, comme elle, à la fois effracteur et nourricier, que l'objet, l'amant de jouissance, nouvelle figure de l'étranger, va devenir le séducteur »<sup>162</sup>.

---

<sup>157</sup> *Ibid.*, p. 67.

<sup>158</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>159</sup> *Ibid.*, pp. 93-96.

<sup>160</sup> *Ibid.*, p. 67.

<sup>161</sup> André J., 1995, *op. cit.*, cité par Schaeffer J., 1997, *op. cit.*, p. 81.

<sup>162</sup> *Ibid.*, p. 81.

Qu'en est-il de la conception du féminin par Freud à la fin de sa vie ? Dans l'article de 1937, Freud reprend à son compte l'expression de « protestation mâle » chère à Adler (qu'il a souvent critiquée), au prix cependant d'une mise au point :

Le terme de "protestation mâle" ne doit pas nous porter à croire que le refus de l'homme concerne l'attitude passive, ce qu'on pourrait appeler l'aspect social de la féminité. Cela se trouve contredit par l'observation courante : on trouve, en effet, que de pareils hommes ont souvent à l'égard de la femme un comportement masochique et qu'ils témoignent envers elle d'appartenance sexuelle. L'homme se défend d'être passif à l'égard de l'homme, mais il admet la passivité en général. En d'autres termes, la "protestation mâle" n'est en fait que la peur de la castration.<sup>163</sup>

Autrement dit, le « refus du féminin » n'est pas refus de la passivité, mais refus de la castration. Par conséquent, pour Freud, en 1937, le féminin demeure synonyme de castration. Dans ces conditions, rien ne s'oppose à qualifier le stade phallique, comme il le fait en 1923, d'« organisation génitale infantile ».

Que dire maintenant de cette « angoisse de pénétration », négligée par Freud et soulignée par Schaeffer, qui propose « de nommer "angoisse de féminin" l'*angoisse de pénétration du Moi et du corps par un étranger*, porteur de l'effraction nourricière de la poussée constante pulsionnelle »<sup>164</sup> ? Dans *Le complexe de castration*, André Green voit dans l'angoisse de pénétration « le corrélat de l'angoisse de castration ». Le couple angoisse de castration / angoisse de pénétration trouverait même un équivalent « au niveau du Moi et de ses limites » dans le « couple formé par les angoisses qui paraissent spécifiques des cas limites, soit encore l'angoisse de séparation et l'angoisse d'intrusion »<sup>165</sup>. Green propose d'« interpréter les angoisses de pénétration comme la crainte d'une pénétration destructrice du sexe intérieur, donc d'une castration ». En effet, chez la fille, « la castration n'est pas identifiée à la section d'un pénis qu'elle aurait eu mais bien à des craintes concernant son *intérieur* ». Green évoque aussi, en référence à la conception cloacale de Lou Andréas Salomé, entérinée par Freud, l'« angoisse des prolongements intérieurs du vagin qui se perdent dans la cavité abdominale dans un gouffre sans fin et sans fond ». L'angoisse de pénétration est « l'angoisse de la pénétration par le sexe du père qui viendrait endommager ce ventre potentiellement blessé et saignant ». Les « dégâts causés par le sexe du père [...] sont bien entendu l'inverse (par sentiment de culpabilité) de la jouissance espérée ». Enfin, Green note que cette crainte

---

<sup>163</sup> Freud S., 1937a, *op. cit.*, note 1 p. 402.

<sup>164</sup> Schaeffer J., 1997, *op. cit.*, p. 67.

<sup>165</sup> Green A., 1990, *op. cit.*, p. 60.

relative à la pénétration passive n'est pas forcément associée au pénis du père oedipien : « les atteintes du corps interne peuvent aussi bien être attribuées par identification projective à l'imgo de la mauvaise mère hostile, jalouse et même envieuse »<sup>166</sup>.

En résumé, si l'on suit Green, l'angoisse de pénétration est d'abord une angoisse orale. Elle est l'héritière d'une modalité relationnelle archaïque, organisée autour de l'identification projective : rentrer dans l'autre et recevoir l'autre (ou des parties de l'autre) en soi, *intruser* et être *intrusé*. En cela, l'angoisse de pénétration hérite de l'angoisse d'intrusion, l'angoisse d'être détruit de l'intérieur par la mauvaise mère. Ajoutons que dans l'identification projective, alors que les « pulsions sadiques-orales du bébé [...] visent à s'approprier les contenus “bons” du corps de la mère », une telle appropriation suscite des « craintes de persécution » : les parties incorporées sont vécues comme menaçant l'intégrité<sup>167</sup>. Autrement dit, l'incorporation est inévitablement source d'angoisse.

Puis le complexe de castration donne à l'angoisse de pénétration une teinte toute féminine, s'appuyant sur la réalité du corps de la femme : l'absence de pénis et l'existence d'un vagin. Par conséquent, l'angoisse de pénétration n'est pas seulement génitale : elle plonge ses racines dans la prégénitalité. Dès lors, le « refus du féminin » apparaît comme le degré ultime d'élaboration d'un refus plus vaste, refus d'être pénétré, invaginé, envahi, *intrusé*, persécuté de l'intérieur, empoisonné, détruit dans les profondeurs de son intimité, par un corps étranger qui occupe l'espace interne.

Nous avons postulé qu'il existe d'emblée, c'est-à-dire dès les premiers temps psychiques, une appétence à recevoir l'étranger en soi : dès l'origine, c'est une question de survie, d'*auto-conservation*, que de laisser s'introduire en soi un peu de cet étranger, et l'on ne peut concevoir qu'une érogénéité ne s'étaie sur cette passivité, comme elle s'étaie sur l'activité concomitante qui consiste à suçoter, téter, avaler, digérer, etc. Si, par conséquent, il existe d'emblée une telle *vaginalité* prégénitale, on peut supposer qu'une force, comparable à celle qui, plus tard, s'opposera au *féminin* génital, va s'élever dès l'origine contre cet envahissement désiré : un refus de la pénétration passive, qui ne va pas attendre la puberté et les premiers rapports sexuels pour se manifester. On doit donc concevoir que le conflit entre le désir génital féminin et le refus du féminin n'est que la forme aboutie d'un conflit qui

---

<sup>166</sup> *Ibid.*, pp. 110-112.

<sup>167</sup> Klein M., 1946, *op. cit.*, p. 275.

oppose depuis toujours une composante partielle *vaginale* et le refus du *vaginal*, et l'on doit s'interroger sur les modalités de son traitement, et sur les formes pathologiques auxquelles il ne manquera pas d'aboutir.

Cette *vaginalité* que nous postulons, composante pulsionnelle partielle à but passif qui se constitue de façon transversale à travers les expériences orales, anales et génitales, cette appétence sexuelle à recevoir passivement l'autre en soi, contribue à penser le féminin psychique comme plus qu'une simple passivité (ce qui, de l'aveu même de Freud, est « trop peu ») : nous préférons définir le féminin comme l'aboutissement d'une appétence originaire *concave*<sup>168</sup>, qui vise l'accueil de l'objet en son sein.

Donald Woods Winnicott n'oppose pas l'activité de l'élément masculin à la passivité, mais à l'« être » de l'élément féminin : « le mode de relation objectale de l'élément purement féminin établit ce qui peut être la plus simple de toutes les expériences – l'expérience d'être » ; « L'élément masculin *fait* alors que l'élément féminin (chez les hommes comme chez les femmes) *est* ». Dans le même chapitre de *Jeu et réalité*, consacré à *La créativité et ses origines*, Winnicott en vient « à l'idée que la relation d'objet définie en fonction de *cet élément purement féminin, n'a rien à voir avec la pulsion (ou l'instinct)* ». Est-ce à dire que l'essence de l'être, au sens *winnicottien* du terme, indissociable du « sentiment continu d'exister », est indépendante de celle du désir ? Pourtant, n'est-ce pas la confrontation progressive de l'enfant à ses propres désirs, auxquelles la mère suffisamment bonne le soumet progressivement, à la mesure de la capacité croissante du nourrisson à supporter une certaine augmentation de la tension, caractéristique de la frustration, n'est-ce pas, disons-nous, cette confrontation aux désirs propres non immédiatement satisfaits, et la double désillusion qui s'en suit (deuil de l'omnipotence et de l'indépendance), qui permet à l'enfant d'accéder à une continuité, au sentiment d'« être » ? D'ailleurs, le propre de l'élément féminin, selon Winnicott, n'est-il pas d'être « désirable », « excitant », susceptible de « faire *faire* quelque chose à l'élément masculin d'un individu »<sup>169</sup> ?

---

<sup>168</sup> Green A., 1990, *op. cit.*

<sup>169</sup> Winnicott DW, 1971, *op. cit.*, pp. 152-157.

Winnicott poursuit :

L'étude de l'élément féminin non contaminé, "distillé", nous conduit à l'Être ; C'est là la seule base de la découverte du soi et du sentiment d'existence (puis, à partir de là, se constitue la capacité de développer un intérieur, d'être un contenant, d'être à même d'utiliser les mécanismes de projection et d'introjection, d'établir une relation avec le monde en termes d'introjection et de projection)<sup>170</sup>

Quels que soient les liens qui unissent l'« Être » et la pulsion, on voit ici que *l'élément féminin pur* n'est pas totalement étranger à la *vaginalité*, dans la mesure où il constitue l'origine de la *conca* *lité*. Mais il serait malhonnête d'y voir le signe d'une convergence parfaite entre le féminin défendu par Winnicott et celui que nous tentons de circonscrire : le féminin dont le *vaginal* est le précurseur n'est pas la toile de fond a-pulsionnelle décrite par Winnicott, sur laquelle se déploie le pulsionnel ; le vaginal *est* une composante pulsionnelle.

Nous proposons donc de définir le *vaginal* comme l'appétence érotique originaire à recevoir passivement l'autre en soi. Le féminin de la femme, qui aspire à l'abandon à l'activité de l'homme dans le coït, à l'envahissement du corps propre par celui de l'objet dans la relation sexuelle, n'en est que la forme aboutie, génitalisée. Il est *préformé* (pour reprendre le terme habilement choisi par Jacqueline Schaeffer<sup>171</sup>), chez l'enfant des deux sexes, par les expériences précoces, prégénitales, d'occupation de l'espace interne par un corps étranger : sein, lait, fèces, sensorialité, inconscient dans l'adulte, poussée constante pulsionnelle. Et si « rien d'important ne se passe dans l'organisme sans fournir une composante à l'excitation de la pulsion sexuelle »<sup>172</sup>, cette concavité doit trouver sa place parmi les composantes pulsionnelles : elle se pulsionnalise en « vaginalité ». Par ailleurs, elle se voit d'emblée doublement renforcée : par la complicité du masochisme primaire, qui ouvre au masochisme érotique féminin, celui qui vise l'abandon aux corps étrangers pénétrants (poussée pulsionnelle et objet) ; par la menace de perte catastrophique qui caractérise l'*Hilflösigkeit*, face à laquelle la concavité peut être surinvestie dans une visée défensive (accueillir en soi celui dont on veut s'épargner la perte).

---

<sup>170</sup> *Ibid.*, pp. 156-157.

<sup>171</sup> « La petite fille au moi introjectif n'a pas de "féminin", mais elle en a des préformes, une capacité à l'ouverture ou non. » (J. Schaeffer, 1997, p. 62). Nous considérons que ces « préformes » du féminin ne sont pas l'apanage de la petite fille : le corps du garçon, fût-il dépourvu de vagin, ne jouit-il pas, par tant d'aspects, d'une concavité comparable à celle de la fille ?

<sup>172</sup> Freud S., 1905b, *op. cit.*, p. 105. Ce principe est d'ailleurs rappelé par Freud en 1924 (*op. cit.*, p. 290).

### 1.5.6. Robert et sa *vaginalité*

*L'amant parfait, ce serait mon âme*

Robert est un homme d'une quarantaine d'année, qui travaille comme cuisinier dans un petit restaurant. Sa présentation est insolite. C'est un homme grand et robuste, au style intemporel : ses cheveux noirs immodérément gominés, parfaitement plaqués sur le côté, ses chaussures pointues en *croco*, sa longue veste en cuir noir, son eau de toilette bon marché lui donnent de faux airs de mafieux. Sa voix tonitruante, aussi grave que puissante, fait résonner un accent pyrénéen très rural qui fait l'effet d'une certaine bonhomie, que ne démentent pas son sourire et son amabilité. Lorsque son téléphone sonne pendant une séance, il n'hésite pas à répondre et à converser une minute avec son interlocuteur, haussant encore le ton.

Cette présentation abrupte s'accorde mal avec la finesse de ses considérations : il cite volontiers Aristote, Spinoza, la Bible, le Gnose, il parle de « virtualité », de « sublimation », de « refoulement », d'« ontologie », de « doxologie », de « démonologie », ou encore de « théorie des cordes », autant de références aux lectures philosophiques, scientifiques et religieuses dans lesquelles il puise des réponses à ses questions existentielles. C'est aussi pour mieux comprendre son vécu (peu commun) qu'il consulte au centre médico-psychologique. Il dit avoir fait l'expérience, à plusieurs reprises depuis son adolescence, de « sorties de corps », au cours desquelles il voit des choses extraordinaires : un escalier à la taille démesurée qui mène à un géant ; une falaise « de quatre kilomètres » qui se dresse, écrasante, devant lui ; un personnage mystique qui porte un sceptre immense paré de deux énormes diamants (!). Face à tant de grandeur et de démesure, il se trouve relégué dans sa petitesse et son humilité. Robert, qui est très croyant, prie beaucoup. Il a demandé à Dieu de cesser de le confronter à de telles visions (il ne peut assumer ce « don »), et Dieu le lui a accordé. Cependant, il s'interroge : n'est-il pas tout simplement fou, ne souffre-t-il pas de « chizophrénie » (sic) ?

Par ailleurs, Robert a une activité sexuelle déviante qui le trouble particulièrement, et dont il aimerait se débarrasser. Marié, sans enfant, il entretient des relations sexuelles régulières avec son épouse, et se sent régulièrement attiré par des femmes de son entourage. Mais aux côtés de cette hétérosexualité banale, coexiste une perversion surprenante : Robert se dit attiré sexuellement par son propre corps, excité par l'image de son corps dans le miroir, ou par son



contact. L'image spéculaire de son corps, ainsi que le contact tactile avec ses formes charnelles, lui apparaissent *féminisées*. Il décrit des pratiques onanistes élaborées, au cours desquelles il se met dans une position féminine-passive : il utilise divers ustensiles pour se procurer un plaisir anal (notamment un couteau !), et parvient à une jouissance qu'il juge incomparablement supérieure à celle qu'il obtient dans sa sexualité hétérosexuelle (il décrit comment, alors, tout son corps participe de ce plaisir sexuel). Il se dit « gourmand » de son propre corps, traduisant ainsi le goût pour l'ingurgitation de son sperme et parfois d'un peu de matières fécales. Il se demande s'il s'agit d'une forme de « narcissisme ». Au cours de ces pratiques sexuelles, il invoque des « chimères » : ses fantasmes sont peuplés de démons, de figures maléfiques dotées de pénis démesurément gros et poilus, qui viennent le violer. Il accompagne cela de blasphèmes : il se dit une « putain », demande à Dieu de le punir, de l'humilier, et offense la Vierge Marie. Il ressort de telles activités masturbatoires avec une culpabilité dont il ne se soulage (imparfaitement) que dans la prière. Il parle de « la salope, la cochonne » qu'il a « créée », à propos de cette part de lui, appétente à la pénétration passive, et dont il voudrait se débarrasser.

L'histoire de Robert est particulièrement éclairante pour la compréhension de la construction de sa perversion sexuelle. L'une de ses sœurs aînées aurait été abusée par le père dans l'enfance : lorsque tous étaient réunis au rez-de-chaussée de la maison familiale, le père, depuis l'étage, faisait appeler la sœur, qui devait alors « monter » le rejoindre. Par la suite, cette sœur précocement et incestueusement séduite séduira à son tour plusieurs de ses frères, dont Robert. Il se souvient qu'elle lui faisait gravir le petit escalier qui montait au grenier, l'allongeait sur le dos, se déshabillait et le chevauchait. Ces scènes se terminaient par un « cadeau » (c'est ainsi qu'elle le lui présentait) : Robert était invité à lécher le sexe de sa sœur, en remerciement de s'être laissé abuser<sup>173</sup>.

Ces trois ascensions (celle de la sœur vers la chambre du père, celle de Robert vers le grenier, et enfin celle de la sœur sur Robert) ne sont pas sans rappeler les escaliers immenses, falaises géantes et autres plateaux volants s'élevant dans les airs, qui peuplent le vécu oniroïde de

---

<sup>173</sup> Une telle transgression de l'opposition actif/passif (mettre le séduit en position de séducteur), nous l'avons déjà rencontrée chez Emilie (voir *supra*, notre avant-propos) : lors des scènes d'inceste maternel, la mère demandait à sa fille de jouer la prostituée et de venir l'aguicher. On pense aussi, à nouveau, au concept de « féminin mélancolique » développé par Catherine Chabert (2003, *op. cit.*) : dans la version « mélancolique » du fantasme originnaire de séduction, l'enfant séduit, ne pouvant assumer la position passive dans laquelle il est relégué, retourne la passivité en activité et devient le séducteur de l'adulte ; la victime devient donc le coupable, et s'auto-punit par conséquent de la façon la plus sadique (mélancolique).

Robert. A tort ou à raison, on ne peut ainsi s'empêcher d'associer l'image d'une falaise immense dressée devant lui (et le sentiment d'écrasement dont il témoigne) aux impressions qu'ont pu susciter en lui dans l'enfance les scènes répétées de séduction par la sœur, et notamment les cunnilingus imposés.

Robert se demande s'il est homosexuel : cette idée le heurte, d'autant qu'il se taxe volontiers de machisme. Parfois, il parle carrément de « la tendance homosexuelle qui vient en [lui] » (soulignant par là même le caractère hétérogène de cette composante sexuelle au sein de son fonctionnement). Pourtant, il ne témoigne à aucun moment d'une attirance pour les hommes, et ne fantasme jamais sur aucun d'eux (ses rêveries, on l'a vu, ne sont pas peuplées d'hommes, mais d'« âmes », de « chimères », de figures irréelles). Tout au plus concède-t-il qu'au paroxysme de l'excitation féminine qu'il se procure seul, il ne refuserait pas la présence d'un homme susceptible de le sodomiser si l'occasion se présentait. Mais il dit avoir le plus grand mal à concevoir qu'un homme puisse tomber amoureux d'un autre homme. Il pense même qu'une relation entre deux hommes ne peut être qu'un « arrangement » à des fins sexuelles : chacun trouve alors chez l'autre la possibilité d'être pénétré. Autrement dit, l'homme ne peut selon lui être aimé par un autre homme pour lui-même, mais seulement pour le plaisir qu'il peut procurer (sous-entendu, pour le sexe pénétrant dont il dispose). Par conséquent, pour Robert, l'homosexualité n'est qu'un pis-aller : « l'amant parfait, me dit-il, ce serait mon âme ». On constate donc chez Robert, tout comme chez Daniel Paul Schreber (« ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement »<sup>174</sup>), que ce n'est pas l'objet de la pulsion qui est mis en exergue (l'homme pénétrant), mais son but : être pénétré (comme l'est une femme). L'homme n'est fantasmatiquement investi que dans la mesure où il représente, dans la génitalité, l'emblème du détenteur de l'ustensile pénétrant. En fait d'homosexualité, il semble donc bien plutôt qu'il s'agisse de *vaginalité*, désir qui vise la pénétration passive. Cette composante sexuelle vaginale semble s'être autonomisée à l'occasion d'une séduction précoce qui l'a propulsée au tout premier plan : la passivité, dans laquelle Robert s'est trouvé relégué, fut l'objet d'une fixation qui intéresse sa valence *vaginale*, là où, dans d'autres circonstances, elle aurait pu se traduire par une régression au stade anal, donc au masochisme (notons que cette modalité anale de la passivité n'est pas absente du tableau, mais elle est seulement au second plan ; nous avons d'ailleurs noté précédemment que le vaginal est nourri, renforcé, par une modalité

---

<sup>174</sup> Schreber DP, 1903, *op. cit.*, p. 46. Voir *infra*, notre relecture du cas DP Schreber (2.4.1.).

spécifique du masochisme qui vise l'abandon à l'objet, et tout particulièrement à la pénétration par lui). La *vaginalité* de Robert se manifeste maintenant avec une netteté particulière (propre à la perversion ?) dans sa sexualité adulte, dont elle partage la scène avec une génitalité masculine aboutie.

### 1.5.7. Pénétration, symbolisation, trauma : quelques idées

Dans *Le Moi et le Ça*, Freud rappelle que « le souvenir même le plus vif se laisse encore distinguer aussi bien de l'hallucination que de la perception extérieure » et prétend y trouver « sans peine l'explication dans le fait que lors de la reviviscence d'un souvenir, la charge psychique ne quitte pas le système dont le souvenir fait partie, tandis que dans le cas d'une perception, la charge ne se propage pas seulement de la trace mnémique au système perception-conscience, mais s'y transporte tout entière »<sup>175</sup>. Voilà posés les termes métapsychologiques du problème de la symbolisation : comment se traduit, en termes économique-topiques, la métabolisation d'une stimulation externe par l'appareil psychique (et qu'est-ce qui en caractérise les ratés) ?

Freud confronte trois séries de phénomènes : les perceptions, les remémorations, les hallucinations. Il considère que l'hallucination est une trace mnésique investie et traitée comme une perception. Notons qu'une telle confusion signe l'échec de la fonction de jugement, décrite dans *La négation*, dont c'est précisément l'une des tâches essentielles que de différencier l'intérieur et l'extérieur, en décidant « si quelque chose de présent dans le moi comme représentation peut aussi être retrouvé dans la perception (réalité) »<sup>176</sup>.

Pourtant, les malades hallucinés, pour peu qu'ils ne soient ni confus, ni trop désorganisés, sont tout à fait en mesure de distinguer une voix hallucinée d'une voix réelle, ou une « vision » d'une perception visuelle, etc., et ce quel que soit le crédit délirant qu'ils portent à leurs hallucinations. Cela traduit une différence phénoménologique, dont doit pouvoir rendre compte une description métapsychologique aboutie de ces manifestations morbides.

---

<sup>175</sup> Freud S., 1923c, *op. cit.*, pp. 187-188.

<sup>176</sup> Freud S., 1925a, *op. cit.*, p. 169.

Par ailleurs, le problème se complique encore si l'on introduit une nouvelle distinction, entre les hallucinations dites perceptivo-sensorielles ou psycho-sensorielles, qui situent l'objet perçu à l'extérieur, et les hallucinations dites psychiques ou psycho-motrices (ou encore les « pseudo-hallucinations »), qui le situent à l'intérieur de l'espace psychique. Là encore, la clinique est catégorique : les hallucinés savent dire sans détour si leur « voix » est intérieure ou extérieure, « dans la tête » ou « comme si c'était quelqu'un qui parlait ». Dès 1846, l'aliéniste Jules Baillarger, élève de Jean-Etienne Esquirol, notait qu'il est possible de « démontrer l'existence de [ces] deux sortes d'hallucinations par le témoignage de certains malades, qui ont éprouvé successivement [ces] deux phénomènes de nature différente, et qu'ils ont distingués avec soin »<sup>177</sup>.

L'existence même de manifestations hallucinatoires dites « psychiques » plaide en *défaveur* de l'hypothèse freudienne relative à la nature des perceptions hallucinatoires. Celle-ci s'appuie, on l'a vu, sur une distinction entre perception et remémoration, les hallucinations traduisant une confusion entre ces deux phénomènes. Or, précisément, ce qui spécifie les hallucinations psychiques c'est de n'être pas prises pour des perceptions, mais pour des pensées. Par conséquent, une hallucination n'est pas qu'une perception sans objet, parmi un faisceau de perceptions fondées. C'est une manifestation psychique qualitativement singulière.

La qualité hallucinatoire de la phénoménologie de l'hallucination psychique ne peut donc venir que d'un autre critère que celui de la perception : son caractère exogène n'est pas attribuable à une localisation externe ; elle est étrangère, mais elle est à l'intérieur.

Dans *La négation*, Freud évoque brièvement ses vues relatives à la perception :

selon notre hypothèse, la perception n'est pas un processus purement passif, mais le moi envoie périodiquement dans le système de perception des petites quantités d'investissement au moyen desquelles il déguste les stimuli externes pour, après chacune de ces incursions tâtonnantes, se retirer de nouveau.<sup>178</sup>

L'« hypothèse » évoquée ici par Freud fait très probablement référence à un texte écrit la même année, *Notice sur le bloc magique* :

---

<sup>177</sup> Baillarger J. *Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*. Paris : Académie royale de médecine ; 1846, p. 425.

<sup>178</sup> Freud S., 1925, *op. cit.*, p. 170.

les investissements de l'innervation sont envoyés, par à-coups rapides et périodiques depuis l'intérieur jusque dans le système P-Cs parfaitement perméable puis à nouveau retirés. [...] Tout se passe comme si par l'intermédiaire du système P-Cs l'inconscient développait des tentacules vers le monde extérieur, retirés aussitôt après en avoir goûté les stimulations.<sup>179</sup>

La perception consiste donc en la conjonction d'un mouvement centripète, passif (l'appareil perceptif est excité par des stimulations reçues des objets du monde extérieur) et d'un mouvement centrifuge, actif (le moi investit périodiquement l'appareil perceptif pour en « goûter » les impressions). C'est la rencontre de ces deux mouvements qui donne lieu à la fois à la conscience (transitoire) de la stimulation, et à l'inscription (durable) d'une trace de celle-ci dans un système mnésique. Ce à quoi Freud ajoute que « le phénomène inexplicable de la conscience apparaît dans le système perceptif à *la place* des traces-durables ».

Dans *La violence de l'interprétation*, Piera Aulagnier définit d'une façon particulièrement rigoureuse l'activité de représentation :

Par activité de représentation, nous entendons l'*équivalent* psychique du travail de métabolisation propre à l'activité organique. Ce dernier peut se définir comme la fonction par laquelle un élément hétérogène à la structure cellulaire est rejeté ou, à l'inverse, transformé en un matériau qui lui devient homogène. Cette définition peut s'appliquer en tout point au travail qu'opère la psyché, à la différence près, que dans ce cas l'"élément" absorbé et métabolisé n'est pas un corps physique mais un élément d'information.

L'activité de représentation a pour but de « métaboliser en un élément homogène à la structure de chaque système un élément de nature hétérogène »<sup>180</sup>. On voit ainsi comment le concept de pénétration peut trouver sa place dans le vaste champ des processus de symbolisation. On a proposé de définir le rapport de pénétration comme la relation qu'entretient un corps (au sens large) avec un élément étranger accueilli à l'intérieur, avec maintien de la différenciation contenant/contenu. La pénétration psychique, l'invagination d'un élément exogène, qui implique par définition le maintien de l'hétérogénéité, apparaît comme une étape de l'opération de métabolisation, voire comme un échec de celle-ci, de la même façon que le lait, avant d'être digéré (donc métabolisé), demeure un instant comme un corps étranger occupant l'espace interne, et susceptible d'y susciter une excitation. Cette

---

<sup>179</sup> Freud S. (1924-1925) Notice sur le bloc magique. *Revue française de psychanalyse* 1981, 45(5) : 1107-1110, pp. 1109-1110.

<sup>180</sup> Aulagnier P. (1975) *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF ; 2007, pp. 25-26.

excitation de l'espace interne par un corps étranger non-encore métabolisé, Piera Aulagnier l'appelle la *violence primaire*.

Elle ajoute :

pour que l'activité psychique soit possible, il faut qu'elle puisse s'approprier, ou incorporer si on préfère ce terme, un matériau exogène. Or ce matériau n'est pas une matière amorphe : il concerne des informations émises par les objets supports d'investissement, objets dont l'activité psychique devra reconnaître l'existence et par là l'irréductibilité de certaines de leurs propriétés. C'est pourquoi l'expérience de la rencontre, et nous ajouterons de toute rencontre, confronte l'activité psychique à un excès d'information qu'elle va ignorer jusqu'au moment où cet excès va l'obliger à reconnaître que ce qui choit hors de la représentation propre au système revient à la psyché sous la forme d'un démenti concernant sa représentation de sa relation au monde.<sup>181</sup>

Cette « violence » faite à la psyché est bien, par nature, de l'ordre d'une tension générée par l'hétérogénéité du « matériau exogène » qui va pouvoir forcer la psyché à se réorganiser. Toute activité de représentation est donc précédée d'une pénétration, d'une occupation de l'espace psychique par un contenu hétérogène qui lui fait « violence », l'excite par son hétérogénéité même.

Cette « violence primaire » est fondatrice :

nous proposons de séparer une *violence primaire* qui désigne ce qui dans le champ psychique s'impose de l'extérieur au prix d'un premier viol d'un espace et d'une activité qui obéit à des lois hétérogènes au Je et au discours, et une *violence secondaire* qui se fraye son chemin en s'étayant sur son prédécesseur, dont elle représente un excès, le plus souvent nuisible et jamais nécessaire au fonctionnement du Je, malgré la prolifération et la diffusion dont il fait preuve.<sup>182</sup>

Le concept de *violence*, tel qu'il est utilisé par Piera Aulagnier, recouvre la notion de *viol*, inséparable de celle d'intrusion : il s'agit toujours de l'introduction d'un élément hétérogène dans l'espace psychique. Cette conception nous renvoie aux travaux de Jacques André qui, on l'a vu, s'appuyant sur la théorie de la séduction généralisée de Jean Laplanche, considère que la sexualité inconsciente de l'adulte fait effraction dans la psyché du nourrisson, et que c'est ainsi, passivement (ou plutôt *féminement* devrait-on dire), qu'elle est reçue en son sein : il s'agit des « origines féminines de la sexualité », une effraction non-traumatique ; loin d'ouvrir

---

<sup>181</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>182</sup> *Ibid.*, p. 38.

à la déliaison, elle fonde le lien objectal dans sa valence érotique. Il en va tout autrement de la violence secondaire, qui trouve dans l'inceste ou ses équivalents (on pense, bien sûr, à l'*incestuel* repéré par Paul-Claude Racamier<sup>183</sup>) sa traduction emblématique et extrême : cette violence là, dont Aulagnier nous dit qu'elle « se fraye son chemin en s'étayant sur son prédécesseur », ne manque pas de libérer la pulsion de mort de son frein naturel, Eros.

On peut alors s'interroger sur les ressorts du *trauma* : dans les affres d'une psyché court-circuitée, livrée à la compulsion de répétition, que dire d'une subversion du *vaginal* par la pulsion de mort ? Nous avons proposé précédemment de considérer une *vaginalité*, qui plonge ses racines dans l'*Hilflösigkeit*, se greffant donc initialement sur la *passivation*, elle-même située *au-delà du principe de plaisir*. Cela implique une parenté très forte entre *vaginalité* et pulsion de mort. Nous pourrions faire un pas de plus dans ce sens, et considérer que le phénomène traumatique trouve sa force dans une actualisation de cette parenté : *vaginalité* et pulsion de mort se ré-unissent, au détriment (et au mépris) de la libido, puisque dès lors la *vaginalité* s'assèche, ne sert plus le principe de plaisir, mais au contraire fixe sur elle-même l'excitation occasionnée par l'effraction.

Dans le trauma, l'effraction par un corps étranger, stimulation irreprésentable, indigeste, qui excite la psyché qu'il occupe, puiserait son énergie démesurée à une double source : la compulsion à la répétition, et l'appétence (originale) à la pénétration. Cette appétence ne vise alors plus la pénétration sexuelle, mais le viol psychique, la *violence secondaire*. Le trauma pourrait ainsi être compris comme résultant de la subversion mortifère de la *vaginalité*.

---

<sup>183</sup> Racamier PC. *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale ; 1995.

## 2. LE DELIRE D'INFLUENCE : UNE RESOLUTION PSYCHOTIQUE DE L'AMBIVALENCE HYSTERIQUE VIS A VIS DE LA PENETRATION PASSIVE ?

*Les rapports de l'hystérie et des délires d'influence nous paraissent poser un des problèmes les plus passionnants de la psychiatrie.*

Henri Ey<sup>184</sup>

*There's someone in my head but it's not me.*

Roger Waters, *Brain Damage*

*Il y a des années, une masseuse m'a ouvert les chakras trop vite, j'arrive pas à les refermer, c'est agaçant, tout le monde peut rentrer en moi, on contrôle ce que je fais, mes pensées.*

Sébastien, 26 ans

*Je ne sais pas si c'est dans ma tête, si c'est dans mon corps, mais ce n'est pas moi qui parle. On croirait qu'il y a quelqu'un en moi, ça me fait cet effet-là.*

Une malade citée par André Ceillier<sup>185</sup>

---

<sup>184</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 162.

<sup>185</sup> Ceillier A. Les influencés, syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale* 1924, n° 3, p. 158.



## 2.1. HYSTERIE ET VAGINALITE

### 2.1.1. L'ambivalence hystérique

*Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque surtout ou exclusivement du dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques.*  
Sigmund Freud<sup>186</sup>

Dans son Manuscrit H du 24 janvier 1895 envoyé à Wilhelm Fliess, Freud distingue névrose hystérique et psychose hystérique<sup>187</sup>. Il y dresse une « vue d'ensemble » qui confronte la névrose hystérique, la névrose obsessionnelle, la confusion hallucinatoire, la paranoïa et la psychose hystérique, au regard d'une part du destin des représentants pulsionnels (affect et représentation), et d'autre part du caractère des éventuelles productions délirantes. Dans la paranoïa, le « contenu représentatif » gênant est « projeté au dehors », ce qui constitue une défense efficace, mais la production délirante est « hostile au moi » (délire de persécution) : « Le fonctionnaire qui ne figure pas au tableau d'avancement a besoin de croire que des persécuteurs ont fomenté un complot contre lui et qu'on l'espionne dans sa chambre. Sinon, il devrait admettre son propre naufrage ». La psychose hystérique marque au contraire l'« échec de la défense » : « c'est la représentation chassée qui prend le dessus » et « domine la conscience » ; le délire est hostile au moi, mais aussi à la défense. Freud qualifie donc d'« hystérique » un délire constitué autour de l'élément initialement rejeté, qui dès lors « domine la conscience ». C'est déjà une telle opération qui lui faisait écrire, deux ans plus tôt, que l'« épuisement général » auquel l'hystérique est prédisposée favorise le fait que « la représentation de contraste [...] prenne le dessus » : les « représentations inhibées et réprimées [...] l'emportent » sur celles du « moi normal ». Ces « projets inhibés » peuvent tout aussi bien trouver « le chemin de l'innervation corporelle » que celui du délire : « ce n'est pas un hasard si les délires hystériques des nonnes dans les épidémies du Moyen Age consistaient en de graves blasphèmes et en manifestations érotiques débridées »<sup>188</sup>.

---

<sup>186</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 18.

<sup>187</sup> In Freud S. La naissance de la psychanalyse. Paris : P.U.F. ; 2005, pp. 98-102.

<sup>188</sup> Freud S. (1892-1893) Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la « contre-volonté », in *Résultats, idées, problèmes 1890-1920*. Paris : PUF ; 2001, pp. 40-41. Nous revenons plus loin sur les rapports qu'entretient l'hystérie avec le vécu de possession (voir 2.1.4.) et avec le phénomène de la dissociation des fonctions psychiques (voir 2.1.5.).

En 1905, dans son *Fragment d'une analyse d'hystérie*, Freud insiste sur le mécanisme d'« *interversión de l'affect* » dans l'hystérie : « Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque surtout ou exclusivement du dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques »<sup>189</sup>. Pour Freud, ce n'est donc pas le caractère somatomorphe des symptômes qui fait l'essence de l'hystérie, mais bien l'ambivalence à l'égard du désir sexuel, qui se traduit par un « dégoût » dont Monique Schneider rappelle qu'il est « *paradigmatique du refoulement* »<sup>190</sup>. Mais Freud évoque par ailleurs le caractère hystérique de la névrose phobique, qu'il qualifie, notamment dans son *Analyse d'une phobie d'un garçon de 5 ans* (1909b), d'« *hystérie d'angoisse* »<sup>191</sup>. Puis en 1911, dans ses *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides)*, il qualifie d'*hystérique* le « *mécanisme hallucinatoire* » observé dans la « *démence précoce* »<sup>192</sup> !

Ces quelques exemples suffisent à saisir la difficulté, derrière la multiplicité des usages des termes « hystérie » et « hystérique », à en repérer le dénominateur commun chez Freud, sous la plume de qui l'« hystérie » au singulier s'est d'emblée (c'est-à-dire dès les années 1894-1895 et les travaux avec Joseph Breuer<sup>193</sup>) diffractée en de multiples formes : « Freud et J. Breuer ont distingué, écrit François Richard, au moins sept formes d'hystérie : l'hystérie *hypnoïde, traumatique, de rétention, de défense, de conversion, d'angoisse* (phobie), et enfin la *psychose hystérique* »<sup>194</sup>.

Mais alors, qu'est-ce qui fait l'essence de l'hystérie ? En 1878, Charles Ernest Lasègue, médecin français, écrivait :

La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous.<sup>195</sup>

---

<sup>189</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 18.

<sup>190</sup> Schneider M., 2004, art. cit., p. 44.

<sup>191</sup> Freud S. (1909b) Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 93-198.

<sup>192</sup> Freud S. (1911) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*) (Le Président Schreber), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, p. 320.

<sup>193</sup> Freud S, Breuer J. (1895) *Études sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1996.

<sup>194</sup> André J, Lanouzière J, Richard F. *Problématiques de l'hystérie*. Paris : Dunod ; 1999, p. 62.

<sup>195</sup> Cité par André et al., *ibid.*, p. 13.

Dans un tapuscrit qui ne fut jamais publié, intitulé *L'hystérie* et daté de 1948-49, Henri Ey retrace l'histoire du concept : il dépeint la variété de la symptomatologie, et confronte les principales théories explicatives, des plus biologiques au plus psychogéniques, en passant bien sûr par le compromis qu'il a toujours défendu, avec sa conception « organo-dynamique ». Alors qu'il se propose en toute fin d'ouvrage de déduire de son travail « l'essence » de l'hystérie, il s'en tient à souligner la « *structure psychoplastique* de la vie psychique et les troubles des *expressions somato-psychiques* anormales qu'elle entraîne »<sup>196</sup>. Autant dire que, par sa timidité, il ne dément pas la prophétie de Lasègue.

Paradoxalement, ce terme plusieurs fois millénaire, qui fait exception dans le vocabulaire psychiatrique, en ceci qu'il n'a pas disparu du discours soignant quotidien (il a seulement disparu du discours officiel), ne semble jamais avoir reçu de définition qui fût consensus. Son étymologie nous ramène à l'utérus, c'est-à-dire au corps, à la femme, et à ce que le corps féminin a de *concave*. Dans le langage populaire, l'hystérique est une femme, et la « crise d'hystérie » une forme d'agitation extrême, déraisonnable, de mise en branle disproportionnée du corps, secoué de spasmes, transitoirement incontrôlable, associée à une débauche d'expression émotionnelle. Si maintenant on en croit l'usage qui en est fait dans les services de soin, le terme d'hystérie renvoie inévitablement à la notion de comédie, c'est-à-dire la mise en spectacle (sciemment exagérée, voire simulée) des affects qui investissent le corps ; on pense aussi à la tendance à la recherche d'attention, à la séduction et à l'érotisation des relations. C'est également la dimension théâtrale qui a retenu l'attention des auteurs des grandes classifications internationales<sup>197</sup>, qui ont remplacé depuis une trentaine d'années la notion d'hystérie par celle de « trouble de la personnalité histrionique », formé à partir de *histrion*, c'est-à-dire l'acteur, le comédien en latin. Ce trouble condense la dramatisation, c'est-à-dire l'exagération de l'expression émotionnelle, la recherche d'attention, la séduction, et la suggestibilité. Pour la psychanalyse, enfin, on sait que l'hystérie constitue le terreau psychopathologique d'où elle a émergé ; on pense à nouveau au corps, qui convulse et donne à voir des infirmités sans fondement somatique (le corps est seulement complice, *complaisant*<sup>198</sup>), et à l'affect, projeté sur le devant de la scène (dans le corps et dans

---

<sup>196</sup> Ey H. (1948-49) *L'hystérie* (tapuscrit de 122 pages jamais publié, prêté par la bibliothèque de l'association *L'Élan retrouvé*, Paris 9), p. 120.

<sup>197</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2008) *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. CIM-10* ; 2009.

American Psychiatric Association. (1994) *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson ; 1996.

<sup>198</sup> A propos de la « complaisance somatique » dans l'hystérie, voir notamment Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 28.

l'expression émotionnelle), au détriment de la représentation, refoulée ; et surtout, on pense à la place particulière de la sexualité, *Arlésienne* de l'hystérique : omniprésente dans son discours mais jamais dévoilée.

Le clinicien peut quant à lui se raccrocher à un constat : au cœur de la rencontre avec un patient, quel que soit son sexe, quelle que soit sa *structure*, le qualificatif d'« hystérique » a un sens, qui cependant est difficilement accessible à la pensée discursive. C'est qu'il est référé au ressenti intime de l'interlocuteur au contact du malade, bien plus qu'à une description objective, symptomatique, ni même à une hypothèse pathogénique ou métapsychologique déterminée. En d'autres termes, il est avant tout relatif au vécu contre-transférentiel spécifiquement sollicité par l'organisation particulière de la libido du patient dans le transfert.

Que dire de cette organisation transférentielle ? Il nous semble qu'elle se caractérise par une grande ambivalence vis-à-vis du désir érotique. Cela se traduit par la coexistence de la revendication du désir et de sa répression, de la séduction et de la répulsion de l'autre, l'interversion évoquée par Freud<sup>199</sup> intervenant lorsque le fantasme menace de se réaliser. Qu'est-ce qui différencie l'hystérique et l'obsessionnel, dans leur rapport respectif au désir ? L'obsessionnel est aux prises avec un conflit qui oppose son désir à un certain nombre d'exigences : la réalité l'exhorte à ajourner la satisfaction du désir, le surmoi la lui interdit. Les mouvements d'allers et retours entre une conduite scrupuleusement morale, obséquieuse, inhibée, et des moments de décharge libidinale ou agressive, sur le modèle de la rétention et de l'expulsion des selles, ne peuvent être qualifiés *stricto sensu* d'ambivalents, et ce n'est en tout cas pas ainsi qu'ils sont ressentis par l'interlocuteur, qui perçoit plutôt la tension suscitée par l'effort de rétention (et, le cas échéant, la violence des décharges). L'obsessionnel ne craint pas son désir, mais la punition qui menace d'en succéder la satisfaction. L'hystérique, quant à lui, craint la chose même qu'il désire, et c'est en cela qu'il est ambivalent. En introduction à leur ouvrage consacré aux *Problématiques de l'hystérie*, Jacques André, Jacqueline Lanouzière et François Richard rappellent à ce sujet que Freud localisait « le surgissement de l'hystérie au point de rencontre d'une exigence sexuelle démesurée et d'un rejet tout aussi exagéré de la sexualité »<sup>200</sup>. Mais de quel désir l'hystérique a-t-il(elle) peur ?

---

<sup>199</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 18.

<sup>200</sup> André J et al., 1999, *op. cit.*, p. 3.

Dans *Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité*, Freud écrit qu'« un symptôme hystérique est l'expression d'une part d'un fantasme sexuel inconscient masculin, d'autre part d'un fantasme sexuel inconscient féminin ». Cela se repère en particulier dans « certaines attaques hystériques dans lesquelles la malade joue en même temps les deux rôles de fantasme sexuel sous-jacent ». Freud associe donc l'ambivalence hystérique à la bisexualité psychique, qui se satisfait de façon travestie dans les symptômes. Il assortit son propos d'une brève référence à sa clinique :

dans un cas que j'ai observé, la malade tient d'une main sa robe serrée contre son corps (en tant que femme) tandis que de l'autre main elle s'efforce de l'arracher (en tant qu'homme).<sup>201</sup>

Son interprétation, expédiée en quelques mots entre des parenthèses, mérite notre attention. Freud associe au rôle féminin la main qui repousse les avances, et au rôle masculin celle qui exprime un désir sexuel. Autrement dit, le « fantasme sexuel inconscient féminin » que Freud tente ici d'illustrer, n'est pas un désir, mais un repoussoir au désir, un refus du sexuel. Pourtant, on pourrait tout aussi bien proposer l'interprétation inverse à cette observation clinique : le désir féminin de s'offrir à l'homme se figure dans la main qui déshabille ; la main pudibonde, au contraire, trahit la revendication masculine qui s'insurge contre un tel abandon à l'autre, et plus précisément à la pénétration par l'objet, enjeu d'un tel déshabillage. Le conflit que cette attaque hystérique donne à voir de façon caricaturale, ce pourrait donc être celui qui oppose le *désir féminin* au *refus du féminin*. Les symptômes hystériques, quelle que soit leur forme, pourraient par conséquent être définis comme ceux qui réalisent un compromis entre ces deux forces en conflit.

Dans un article publié l'année suivante (*Considérations générales sur l'attaque hystérique*), Freud évoque le « *renversement antagoniste des innervations* » : « il est possible que le fameux “arc de cercle” de la grande attaque hystérique ne soit rien d'autre que ce déni énergétique, par une innervation antagoniste, d'une posture corporelle appropriée au commerce sexuel ». L'ambivalence vis à vis du sexuel est à nouveau soulignée : l'opposition d'un désir sexuel et d'un refus du sexuel se trouve figurée « sur le mode de la pantomime ». Mais ici,

---

<sup>201</sup> Freud S. (1908b) *Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité*, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, pp. 154-155.

contrairement au texte de 1908, seule la « sexualité masculine » est inconsciente : elle a été refoulée « pour faire naître la femme », et fait retour dans la crise hystérique<sup>202</sup>.

Est-ce à dire que l'hystérie est consécutive à un conflit entre masculinité et féminité ? Freud s'est toujours opposé à la « doctrine de la protestation mâle » chère à Alfred Adler, dont l'ombre plane sur l'ensemble du cas de l'« Homme aux loups » :

Affirmer que la sexualité soit le mobile du refoulement serait une conception trop étroite ; dire qu'un conflit entre le moi et les tendances sexuelles (la libido) le conditionne, voilà qui englobe tous les cas<sup>203</sup>

Postuler un conflit entre les aspirations féminines et le « refus du féminin », revient-il à valider la théorie de la protestation virile ? Aucunement, dès lors qu'on considère que s'il n'y a de « protestation virile » (Adler), ce n'est qu'en vertu de ce que Jacqueline Schaeffer appelle le « scandale du féminin » :

Que veut la femme ? Elle veut deux choses antagonistes. Son moi hait la défaite, mais son sexe l'exige. Il veut la chute, la défaite, le « masculin » de l'homme, c'est-à-dire l'antagoniste du « phallique », théorie sexuelle infantile qui n'existe que de fuir la différence des sexes, et donc son « féminin ». Il veut des grandes quantités de libido et du masochisme érotique. C'est là le *scandale du « féminin »*. Tout ce qui est insupportable pour le moi est précisément ce qui contribue à la jouissance sexuelle : à savoir l'effraction, l'abus de pouvoir, la perte du contrôle, l'effacement des limites, la possession, la soumission, bref, la « défaite », dans toute la polysémie du terme.<sup>204</sup>

Le « refus du féminin » n'est donc pas l'expression d'une revendication virile, mais bien plutôt celle d'un narcissisme qui se voit défié par une *vaginalité* qui n'aspire qu'à ce que le moi craint plus que tout<sup>205</sup> : l'effraction, l'envahissement par l'autre. Autrement dit, nous rejoignons Freud, lorsqu'il défend sa thèse selon laquelle le conflit se situe « entre le moi et les tendances sexuelles ».

Si l'on se réfère à nos considérations sur le *vaginal*, nous pouvons faire un pas de plus, et considérer que l'essence de l'hystérie consiste en une ambivalence à l'égard du désir, non plus

---

<sup>202</sup> Freud S. (1909a) Considérations générales sur l'attaque hystérique, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, pp. 160-162.

<sup>203</sup> Freud S., 1918a, *op. cit.*, p. 410.

<sup>204</sup> Schaeffer J., in Schaeffer et al., 1999, *op. cit.*, p. 38.

<sup>205</sup> C'est une façon de parler. En réalité, on peut penser qu'il est une chose que le moi craint plus que l'effraction, c'est la désintégration ; nous postulons d'ailleurs qu'une identification à un objet concave, pénétrable, peut, dans certaines circonstances, constituer une défense contre la menace schizoïde (voir *infra*, notamment 2.4.2.).

seulement *féminin*, mais plus largement, *vaginal*, dont nous avons postulé qu'il en est un précurseur prégénital : ce qui caractérise l'investissement transférentiel de l'hystérique, c'est la coexistence à parts égales, sur la scène psychique, du *désir vaginal* et de son repoussoir, le *refus du vaginal*. Ainsi, on ne présage plus du caractère *génital* de la problématique hystérique, puisque l'on a tenté de montrer qu'une ambivalence à l'égard de la pénétration passive préexiste à l'opposition d'un féminin et d'un refus du féminin aboutis. L'angoisse de pénétration, dès lors qu'elle a sa source dans la prégénitalité, est propre à jouer un rôle de premier plan dans une configuration psychotique. Nous pouvons ainsi postuler sans crainte l'existence d'une résolution psychotique de la problématique hystérique : que la pénétration, en tant que but pulsionnel issu de l'aboutissement normal de la sexualité, porte les traits de la génitalité, ne doit plus nous empêcher de la considérer comme pouvant être au cœur des enjeux d'un aménagement psychotique.

André Green note qu'« il ne serait pas exagéré » de voir dans l'angoisse de pénétration « une crainte d'endommagement de l'espace interne dévolu à accueillir les bébés »<sup>206</sup>. Dans *Psychanalyse et pédiatrie*, Françoise Dolto évoque quant à elle « l'angoisse de castration utéro-ovario-vaginale » de la fille, qu'elle décrit comme « une angoisse d'éviscération punitive du désir génital féminin »<sup>207</sup>. Dans les deux cas, nous voyons que l'utérus est inscrit dans la représentation d'un organe vagino-utérin indifférencié, qui condense les organes reproductif et sexuel féminins en une cavité unique (comme le cloaque condense fantasmatiquement l'anus et le vagin). Il ne s'agit là, semble-t-il, de rien d'autre que du corrélat de l'« équation symbolique : pénis = enfant » postulée par Freud en 1925<sup>208</sup>. Si l'on s'en tient à cette hypothèse, nous pouvons asseoir un lien fort entre hystérie et *vaginalité* : dans l'hystérie, l'« utérus » qui, selon la théorie médicale antique, parcourt le corps de la malade et lui cause toutes sortes de troubles, ce n'est pas la cavité maternelle, mais la représentation fantasmatique d'un organe cavitaire utéro-vaginal indifférencié, celui-là même supposé recevoir dans le coït le corps de l'objet pénétrant ; autrement dit, l'« utérus » de l'hystérie n'est pas différencié du vagin. Par conséquent, l'hystérie, dans son étymologie, dans sa définition antique, presque mythologique, serait *la maladie de la fuite devant la pénétration passive*.

---

<sup>206</sup> Green A., 1990, *op. cit.*, p. 111.

<sup>207</sup> Dolto F. (1939) *Psychanalyse et pédiatrie*. Paris : Seuil ; 1971, p. 283.

<sup>208</sup> Freud S., 1925c, *op. cit.*, p. 130.

Par ailleurs, il faut noter que chez ces deux auteurs, la pénétration passive occupe une double place : elle est à la fois l'objet du désir, et l'outil de la punition en rétorsion contre ce même désir. L'ambivalence à l'égard du désir vaginal, noyau de la problématique hystérique, serait donc, jusqu'à un certain degré, intrinsèque à la condition psychosexuelle universelle. Ce postulat ne serait pas démenti par le constat que fait Henri Ey, lorsqu'il évoque les « aspects “hystériques” de l'âme humaine » : « la “réaction hystérique” est incluse dans le comportement humain et nous la retrouvons dans certaines manifestations normales de l'humanité, chez l'enfant, chez la femme et aussi dans les conduites humaines de la psychologie des foules ou au cours de certaines manifestations religieuses collectives »<sup>209</sup>. Jacques André et al. font, quant à eux, l'hypothèse d'une « hystérie primaire infantile », « laquelle n'est autre que la situation oedipienne où l'enfant est écartelé entre un mouvement d'identification phallique au père et un glissement vers l'identification à la passivité et à la castration de la mère telles qu'il se les représente dans ses théories sexuelles et son fantasme de scène primitive »<sup>210</sup>, hypothèse qui va dans le sens d'une certaine proportion d'ambivalence hystérique chez le commun des mortels.

Il nous faut à présent nous interroger sur les modalités de résolution de cette ambivalence lorsqu'elle devient excessive, et par là même, pathologique.

### **2.1.2. La « pénétration sans corps » : un compromis face à l'ambivalence**

Nous avons proposé de définir le qualificatif d'*hystérique* comme caractérisant une modalité psychique<sup>211</sup> marquée par une ambivalence radicale à l'égard du désir érotique *vaginal*, concave : la satisfaction de ce désir, qui vise l'accueil passif de l'autre en soi, se heurte aux angoisses de pénétration, dont on a vu qu'elles plongent leurs racines dans la prégenitalité, avant de s'élaborer au stade génital en *refus du féminin*.

---

<sup>209</sup> Ey H., 1948-1949, *op. cit.*, p. 112.

<sup>210</sup> André J et al., 1999, *op. cit.*, p. 42.

<sup>211</sup> L'expression « modalité psychique » est volontairement imprécise ; nous la préférons ici à celle d'« organisation psychique » qui est trop connotée du point de vue de la structure. Or nous voulons justement souligner que le qualificatif « hystérique » est indépendant de la structure. Il est, selon nous, référé à une modalité d'investissement de soi et de l'autre (presque un *mode d'être*) qui trouve des voies d'expression névrotique et psychotique.



Ce parti pris peut paraître arbitraire ; il est probablement imprudent, et sans doute insuffisamment étayé ; surtout, on peut lui reprocher de négliger une foule d'autres caractéristiques de l'hystérie, repérées par nombre d'auteurs depuis deux siècles. Toutefois, compte-tenu de la polysémie du terme d'*hystérie*, tel qu'il apparaît dans la littérature scientifique, et notamment psychanalytique, mais aussi et surtout tel qu'il est (sans cesse) utilisé dans le discours soignant, et en particulier psychiatrique, tenter comme nous le faisons d'en situer l'essence dans des caractéristiques contre-transférentielles ne nous semble pas faire insulte à l'histoire de ce concept. Ce ressenti intime suscite chez le clinicien une appréhension intuitive de la dimension *hystérique* du fonctionnement du patient, quelles que soient les interprétations qu'il en fait, quelles que soient les considérations théorico-cliniques qu'il y associe secondairement (et dont on verra qu'elles varient passablement d'un auteur à l'autre), et la compréhension de l'organisation (la structure ?) psychique du malade qu'il en infère.

Nous faisons l'hypothèse que la problématique hystérique ainsi circonscrite doit trouver une voie privilégiée de résolution dans le fantasme d'une *pénétration sans corps* : celui-ci condense la réalisation d'un désir *vaginal* (qui vise le but passif d'être pénétré) et sa proscription, puisqu'il vise une pénétration virtuelle, immatérielle, incorporelle, par des parties de l'autre qui ne soient pas des morceaux de son corps physique. La jeune femme qui rêve jour et nuit à l'homme qu'elle aime, mais ne consent pour rien au monde à faire un pas vers la réalisation de son désir pour lui, a trouvé dans la *pénétration sans corps* une solution à sa problématique hystérique : elle est habitée par le souvenir de l'homme, son image, sa voix, peut-être son odeur, bref, par des réminiscences, plutôt que par son pénis. En somme, le « théâtre privé »<sup>212</sup> de l'hystérique fait figure de *vagin intrapsychique*. La jeune femme satisfait ainsi son désir de pénétration, et se prémunit contre les dangers (angoisse et culpabilité) de celle-ci. Il s'agit là d'une solution névrotique à la problématique hystérique, puisque le désir demeure ; on y a toujours « accès », pour citer Gisela Pankow : « Dans la *névrose hystérique*, on peut mettre en valeur que le symptôme hystérique vise le désir inconscient du sujet. Dans la *psychose hystérique*, au contraire, l'accès au désir n'est plus possible ; à la place vide du désir nous trouvons le processus de la psychose »<sup>213</sup>. Il semble donc que la différence entre névrose hystérique et psychose hystérique ne réside pas dans la

---

<sup>212</sup> Selon l'expression célèbre d'Anna O., rapporté par Breuer dans les *Etudes sur l'hystérie* (Freud S, Breuer J., 1895, *op. cit.*, p. 15).

<sup>213</sup> Pankow G. (1977) *Structure familiale et psychose*. Paris : Flammarion ; 2006, p. 143.

nature du fantasme, mais dans la possibilité ou non d'assumer le désir comme faisant partie de soi (fût-ce au prix d'un refoulement).

Dans la psychose hystérique, le désir d'être pénétré n'est plus accepté : il est nié. La pénétration, au lieu d'être désirée, est réalisée dans le délire : l'espace interne est occupé par l'autre, les représentations cèdent le pas aux perceptions, les réminiscences aux hallucinations, le fantasme au délire. L'autre est là en soi, non par son corps, mais par sa pensée, son esprit, son âme, ses « nerfs », sa volonté, sa voix, son influence, etc. : la *xénopathie*, la perte du sentiment de propriété du sujet sur ses manifestations internes (pensées, émotions, sensations, intentions d'action) qui acquièrent de ce fait un caractère exogène, réalise le fantasme d'une *pénétration passive sans corps*. Henri Ey insiste sur le caractère pénétrant de la voix dans la phénoménologie de l'hallucination psychique :

Les expériences de dédoublement hallucinatoire comportent ou impliquent le vécu de l'intrusion, de l'étrangeté quand ce n'est pas l'épouvante du martyr, du supplice par quoi ces "expériences" deviennent des "expérimentations" dont l'halluciné se sent l'*objet*... (persécution, influence, télépathie, suggestion, envoûtement, etc.). Il arrive d'ailleurs très fréquemment en clinique [...] que l'expérience de cette pénétration, de cette cohabitation soit *érotique* : la voix qui entre et sort du corps et du cerveau est comme le véhicule symbolique de toutes les figures du viol, car cette "voix" est l'image même de la puissance de la création et de la communication, celle du phallus dans lequel s'incarne son désir. Par là nous touchons au fond du sens de cette expérience hallucinatoire des voix. [...] L'"avoir" du Sujet "possédant" sa pensée devient un *être deux* (modalité duale de la relation d'objet) un être partagé dans sa "propriété" et voué à une position de passivité et de subordination. [...] la Conscience hallucinante, tombée dans une sorte d'illusion réaliste, substitue l'expérience immédiate d'une "voix" venue du dehors d'elle-même comme un objet du "monde extérieur". Et cet objet du "monde extérieur" lui-même ne peut être vécu que comme une irruption, une invasion, une pénétration à l'intérieur de soi dans l'espace clos de la représentation : l'objet de sa pensée entre dans le champ de l'expérience du Sujet comme un corps étranger. La voix est un viol.<sup>214</sup>

Dans le délire d'influence, malgré l'abolition du désir d'être pénétré, qui laisse une « place vide », la forme spécifique de cette pénétration garde les traces de l'ambivalence initiale, puisqu'elle est *incorporelle*. Si ce fantasme n'est pas spécifiquement psychotique, c'est donc tout de même la psychose qui, comme souvent, l'exhibe avec le plus de transparence.

En 1934, Henri Ey rapporte, parmi une foule de vignettes cliniques, le cas de « Mme Duf », qui souffre d'un « délire hallucinatoire avec phénomènes psycho-moteurs » :

---

<sup>214</sup> Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris : Masson ; 1973, pp. 421-422.

Elle se plaignait que la personne qui s'introduisait dans son enveloppe à la faveur de la torpeur de son esprit y faisait des extravagances. La personne qui était au premier plan commandait aux muscles, aux mains, la faisait déshabiller.<sup>215</sup>

On ne peut manquer de reconnaître ici le conflit qui agite la malade de Freud, dont une main déshabille et l'autre s'en défend, dont une main, disait-on plus haut, exprime un désir sexuel féminin, et l'autre un refus du féminin. La différence essentielle entre ces deux femmes ne réside pas, semble-t-il, dans la nature du conflit pathogène (un conflit d'ambivalence vis-à-vis d'un désir *vaginal*), mais dans le traitement qui en est fait, névrotique dans un cas (le conflit est assumé, traité, et symbolisé dans le symptôme), psychotique dans l'autre (le désir conflictuel est éjecté, et fait retour dans le réel du vécu hallucinatoire). Dès lors, rien ne s'oppose, de notre point de vue, à qualifier d'*hystérique* l'aménagement psychotique que donne à voir Mme Duf.

L'hypothèse d'un lien privilégié entre phénomènes d'influence psychotiques et problématique hystérique semble trouver un appui *implicite* dans la littérature psychiatrique. Nous verrons longuement par la suite que des auteurs d'horizons divers ont qualifié d'« hystériques » des tableaux cliniques au sein desquels les phénomènes d'influence au sens large (délire à thème d'influence et de possession, automatisme mental, xénopathie, hallucinations psychiques<sup>216</sup>) occupent une place privilégiée. On pense notamment aux cas de « psychoses hystériques » rapportés par Sven Follin et al.<sup>217</sup>, aux « délires hystériques » décrits par Jean-Claude Maleval<sup>218</sup>, à l'étude que Marc H. Hollender et Steven J. Hirsch ont consacré en 1964 à la « psychose hystérique »<sup>219</sup>, ou encore aux travaux de Thomas E. Gift et al. en 1985<sup>220</sup> et Hamdi Tutkun et al. en 1996<sup>221</sup>, qui s'inscrivent dans la suite des travaux d'Hollender et Hirsch. Pour autant, aucun de ces auteurs n'a entériné ce lien, ni même noté la récurrence de cette symptomatologie au sein des tableaux qualifiés d'« hystériques ». Seul Henri Ey (à notre connaissance) a, dès 1934, pointé le parallèle entre hystérie et délire d'influence :

---

<sup>215</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 139.

<sup>216</sup> Nous tentons plus loin (voir 2.3.) de situer les uns par rapport aux autres ces concepts qui, pour une large part, sont référés à une même phénoménologie.

<sup>217</sup> Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *Evolution Psychiatrique* 1961 ; 26(2) : 257-286 (voir 2.4.3.).

<sup>218</sup> Maleval JC. Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié. *Evolution psychiatrique* 1978a ; 43(4) : 691-739 et Maleval JC. Schizophrénie et folie hystérique. *Information psychiatrique* 1978b ; 54(7) : 743-765 (voir 2.2.1.2.).

<sup>219</sup> Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *American journal of psychiatry* 1964 ; 120(6) : 1066-1074.

<sup>220</sup> Gift TE, Strauss JS, Young Y. Hysterical psychosis: an empirical approach. *American journal of psychiatry* 1985 ; 142 : 345-347.

<sup>221</sup> Tutkun H, Yargic LI, Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996 ; 9(4) : 244-252.

Les rapports de l'hystérie et des délires d'influence nous paraissent poser un des problèmes les plus passionnants de la psychiatrie. Quelque jour nous reviendrons sur les états hystéroïdes que l'on rencontre dans l'évolution de ces délires et sur l'*hystérie délirante* si oubliée aujourd'hui. Notons cependant, ici, que les syndromes d'action extérieure, avec l'érotisme refoulé, la suggestion, les états crépusculaires, le développement d'une "idée fixe" s'apparentent beaucoup, par leur structure, aux délires hystériques.<sup>222</sup>

Quinze ans plus tard, il évoque les « troubles mentaux de l'hystérie », et souligne que « la question des *psychoses hystériques* est classique ». Il est « certain », écrit-il, que « dans la symptomatologie » de l'hystérie, « il existe des états, des syndromes psychotiques » : « chez les hystériques peuvent se développer des délires, des états délirants et hallucinatoires, etc. », et notamment des « *délires chroniques* » :

Les thèmes mystico-érotiques sont la règle. Les principaux délires que l'on observe chez les hystériques sont les *délires de possession démoniaque, zoanthropiques ou lycanthropiques* (la malade se croit transformée en chat par exemple, comme dans la fameuse observation de CHARCOT), les *délires d'extase*, les *délires prophétiques*, les *délires spirites*, les *délires d'auto* ou d'*hétéro-accusation* (DUPRE). Ces délires sont pour la plupart des *délires d'influence*, systématisés, clairs, ordonnés, lucides et à forte charge affective. [...] Quant aux hallucinations des hystériques, elles se répartissent en deux groupes : l'activité hallucinatoire onirique visuelle des états hypnoïdes et l'activité hallucinatoire (hallucinations psychiques, représentations mentales vives, syndromes d'influence) des délires hystériques.<sup>223</sup>

Henri Ey définit donc la psychose hystérique comme une psychose chronique non-schizophrénique, organisée autour d'un délire d'influence.

Une vingtaine d'années plus tard, dans son volumineux *Traité des hallucinations*, il revient sur les phénomènes hallucinatoires dans l'hystérie, « qui tombe si facilement [...] dans les expériences dramatiques de l'influence et de la possession », et évoque le « délire de possession » dans l'hystérie<sup>224</sup>. Mais cette fois, il n'est plus question de « psychose hystérique » : seuls les « cliniciens superficiels » situent ce type de manifestations dans les « Psychoses ». L'hallucination de l'hystérie est « à cataloguer dans le groupe des *Hallucinations délirantes*, dans la mesure même où l'Hystérie contient beaucoup de Délire » ; par conséquent, ce type d'hallucination « entre dans les fameux "états-limites" où la structure

---

<sup>222</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 162.

<sup>223</sup> Ey H., 1948-1949, *op. cit.*, pp. 26-28.

<sup>224</sup> Ey H., 1973, *op. cit.*, p. 317.

névrotique et psychotique ne peuvent pas se distinguer radicalement »<sup>225</sup>. Henri Ey, une fois n'est pas coutume, ne se montre pas très convaincant, en recourant ainsi à la catégorie états-limite comprise comme *ni ni*.

Si Henri Ey est plus explicite que les autres à propos des liens qui unissent le délire d'influence et l'hystérie, il n'a pas, semble-t-il, proposé lui non plus de décrire le mécanisme psychopathologique permettant d'articuler cette symptomatologie caractéristique avec la problématique hystérique, ou encore la « structure hystérique ».

Toujours est-il que le fait que ces auteurs aient été amenés ainsi à qualifier d'« hystériques » ces tableaux cliniques, semble devoir être mis au compte de ce que nous avons décrit comme relevant d'un ressenti de l'interlocuteur face à l'organisation libidinale de son malade, le repérage intuitif d'une ambivalence à l'égard du féminin, repérage qui ne semble pas avoir fait l'objet d'une explicitation.

### **2.1.3. Géraldine, ou la pénétration sans corps dans la névrose hystérique**

*Comme j'aimerais ne plus jamais avoir à faire l'amour !*

Géraldine a une vingtaine d'années. Sa présentation est celle d'une jeune femme à la fois très féminine, discrètement séductrice, et parfois enfantine. Son intelligence et son appétence à l'introspection lui permettent de porter un regard lucide sur son fonctionnement.

Elle se présente au Centre Médico-Psychologique pour des plaintes anxieuses : elle souffre depuis quelques semaines d'attaques de panique, associées à un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation (elle a l'impression d'être « absente à elle-même »<sup>226</sup>, elle se sent comme séparée de la réalité par un voile). Elle évoque également des « infections urinaires » à répétition, dont elle souffre depuis l'enfance, sans qu'aucune cause organique n'ait pu être repérée, si bien que son médecin généraliste a fait l'hypothèse d'une origine psychologique.

---

<sup>225</sup> *Ibid.*, p. 879.

<sup>226</sup> Freud, proposant de ramener chacun des éléments de la symptomatologie de l'attaque hystérique à la « satisfaction *auto-érotique* que le sujet se donnait autrefois », écrit que l'« absence » caractéristique de la crise hystérique « procède de ce retrait passager mais incontestable de la conscience qu'on peut ressentir au faîte de toute satisfaction sexuelle intense » (1909a, *op. cit.*, p. 163).

Après un cursus universitaire, elle travaille dans le domaine de la culture. Elle vit seule avec sa mère, décrite comme une femme forte, rigide, et peu encline aux démonstrations affectives et au maternage, au grand désespoir de Géraldine, qui attend sans cesse de sa part des marques de tendresse. A la fin de l'adolescence, Géraldine a perdu brutalement son père, beaucoup plus âgé que sa mère. Elle décrit un homme sans autorité, avec qui elle a fait un tas de « bêtises » (sic) à l'insu de la mère, et c'est en somme plus d'un grand-père complice que d'un père dont elle se souvient.

Les préoccupations de la patiente sont essentiellement orientées vers les relations amoureuses. Elle entretient une relation avec un garçon de son âge qui vit loin de chez elle. Cet éloignement est pour elle la source d'une angoisse dépressive majeure, réactivant, de son propre aveu, la douleur de la perte de son père. Mais en-dehors de cette liaison amoureuse, elle entretient sans cesse des amours platoniques, des relations de séduction mutuelle, avec d'autres hommes, qui surtout peuplent ses rêveries incessantes (dont elle dit qu'elles lui procurent plus de plaisir que la vie réelle). A travers elles, elle s'imagine en femme d'affaire, vivant d'extraordinaires histoires d'amour avec des inconnus rencontrés au hasard.

Elle se montre beaucoup moins audacieuse sur le plan de la sexualité *réelle*, agie. Elle avoue même trouver un bénéfice à ses infections urinaires (pourtant particulièrement pénibles) en ceci qu'elles lui permettent de s'épargner pendant près d'une semaine toute relation sexuelle<sup>227</sup>. D'ailleurs, ces troubles disparaîtront au cours des premiers temps de la thérapie. Ce symptôme, manifestement conversif, apparaît doublement déterminé : s'il la protège contre la pénétration sexuelle, il semble également qu'il constitue un équivalent déguisé de la masturbation clitoridienne à laquelle la patiente se souvient s'être adonnée avec passion dans l'enfance (la pénibilité occasionnée portant la marque du compromis). On voit comment le surinvestissement régressif du phallique (clitoris) sert l'évitement du féminin (vagin) dans cette configuration hystérique.

La pénétration est source pour elle d'angoisses majeures : « comme j'aimerais ne plus jamais avoir à faire l'amour ! ». Elle décrit comment tout son corps se crispe lorsqu'elle s'approche

---

<sup>227</sup> Ces infections surviennent le plus souvent durant la semaine précédant ses règles. Géraldine note que la somme des deux perturbations l'amène à lui épargner le devoir conjugal pendant près de la moitié de son cycle menstruel.

l'échéance, pénible mais inévitable, du coït. Lors d'un séjour d'une semaine auprès de son compagnon, elle constate avec surprise que ses règles surviennent dès le lendemain de leurs retrouvailles, alors qu'elle les attendait bien plus tard ; cette heureuse anomalie la contraindra à refuser toute relation sexuelle au cours des quelques nuits partagées avec lui.

Son attitude envers les hommes condense trois postures :

- une posture de petite fille à protéger (à soigner ?) lorsqu'elle s'amourache d'hommes (parfois bien plus âgés qu'elle) dont elle rêve jour et nuit, mais avec qui elle échangera tout au plus un baiser innocent. Et lorsque son ami montre des signes d'exaspération et menace de rompre, elle sombre dans le plus profond des désespoirs ;

- une attitude agressive et humiliante, assortie d'un plaisir non-dissimulé, envers les hommes qui l'approchent et tentent de la séduire, et bien sûr contre son ami lui-même, qu'elle ne ménage pas ; parfois, c'est elle qui prend les rennes du jeu de séduction, et elle parvient habilement à manipuler ses *victimes*, les faisant s'abandonner à ses desiderata, allant parfois jusqu'à tomber dans leurs bras, mais jamais dans leur lit ;

- enfin, une attitude de féminité assumée, et même revendiquée, dont Jacqueline Schaeffer écrit qu'elle « fait bon ménage avec le phallique, celle du leurre, de la mascarade, et qui rassure l'angoisse de castration, aussi bien celle de l'homme que celle de la femme »<sup>228</sup>. Nous n'aurions su mieux dire à quel point la *féminité* de Géraldine est un subterfuge (phallique) qui sert tout au contraire le *refus du féminin*, et la « rassure » contre l'angoisse de pénétration (dont André Green note, rappelons-le, qu'elle est le « corrélat » de l'angoisse de castration). Son *complexe de castration* apparaît de façon caricaturale dans un rêve, peu symbolisé, dans lequel elle se voit, dotée d'un pénis, « violer » (sic) un homme qui, lui, en est privé.

Nous comprenons ces trois formes de régression, respectivement orale, sadique-anale et phallique, comme autant de modalités de refus du féminin. Notons (à l'instar de Freud, à propos de la « protestation virile »<sup>229</sup>) qu'il ne s'agit pas d'un refus de la passivité, puisqu'elle en assume parfaitement la forme orale, mais seulement de la forme vaginale de celle-ci : chez Géraldine, c'est seulement lorsque la passivité implique la pénétration passive qu'elle est source d'angoisse.

On voit donc comment, chez cette jeune femme, la problématique hystérique a trouvé une voie de compromis dans la *pénétration sans corps* : l'occupation voluptueuse de son « théâtre

---

<sup>228</sup> Schaeffer J., 2000, art. cit.

<sup>229</sup> Freud S., 1937a, *op. cit.*

privé » par des hommes semble constituer un pis-aller, exempt d'angoisse et de culpabilité, à la pénétration physique par eux, à laquelle elle ne se soumet qu'en dernier recours (et à dose homéopathique), lorsque la crainte de perdre son objet d'amour prend ponctuellement le pas sur l'angoisse d'être pénétrée par lui. Dans le même temps, les modalités orale, sadique-anale et phallique de la régression constituent, on l'a vu, des modes diversifiés de défense contre le vaginal.

Si la névrose hystérique constitue une résolution de l'ambivalence à l'égard du vaginal-génital, c'est-à-dire du féminin, nous verrons que la psychose hystérique résout, quant à elle, l'ambivalence à l'égard du vaginal-prégénital.



## 2.1.4. Extase mystique et possession démoniaque : deux passions hystériques ?

*Plusieurs auteurs, Charcot en tête, ont, ainsi que l'on sait, discerné les manifestations de l'hystérie dans les représentations, que l'art nous a transmises, de possession démoniaque et d'extase*  
Sigmund Freud<sup>230</sup>

*Mme P... et Mme G... sont toutes les deux violées par le diable, mais la première s'y complaît, alors que la deuxième s'y oppose par toute une série de moyens de défense. Elle n'écarte jamais les jambes, mais reste assise, les cuisses liées avec des serviettes. Elle met des mouchoirs dans le vagin et dans la bouche. Elle ferme portes et fenêtres pour que le diable n'entre pas.*  
André Ceillier<sup>231</sup>

*cette importance attachée par la femme à "son intérieur" [...] pourrait rendre compte, pour une part, de l'idée de "possession" : habiter aussi intimement un lieu et se laisser habiter par... maison hantée, corps possédé...*  
Joseph Feisthauer<sup>232</sup>

Paul Richer, médecin et dessinateur anatomique français, fût élève de Jean-Martin Charcot. En 1881, il publie ses *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, préfacées par le maître de la Salpêtrière et dédiées à lui par l'auteur. La place occupée par les extatiques et les possédées parmi les cas d'hystérie rapportés par Richer est remarquable. Les rapports entre possession, érotisme, chasteté et hystérie y sont condensés<sup>233</sup>. Paul Richer revient par exemple longuement sur la célèbre épidémie de possession démoniaque des Ursulines de

---

<sup>230</sup> Freud S. (1923d) Une névrose démoniaque au XVIIe siècle. *Revue française de psychanalyse* 1927 ; 1(2) : 337-369, p. 337.

<sup>231</sup> Ceillier A., 1924, n°4, art. cit., p. 230.

<sup>232</sup> Feisthauer J. *Possession démoniaque ou mystique, un problème de Femme ?...* Mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie. Université Claude Bernard de Lyon ; 1980, p. 6.

<sup>233</sup> Katrien Libbrecht balaie sans ménagement les considérations de Charcot et ses élèves relativement aux formes cliniques de la « grande hystérie » : « Les patientes s'identifiaient avec l'image de la patiente idéale qui ressortait avec évidence de la façon dont les maîtres, Charcot et ses assistants, parlaient de l'hystérie. De la sorte, elles mettaient en scène, consciemment ou non, la théorie de l'hystérie de Charcot et *constituaient* son hystérie-type » (Libbrecht K. (1995) *Les délires de l'hystérique*. Toulouse : Erès ; 2001, p. 67). L'auteur rejoint ici la critique qu'adressa à l'école de la Salpêtrière celle de Nancy menée par Hippolyte Bernheim, selon laquelle les symptômes de la « grande hystérie » n'étaient que le fruit de la *suggestion*.

Loudun<sup>234</sup> au XVIIème siècle (1632-1639), dont il résume ainsi les grandes lignes historiques :

Des signes de possession démoniaque apparaissent dans un couvent d'Ursulines. Les religieuses font retomber sur un prêtre de la ville, Urbain Grandier, l'accusation de les avoir maléficiées. Un tribunal spécial recueille leurs dépositions, cherche à établir contre Urbain Grandier les preuves de sorcellerie et condamne le malheureux prêtre au bûcher.

Richer insiste sur « la part considérable qui, dans ces évènements de Loudun considérés par quelques uns comme surnaturels, doit être faite à une maladie inconnue alors, à la névrose que nous avons étudiée particulièrement et qui s'appelle la grande hystérie ». Les religieuses atteintes « ressentait en différents points du corps [...] des sensations douloureuses d'une nature particulière, qu'elles attribuaient à la présence des démons dans ces différentes parties ».

La « supérieure du couvent », qui « devait avoir dans cette possession le principal rôle », présente des antécédants qui « dénotent une femme ambitieuse servie par une vive intelligence doublée d'un tempérament éminemment hystérique. C'est par elle que commencèrent les hallucinations. La première elle reçut, la nuit, la visite du fantôme d'Urbain Grandier. Nous trouvons l'érotisme joint à cette apparition » : ce fantôme, en effet, « lui parla d'amourettes, la sollicita par des caresses aussi insolentes qu'impudiques et la pressa de lui accorder ce qui n'était plus à sa liberté et que par ses vœux elle avait consacré à son saint époux ». Cette « hallucination génésique » (nous dirions aujourd'hui « génitale »<sup>235</sup>) « se répéta presque toutes les nuits ; puis la contagion s'étendit et la plupart des religieuses, ainsi que quelques filles séculières également tourmentées par les esprits malins, s'imaginèrent recevoir la visite nocturne d'Urbain Grandier et avoir cohabitation charnelle avec lui ».

Les « preuves du procès » rapportées par Richer, notent que « toutes ces religieuses [...] ont eu un amour fort déréglé pour l'accusé ». Le père Urbain Grandier se trouvait en effet être un homme « d'un extérieur séduisant » qui « exerçait sur la partie féminine de la population une

---

<sup>234</sup> Richer P. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Paris : Delahaye ; 1881, pp. 630-650.

<sup>235</sup> Jules Baillarger, aliéniste français élève d'Esquirol, et cité par Paul Richer, évoque « cette variété de la démonomanie dont les hallucinations génitales formaient le symptôme principal ». Richer ajoute qu'une malade évoquée par Baillarger « se plaint souvent qu'un jeune médecin abuse d'elle pendant la nuit ; mais, en outre, vingt fois par jour elle croit avoir à se défendre contre des manœuvres indiscretes qu'on exerce sur elle à distance, et par des moyens cachés » (*ibid.*, pp. 13-14) : on voit ici de quelle façon le vécu d'influence peut constituer un prolongement des hallucinations génitales, et par conséquent une modalité supplémentaire de pénétration passive, hypothèse sur laquelle nous reviendrons longuement par la suite.

fascination » dont témoigne une « déposition » rapportée par l'auteur : une « femme de la ville » fut « surprise d'un violent amour pour lui » après qu'elle eut reçu de sa main la communion ; une autre témoigne qu'elle « fut prise d'une forte passion pour lui » après qu'il lui eut serré la main dans la rue ; une troisième « éprouva des mouvements déréglés dans son âme et dans son corps » après l'avoir vu entrer « en procession ».

Le désir féminin ardemment réveillé par les charmes du malheureux père Grandier semble être entré en conflit avec le renoncement à ce même désir, renoncement imposé par la condition de religieuse. Cette ambivalence à l'égard du désir féminin semble avoir trouvé une voie de résolution psychotique, dans un délire de possession démoniaque : les religieuses pensent avoir été « maléficiées », elles ressentent des « démons » à l'intérieur de leur corps. Le désir sexuel de pénétration passive est ainsi indirectement satisfait, mais sur une voie psychotique, puisqu'il est exclu du champ intra-psychique et prêté à l'objet, autrement dit éjecté et projeté en lui. Il l'est aussi plus explicitement, à l'occasion des hallucinations génitales qui figurent des manœuvres sexuelles opérées par le fantôme d'Urbain Grandier. Dans les deux cas (démons et fantôme), l'objet pénétrant est donc incorporel.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que les religieuses constituent une population d'élection privilégiée pour les manifestations hystériques telle que nous avons proposé de les circonscrire : l'ambivalence à l'égard du désir féminin y est naturellement attisée par les vœux de chasteté qui tout à la fois promeuvent le renoncement sexuel au rang d'idéal narcissique, et donnent lieu à une abstinence qui ne peut en retour que renforcer le désir<sup>236</sup> ; par ailleurs, il apparaît tout naturel que la problématique hystérique s'empare des objets fortement investis par les religieuses que sont les figures divine et démoniaques, en ceci que l'incorporité qu'ils revêtent par essence favorise grandement leur articulation au fantasme de *pénétration sans corps*. Autrement dit, l'envahissement de l'espace interne par des entités spirituelles, éthérées, qu'elles soient bienveillantes (extase) ou maléfiques (possession), constitue une résolution de cette ambivalence vis à vis du désir vaginal.

Dès le début des années 1890, Freud notait que dans l'hystérie, les « projets inhibés [...] » sont conservés, menant dans une sorte d'empire des ombres une existence précaire et insoupçonnée, jusqu'au moment où ils s'avancent au premier plan comme un fantôme et

---

<sup>236</sup> On peut également supposer que chez un certain nombre de religieuses, le *refus du vaginal* constitua un des motifs décisifs à ce choix de vie.

s'emparent du corps »<sup>237</sup>. Freud ne fait pas ici explicitement référence à la possession (encore qu'il ait évoqué quelques lignes plus haut les « délires hystériques des nonnes dans les épidémies du Moyen Âge », et leur caractère érotique) : la référence au « fantôme » est seulement métaphorique. Toutefois, si, à l'instar de la psychose, nous prenons l'image au premier degré, on conçoit comment les « projets inhibés », c'est-à-dire les désirs refoulés, sont susceptibles d'envahir l'espace interne de l'hystérique tels des corps étrangers éthérés.

Possession démoniaque et extase mystique (qui correspondent respectivement, en termes nosographiques classiques, à la démonomanie et la théomanie, soit deux monomanies) semblent donc constituer deux modalités du vécu de pénétration incorporelle passive. Mais l'extase se différencie de la possession, comme la relation sexuelle consentie se distingue du viol, en ceci que celui qui la vit prend une part active à sa passivité (rappelons-nous l'« activité à but passif » chère à Freud) ; autrement dit, il s'abandonne, avec plus ou moins de volupté, à la pénétration par l'objet : l'effraction est consentie voluptueusement dans un cas, subie comme une violence imposée dans l'autre cas. Dans son *Séminaire XX*, Jacques Lacan évoque deux mystiques célèbres, Hadewijch d'Anvers (religieuse et poétesse du XIII<sup>ème</sup> siècle) et Thérèse d'Avila (1515-1582) :

Pour la Hadewijch en question, c'est comme pour Sainte Thérèse, vous n'avez qu'à aller regarder à Rome la statue du Bernin pour comprendre tout de suite qu'elle jouit, ça ne fait pas de doute.<sup>238</sup>

*L'extase de Sainte Thérèse* à laquelle il fait référence date du milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle, moins de 70 ans après la mort de la mystique. On voit cette statue, qui orne l'église Santa Maria della Vittoria de Rome, au sculpteur italien Gian Lorenzo Bernini (dit Le Bernin). On y voit représenté une scène décrite par Thérèse d'Avila dans son autobiographie, scène vécue à l'occasion d'une « vision » qui lui fut « à différentes reprises » occasionnée par Dieu :

Je voyais près de moi, du côté gauche<sup>239</sup>, un ange sous une forme corporelle. [...] Il n'était pas grand, mais petit et extrêmement beau [...]. Je voyais donc l'ange qui tenait à la main un long dard en or, dont l'extrémité en fer portait, je crois, un peu de feu. Il me semblait qu'il le plongeait parfois au travers de mon cœur et l'enfonçait jusqu'aux entrailles.<sup>240</sup> En le retirant, on aurait dit que ce fer les emportait avec lui et me laissait tout

---

<sup>237</sup> Freud S., 1892-1893, *op. cit.*, pp. 41-42.

<sup>238</sup> Lacan J. (1972-1973) *Séminaire XX : Encore*. Paris : Seuil, 1975, p. 70.

<sup>239</sup> Etrangement, l'artiste a représenté l'ange à la droite de la Sainte.

<sup>240</sup> L'opération par laquelle Sainte Thérèse est traversée, transpercée, par des rayons divins, est appelée « transverbération ». Ce terme doit son étymologie au verbe latin *verbero*, qui signifie « fouetter », « battre »,

entière embrasée d'un immense amour de Dieu. La douleur était si vive qu'elle me faisait pousser ces gémissements dont j'ai parlé. Mais la suavité causée par ce tourment incomparable est si excessive que l'âme ne peut en désirer la fin, ni se contenter de rien en dehors de Dieu.<sup>241</sup>

La statue montre le visage de Thérèse d'Avila basculé en arrière ; elle a les yeux mi-clos et la bouche ouverte, si bien qu'il n'échappa pas aux observateurs qu'elle semble jouir. Cette articulation de la douleur et de la jouissance rappelle étrangement la description que Freud proposa d'Elisabeth von R..., dans les *Etudes sur l'hystérie* :

chez Fräulein v. R..., si l'on pinçait la peau ou les muscles hyperalgiques, ou si l'on exerçait une pression sur eux, ses traits prenaient une singulière expression de satisfaction plutôt que de douleur. Elle poussait des cris – comme pour des chatouillements voluptueux, me disais-je – rougissait, renversait la tête et le buste en arrière, fermait les yeux [...]. Il fallait bien attribuer toutes ces manifestations à l'hystérie et penser que l'excitation avait atteint une zone hystérogène<sup>242</sup>

On pourrait y voir une manifestation du masochisme érogène. Mais la volupté, ici, ne semble pas être occasionnée par le déplaisir : il s'agit plutôt d'un travestissement du plaisir interdit en souffrance, comme pour échapper à la censure, celle du fonctionnement psychique, mais aussi celle de la société. L'envahissement psychique par Dieu ou par un démon constitue un pis-aller privilégié à la pénétration passive. Peut-être le « Moyen Âge » n'avait-il pas tort de « dénicher le sexuel [...] là où sa présence n'est pas évidente », et notamment dans la « possession démoniaque »<sup>243</sup>.

Le mot *passion* a la même origine que *passivité* : *patior* en latin, qui signifie « souffrir », « éprouver », « endurer ». Chez Sainte Thérèse, la passion pour Dieu (« Je me voyais mourir du désir de voir Dieu », « Les transports de cet amour devenaient très impétueux », etc.) est renforcée par l'envahissement par l'objet passionnément aimé (« votre amour, en me pénétrant de toutes parts, me plongeait dans une agonie si suave que mon âme n'aurait jamais voulu en sortir »), jusqu'à l'expulser hors d'elle-même (en *ek-stase* : « je ne vivais plus en

---

lui-même issu du nom *verber*, « la verge », « la baguette », « le fouet », précédé du préfixe *trans*, « à travers ». On peut donc constater que ce terme condense une activité sadique-anale, et une dimension vaginale, puisque la douleur, négatif de la jouissance, émane de la pénétration du corps. La métaphore du coït qu'on ne peut manquer d'y voir est proche du fantasme de scène primitive repéré par Freud chez l'« homme aux loups » (1918), mais également de la phase 2 du fantasme d'*Un enfant est battu* (1919) selon la « formule à peu près définitive » qu'en propose Jacques André (1995, p. 50) : être « battue-coïtée (cloacale) par le bâton-pénis du père » (voir *supra*, 1.4.).

<sup>241</sup> Avila T d'. (1562-1565) *Vie écrite par elle-même*. Paris : Seuil ; 1995, pp. 308-309.

<sup>242</sup> Freud S, Breuer J., 1895, *op. cit.*, p. 108.

<sup>243</sup> André J et al., 1999, *op. cit.*, p. 9.

moi-même », « l'âme [...] se répand toute entière au dehors », « ce tourment uni à une telle gloire me jetait hors de moi », etc.)<sup>244</sup> : la mystique est comme reléguée à la périphérie de son être par cet autrui qui occupe son espace interne. La métaphore du « *Château intérieur* » utilisée par Sainte Thérèse indique, selon Julia Kristeva, que « *la transcendance selon Thérèse se révèle immanente* : le Seigneur n'est pas au-delà, mais en elle ! ». Et si Kristeva évoque « l'oralité dans l'expérience mystique de Sainte Thérèse d'Avila », et notamment « la satisfaction orale de l'eucharistie »<sup>245</sup>, il nous faut ajouter que la *passivité vaginale* trouve ici à se faire une place aux côtés de l'*activité orale* : Dieu pénètre Thérèse comme le lait excite les parois digestives du bébé qui l'avale (nous parlions précédemment, à ce sujet, de la consubstantialité de l'activité et de la passivité au sein de toute dynamique pulsionnelle, voir 1.5.4.). Mais cette pénétration est immatérielle : c'est « l'amour » de Dieu qui la pénètre, et « la suavité causée par ce tourment incomparable [...] n'est pas une souffrance corporelle, elle est *spirituelle*<sup>246</sup> ». L'extase mystique est une *pénétration sans corps* : elle constitue une modalité incorporelle de pénétration passive, et procure par conséquent une jouissance vaginale exempte d'angoisse de pénétration et de culpabilité (*a fortiori* dans le christianisme, où le religieux trouve dans l'identification aux « souffrances » d'un « homme martyrisé »<sup>247</sup> une voie pour expier ses péchés).

Il semble donc que, si l'obsessionnel trouve dans la soumission à Dieu et à des rituels contraignants à sa gloire, un destin sublimatoire à son désir *passif-anal* tourné vers le père (qu'on songe à la phase de piété obsessionnelle de l'« Homme aux loups »<sup>248</sup>), l'hystérique semble trouver dans la passion mystique une voie de satisfaction privilégiée pour son désir *vaginal* pour lui. Peut-être est-ce ce qui poussa Freud à qualifier Sainte Thérèse de « patronne des hystériques »<sup>249</sup> ? L'extase mystique pourrait donc être considérée comme la modalité sublimatoire idéale du fantasme de *pénétration sans corps* que nous avons proposé de postuler, idéale en ceci qu'elle préserve, outre de l'angoisse, de la folie. Le vécu de possession marque justement l'échec du processus sublimatoire qui réussit dans l'extase mystique,

---

<sup>244</sup> Avila T d', 1562-1565, *op. cit.*, pp. 305-309.

<sup>245</sup> Kristeva J. La passion selon Thérèse d'Avila. *Topique* 2006 ; 96(3) : 39-50, pp. 49-50.

<sup>246</sup> C'est aussi le qualificatif « spirituel » qu'utilisent Daniel Paul Schreber (2.4.1.) et notre patiente Carole (2.4.6.1.) ; Dominique (2.4.5.), quant à elle, dit « virtuel » : tous témoignent ainsi de l'incorporité de l'objet pénétrant.

<sup>247</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>248</sup> Freud S., 1918a, *op. cit.*, p. 414.

<sup>249</sup> Freud S., Breuer J., 1895, *op. cit.*, p. 187.

puisque la possession ne prémunit ni contre l'angoisse, ni contre la folie (ni contre la persécution des inquisiteurs).

Freud se confie dès 1897 à son ami Wilhelm Fliess à propos des rapports entre hystérie et vécu de possession :

que dis-tu de l'observation qu'on me fait en disant que ma toute nouvelle version des origines premières de l'hystérie est connue et a été cent fois déjà publiée au cours de plusieurs siècles ? Tu te souviens de m'avoir toujours entendu dire que la théorie médiévale de la possession, soutenue par les tribunaux ecclésiastiques, était identique à notre théorie du corps étranger et de la dissociation du conscient. Mais pourquoi le diable, après avoir pris possession de ses malheureuses victimes a-t-il toujours fornicé avec elles et cela d'horrible façon ?<sup>250</sup>

De notre point de vue, le vécu de possession participe, dans sa forme même, de la fornication, puisqu'il en constitue un équivalent : le « corps étranger », en occupant et en excitant l'espace interne, réalise une pénétration. Par conséquent, nous ne pensons pas qu'il faille s'étonner qu'un tel vécu soit associé à des idées (délirantes) et sensations (hallucinatoires) d'ordre érotique. Mais attardons-nous un peu sur ce constat qu'hystérie et dissociation, depuis les origines de la psychologie, ont toujours été ainsi associées.

### **2.1.5. Hystérie et dissociation : de Pierre Janet au DSM-IV**

Dans un article paru en 1999, Yves Thoret et ses collaborateurs<sup>251</sup> proposent de passer en revue les différentes utilisations que fit Pierre Janet du terme dissociation, et qui désignent « des opérations fort distinctes » :

- la désagrégation constitue l'aspect « bien connu » de la dissociation, « le mécanisme spécifique du processus de dissociation » : il s'agit de « l'opération de rupture des associations qui brise l'unité de la personnalité et met à l'écart une partie du psychisme » ; Janet parle également de scission, de division, ou de dédoublement de la personnalité ;
- la recombinaison réversible correspond à l'un des destins possibles pour les « phénomènes psychiques qui ont été séparés du reste du psychisme par la désagrégation », qui peuvent former une seconde personnalité, indépendante de la première ; on observe alors « une

---

<sup>250</sup> Lettre à Wilhelm Fliess du 17 janvier 1897, in Freud S., 1887-1902, *op. cit.*, p. 165.

<sup>251</sup> Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B. La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911. *Evolution psychiatrique* 1999 ; 64(4) : 749-764.

disjonction de la volonté, une scission entre la volonté et l'intelligence ». Janet (cité par Thoret et al.) considère cette « dissociation des phénomènes psychologiques comme un caractère essentiel de l'hystérie » ;

- l'enfouissement du souvenir traumatique : Janet ouvre ainsi « la voie à une interprétation dynamique de l'hystérie » ;

- la dissociation du symptôme et du souvenir traumatique par l'action du clinicien, manœuvre thérapeutique que nous retrouverons également au cœur de la pratique clinique de Freud dans les années 1890, et notamment dans ses *Etudes sur l'hystérie*<sup>252</sup>.

Les auteurs évoquent justement les usages du terme *dissociation* par Freud, rappelant d'abord qu'il utilisa les termes allemands de *Dissoziation* pour la désagrégation, et de *Spaltung* pour le clivage. Dans les paralysies hystériques, la dissociation « rompt les associations entre une fonction du corps et le reste du psychisme » ; le clivage rend « infranchissable » l'écart qui sépare « cette fonction ou cet objet de tout le reste du psychisme ». Freud « illustre ce clivage par l'exemple des épidémies de possession chez les religieuses qui conduisaient ces saintes femmes à proférer des blasphèmes ou à manifester des provocations érotiques, de caractère désigné alors comme "diabolique" ».

Freud, ajoutent Thoret et al., « insiste sur l'importance de la dissociation et de l'isolement de certains phénomènes psychiques dans les paralysies hystériques » : l'hystérie, bien plus que l'atteinte organique, « peut altérer une fonction, sans modifier les autres qui sont exécutées par le même organe du système nerveux ». On retrouve chez Freud « les quatre fonctions dissociatives » décrites par Janet, « à cela près que l'isolat dissocié n'est pas séparé du reste du psychisme en raison d'un déficit de la fonction de synthèse ou d'une restriction du champ de conscience, mais parce que cet isolat est *investi* très fortement d'une charge affective qui l'entraîne dans des couches de l'appareil psychique échappant à la conscience du sujet » : Freud ne tardera pas à introduire son concept pivot de *refoulement*. Les auteurs notent que « le pas décisif de la découverte de Freud est de considérer la dissociation et le clivage hystérique comme le résultat d'une *auto-suggestion* très importante, liée à la révolte du psychisme contre certains désirs inavouables, incompatibles, inconciliables avec les instances morales et éthiques du sujet ». Bref, comme une défense.

---

<sup>252</sup> Freud S, Breuer J., 1895, *op. cit.*



Katrien Libbrecht note qu'après avoir été l'objet d'un intérêt scientifique majeur jusqu'aux années 1910, l'hystérie, au moment de la première guerre mondiale, fut « rayée des registres » : en-dehors de Janet et Freud, « sa disparition fait l'unanimité ». La psychiatrie (comme d'ailleurs, dans une certaine mesure, la psychanalyse) n'a alors plus d'yeux que pour la toute jeune *schizophrénie* (Eugène Bleuler, 1911), dans laquelle va trouver « refuge » la « folie hystérique »<sup>253</sup>. L'auteur considère même que ce qui est « absorbé par la schizophrénie, c'est non seulement la folie hystérique mais aussi l'hystérie en tant que telle »<sup>254</sup>. Il faudra attendre les années 1960 pour que « le mouvement anti-psychiatrique suscite [...] la généralisation et l'intensification de la critique de la catégorie trop vaste de schizophrénie » : « à partir de 1960, on publie ça et là des articles sur la psychose hystérique, une psychose spécifique censée se distinguer de la schizophrénie par son caractère transitoire et sa curabilité »<sup>255</sup>. Mais la disparition de l'hystérie s'officialisera en 1980 dans la troisième version du *Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux* (DSM-III) ; elle s'accompagnera d'un regain d'intérêt pour la dissociation, non pas celle de Bleuler, mais celle de Janet, et des phénomènes de « dédoublement de la personnalité » qui lui furent si chers ; on les retrouvera sous la dénomination de « trouble de la personnalité multiple » (DSM-III, 1980), puis de « trouble dissociatif de l'identité » (DSM-IV, 1994).

En 1964, deux auteurs anglo-saxons proposent une définition descriptive de la psychose hystérique, qui sera considérée par la suite par bon nombre d'auteurs comme paradigmatique.

Marc H. Hollender et Steven J. Hirsch<sup>256</sup> décrivent un tableau clinique caractérisé par :

- un début brutal ;
- un événement déclencheur (des « circonstances profondément bouleversantes »<sup>257</sup>) ;
- la présence d'hallucinations, d'idées délirantes, de dépersonnalisation et d'un comportement grossièrement perturbé ;
- peu de trouble de l'humeur (ou seulement dans le sens d'une inconstance), peu de trouble de la pensée (ou seulement de façon très transitoire) ;
- une durée brève de l'épisode aigu (une à trois semaines) ;
- une régression brutale de la symptomatologie, sans séquelle, et parfois accompagnée d'une amnésie de l'épisode de crise.

---

<sup>253</sup> Libbrecht K., 1995, *op. cit.*, pp. 129-132.

<sup>254</sup> *Ibid.*, p. 142.

<sup>255</sup> *Ibid.*, p. 173.

<sup>256</sup> Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *American journal of psychiatry* 1964 ; 120(6) : 1066-1074.

<sup>257</sup> Traduit par nous de l'anglais.

Dans un article de 1993, Onno van der Hart et al.<sup>258</sup> notent que le concept de psychose hystérique, après avoir été l'objet d'un intérêt nourri dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, tomba en désuétude au début du XX<sup>ème</sup> : « des patients auparavant considérés comme souffrant de psychose hystérique furent diagnostiqués schizophrènes ou simulateurs ». Ils notent que l'index du DSM-III-R contient l'expression « psychose hystérique », mais renvoie le lecteur soit vers la « psychose réactionnelle brève », soit vers le « trouble factice avec symptômes psychologiques ». Les auteurs rappellent que depuis un siècle, de nombreuses publications se sont intéressées aux origines traumatiques de la psychose hystérique. Par conséquent, ils proposent d'introduire une nouvelle catégorie diagnostique, la « psychose dissociative réactionnelle » (« Reactive Dissociative Psychosis »), intégrant la symptomatologie de la psychose hystérique et les considérations relatives au potentiel d'induction dissociative du traumatisme.

En 1996, Hamdi Tutkun et al.<sup>259</sup> notent qu'il est justifié d'isoler une « psychose hystérique », distincte de la névrose hystérique et de la schizophrénie : entre 1985 et 1995, 5,8% des patients hospitalisés dans un hôpital psychiatrique turc ont reçu le diagnostic de psychose hystérique. Ils proposent de rapporter quatre cas, dont les principaux symptômes consistent en une amnésie, des hallucinations intra-psychiques (« voices inside their heads »), des changements comportementaux et émotionnels inexplicables, et la sensation d'avoir quelqu'un d'autre à l'intérieur d'eux-mêmes (« feeling that there was someone else inside them ») : nous constatons donc, une nouvelle fois, qu'une symptomatologie associée à une occupation étrangère de l'espace interne (une pénétration) est associée au diagnostic de psychose hystérique, sans toutefois que ce lien ne soit explicitement mentionné par les auteurs. Tutkun et al. ajoutent que ces symptômes évoluèrent chez leurs malades pendant de nombreuses années, ce qui nuance le caractère aigu de la « psychose hystérique » telle qu'elle est décrite par Hollender et Hirsch.

L'une de leurs patientes, Gülay, âgée de 20 ans, présente des troubles du comportement et de la conscience, une amnésie, associés à une dissociation de la personnalité : elle s'est mise à se comporter et parler comme un homme, après l'entrée de son frère aîné au service militaire.

---

<sup>258</sup> Hart O (van der), Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of traumatic stress* 1993 ; 6(1): 43-64.

<sup>259</sup> Tutkun H, Yargic LI, Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996 ; 9(4) : 244-252.

Elle dit qu'il y a quelqu'un d'autre, nommé Hülya, à l'intérieur d'elle. Elle a parfois l'impression qu'un autre corps entre dans le sien. Lors d'un entretien, elle se présente comme étant Hülya, dit ne pas reconnaître le thérapeute ; son attitude et sa façon de parler ont changé ; les éléments biographiques qu'elle rapporte sont faux ; elle parle de Gülay comme de sa nièce. Elle présente par la suite sept autres personnalités différentes. On retrouve dans son enfance un environnement familial « chaotique », ainsi qu'une maltraitance ; elle fut même victime d'une tentative de viol à l'âge de treize ans, et d'attouchements de la part de son père.

Halime, femme au foyer de 45 ans, arrive à l'hôpital avec un état amnésique, hallucinatoire, des rires immotivés ; elle parle comme un enfant, frappe sa tête contre les murs. Elle entend des voix à l'intérieur de sa tête, qui lui ordonnent de se tuer, ainsi que son mari et d'autres membres de sa famille. Elle voit son père mort en face d'elle, et se plaint qu'il la contrôle. Elle change brusquement d'attitude et d'état émotionnel. Elle ressent avec effroi qu'il y a des insectes en elle, et tente de s'en débarrasser. Pendant un entretien, elle dit avoir six ans, être dans la maison de sa tante, alors que son oncle fait de « mauvaises choses » sur elle. D'une main, elle déchire ses vêtements, alors que de l'autre elle tente de cacher son corps<sup>260</sup>. L'épisode psychotique se résoudra en six jours ; la malade s'en souviendra seulement partiellement, et évoquera un épisode similaire, d'une durée de deux semaines, survenu sept ans auparavant. Par la suite, la psychothérapie met en évidence vingt et une personnalités distinctes. Les auteurs précisent que la patiente souffre de « flashbacks » d'abus sexuels : des viols perpétrés par son oncle à l'âge de 6 ans (pénétration vaginale), puis par ses frères aînés de 9 à 12 ans (pénétration anale). Deux ans de psychothérapie permirent la « fusion » de ces fragments de personnalités.

Ipek, jeune femme de 21 ans, souffre d'hallucinations auditives qui lui commandent de se blesser, d'agresser les autres, et de s'échapper de chez elle ; elle voit un homme pendu. Durant l'hospitalisation, elle se montre en général déprimée, restant au lit toute la journée et se plaignant d'anhédonie, de faiblesse et de migraines ; puis le soir, elle chante et danse joyeusement, mais ne s'en souvient pas le lendemain. Elle évoque des voix à l'intérieur de sa tête, et a l'impression qu'il y a quelqu'un à l'intérieur de sa tête, qui lui ordonne de se blesser et commente ses actes. Les auteurs détectent trois personnalités alternatives (« alter personalities »), qui ne se souviennent pas les unes des autres. Elles ont le même âge et le

---

<sup>260</sup> On se souvient, évidemment, de la scène similaire décrite par Freud (1908b et 1909a), à propos de la bisexualité dans les fantasmes hystériques (voir 2.1.1.).

même nom, mais leurs perceptions d'elles-mêmes et de leur environnement, leurs anamnèses, leurs relations aux autres différent : il y a « Ipek calme », « Ipek joyeuse » et « Ipek nerveuse ».

Les auteurs remarquent que ces patientes répondent à nombre des critères diagnostiques de « psychose hystérique » tels que définis par Hollender et Hirsch. Ils insistent sur le caractère réactionnel de ces épisodes psychotiques, chez des patientes qui ont toutes subies dans l'enfance des violences manifestes : la psychose hystérique pourrait être le témoin de l'existence d'expériences traumatiques précoces, notamment d'ordre sexuel. Ils discutent les rapports qui unissent la psychose hystérique et le « trouble dissociatif de l'identité », retrouvé à chaque fois chez ces malades : la psychose hystérique serait selon eux la manifestation la plus sévère d'un trouble dissociatif chronique et complexe. Des patients souffrant d'un trouble dissociatif de l'identité décompenseraient de façon transitoire (moins de trois semaines pour la phase aiguë, conformément à Hollender et Hirsch) « après un évènement de vie hautement stressant menant à la lutte pour le contrôle et l'influence entre les personnalités alternatives ». La psychose hystérique pourrait par conséquent être le révélateur d'un trouble dissociatif de l'identité sous-jacent. Pour autant, les auteurs soulignent qu'ils ne considèrent pas simplement la psychose hystérique comme un « épiphénomène » du trouble dissociatif de l'identité : elle constitue selon eux, dans certains cas, une catégorie diagnostique à part entière.

Cette brève revue de la littérature démontre les liens qui unissent, depuis l'origine des travaux psychologiques sur l'hystérie, ce concept clinique avec le phénomène de la dissociation. Janet voyait dans les travaux de Freud et Breuer la confirmation de son hypothèse, selon laquelle le « dédoublement de la personnalité » est le « symptôme principal » de l'hystérie<sup>261</sup> : la dissociation ainsi entendue, c'est-à-dire la tendance (dégénérative selon Janet, défensive selon Freud) du moi à se scinder en deux parties autonomes, serait le propre de l'hystérie. Revenant sur cet aspect de l'hystérie, Jacques André explicite l'articulation entre dissociation et possession :

La *division* interne est, peut-être, ce que l'expérience et les manifestations de la possession font apparaître le plus fortement. C'est au prix d'une telle "division" que les religieuses de Loudun [...] peuvent être simultanément celles qui jouissent par le diable et ce même diable qui les fait jouir jusqu'à l'extase [...]. Division qui peut aller jusqu'à la fragmentation, certaines, habitées de divers démons manifestant des états différents,

---

<sup>261</sup> Janet P., cité par Thoret et al., 1999, art. cit., p. 763.

adoptant des attitudes différentes selon les lieux du corps qu'ils occupent et selon leurs "personnalités" propres.<sup>262</sup>

Jean Garrabé note que « si le refoulement se manifeste de manière particulièrement évidente dans l'hystérie, on peut le considérer comme le mécanisme universel à l'origine de la constitution d'un inconscient séparé du reste du psychisme »<sup>263</sup> : c'est cette dissociation qui, chez Freud, constituera l'essence du psychisme humain, le « sujet divisé » cher à Jacques Lacan. Mais c'est tout de même « la tendance de l'hystérie à la dissociation de la conscience »<sup>264</sup> qui mit Freud sur la voie. Celui-ci n'a d'ailleurs jamais démenti l'appétence particulière de l'hystérique à cette *dissociation* (au refoulement).

Ce lien entre dissociation et hystérie se retrouve, nous venons de le voir, chez des auteurs postérieurs à Freud, et ne se réclamant en aucune façon de la psychanalyse (ceux-ci n'ont toutefois jamais explicité les motifs d'une telle association). Peut-être faut-il voir dans cette articulation la transposition, du somatique vers le psychique, de l'ancestrale théorie médicale de l'hystérie : si les médecins antiques voyaient dans l'autonomisation d'une partie du corps l'origine des troubles hystériques, la jeune science psychologique semble mettre en cause l'autonomisation d'une partie de l'esprit. Ne nous étonnons pas, par conséquent, de constater que cette partie de l'esprit (le désir éjecté) est justement référée à la partie du corps incriminée par les anciens, c'est-à-dire la sphère génitale (ou l'organe utéro-vaginal, disions-nous plus haut) : du point de vue des psychologues, *l'hystérie est la maladie de la dissociation du désir vaginal*. La *dissociation* écarte, chez l'hystérique plus que chez tout autre, le désir féminin ; chez l'hystérique, l'« "animal" étrange qu'elle abrite à l'intérieur d'elle-même et qui la fait agir de si étrange façon »<sup>265</sup> lui est, plus encore que chez toute autre femme, étranger à elle-même. A ce titre, la dissociation est l'artisan de l'ambivalence que nous avons proposé de considérer comme relevant de l'essence de l'hystérie, contre-transférentiellement perçue par l'interlocuteur.

Dans bien des cas, cette scission aboutit à l'hétérogénéisation de parties de soi vécues dès lors comme des corps étrangers occupant illégitimement l'espace interne, soit un vécu de pénétration : le rapport nouveau qui s'instaure entre le moi et cet hôte intérieur est celui d'un

---

<sup>262</sup> André J et al., 1999, *op. cit.*, p. 132.

<sup>263</sup> Garrabé J. La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. *Evolution psychiatrique* 1999 ; 64(4) : 717-726.

<sup>264</sup> Freud S., 1892-1893, *op. cit.*, p. 37.

<sup>265</sup> André J et al., 1999, *op. cit.*, p. 125.

contenant passif à son contenu actif et excitant. C'est ce que donnent à voir les religieuses de Loudun, qui vivent leur désir sexuel inassumable comme un « démon » ayant pris *possession* de leur corps, sous l'effet d'un maléfice jeté par celui qui n'est autre que l'objet même de leur désir (Urbain Grandier, le prêtre séduisant).

La *dissociation*, entendue au sens large d'une mise à distance d'une partie du matériau psychique, prendra diverses formes dans les travaux ultérieurs de Freud, selon le degré de radicalité qu'elle implique : la *Verdrängung* (refoulement) instaure une distance qui toutefois laisse la possibilité d'un retour déformé du matériel écarté (retour du refoulé) et de la formation de compromis, et donc permet la persistance d'une dialectique ; la *Verwerfung* (rejet<sup>266</sup>), en revanche, signe la rupture des liens, puisqu'elle se traduit par l'hétérogénéisation du matériel rejeté, qui n'est plus vécu comme une partie de soi (fût-elle tenue à distance), et qui n'est donc plus seulement ressenti comme étrange, mais comme *étranger*. Dès lors, cette partie éjectée est susceptible d'être vécue comme un autrui intérieur : c'est ce qui différencie le vécu de l'influencé de celui du rêveur éveillé, dans leur rapport respectif au matériel dissocié. Cet autrui est incorporel, mais sa présence n'en est pas moins excitante. Une telle réalisation de la *pénétration sans corps* résout la problématique hystérique d'une façon proprement psychotique, puisqu'elle implique la discontinuité psychique, l'éjection et l'autonomisation de *parties* qui acquièrent arbitrairement le statut de *totalité* (il s'agit là, nous y reviendrons, de la définition d'inspiration gestaltiste que donne Gisela Pankow du terme *dissociation*). Le destin des parties clivées qui consiste en une telle occupation excitante de l'espace interne (une telle *pénétration*) constitue donc, de notre point de vue, l'essence même de la *psychose hystérique*.

Intéressons-nous à présent aux enjeux du recours à une telle notion.

---

<sup>266</sup> La traduction communément admise du terme allemand *Verwerfung* est bien entendu celle de *forclusion* proposée par Lacan. Cependant, nous ne partageons pas le parti pris théorique implicite à ce choix terminologique, celui du postulat de l'irrévocabilité de l'opération (conformément à sa définition juridique). Nous préférons donc *rejet*.

## 2.2. LE CONCEPT DE « PSYCHOSE HYSTÉRIQUE »

*Pas plus que les chauves-souris ne sont des oiseaux parce qu'elles ont des sortes d'ailes, les psychotiques à l'allure hystérique ne sont atteints de "psychose hystérique"*

*La notion de "psychose hystérique" doit être considérée comme un véritable barbarisme*

C'est ainsi que deux éminents auteurs, Paul-Claude Racamier<sup>267</sup> et Jean Bergeret<sup>268</sup>, évacuent sans réserve la notion de psychose hystérique. L'expression « psychose hystérique », hérésie nosographique, ne serait qu'un abus de langage pour désigner tantôt une symptomatologie psychotiforme transitoire (dépersonnalisation, déréalisation, pseudo-délire) au décours de l'évolution d'une névrose hystérique<sup>269</sup>, tantôt un théâtralisme, une labilité, une mise en spectacle, bref, des traits *histrioniques* rencontrés au sein d'un fonctionnement psychotique (les « chauves-souris » de Racamier).

Dans un article paru en 2009, Manuella De Luca<sup>270</sup> retrace brièvement l'histoire de la notion de psychose hystérique. Elle rappelle que si celle-ci n'a été introduite qu'en 1878 par Richard von Krafft-Ebing, celle de « folie hystérique [...] était la notion la plus utilisée et la plus étudiée dans la nosographie française » jusqu'aux années 1880. Mais la « folie hystérique » recouvrait alors « des domaines divers souvent très vastes et mal différenciés ». Pour cet auteur, les nombreuses « théorisations concernant l'hystérie sont la preuve de la richesse clinique de cette entité nosographique mais au-delà de la difficulté à pouvoir la cerner. »

Aujourd'hui, « le concept de psychose hystérique reste marginal » et « source de polémique mettant en doute la pertinence de ce concept » qui « pose la question d'un éventuel continuum entre névrose hystérique et psychose ». De nombreux auteurs ont tenté d'en définir les contours, d'en spécifier les liens avec les manifestations hystériques classiques (symptômes

---

<sup>267</sup> Racamier PC., 1980, *op. cit.*, p. 190.

<sup>268</sup> Bergeret J. *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson et Cie ; 1974, p. 150.

<sup>269</sup> En référence aux travaux de Klaus Conrad, François Sauvagnat et Jean-Claude Maleval défendent l'idée selon laquelle la patiente Renée de Marguerite Sechehaye, célèbre cas de guérison analytique d'une schizophrénie, ne serait autre qu'une hystérique (Sauvagnat F, Maleval JC. Crise d'adolescence ou entrée dans la psychose ? La critique du cas Renée de Sechehaye par H.C Rümke et K. Conrad dans les années 50. *Information psychiatrique* 1991 ; 67(7) : 611-619).

<sup>270</sup> Luca M de. Psychose hystérique, aspects cliniques et historiques. *Perspectives psychiatriques* 2009 ; 48(2) : 149-158.

de conversion, troubles de la conscience) et avec la personnalité hystérique (l'actuelle « personnalité histrionique » des classifications internationales), et en dernier ressort de situer l'essence du qualificatif « *hystérique* », autrement dit le dénominateur commun aux *hystéries*. Manuella De Luca note que la notion de « psychose hystérique » a presque toujours désigné des moments psychotiformes transitoires, caractérisés par un début brutal, et une rémission rapide et totale, sur des personnalités hystériques. Ces épisodes sont décrits tantôt au sein de névroses hystériques, tantôt chez des organisations limite de la personnalité.

De Luca présente une observation de psychotique hystérique. Il s'agit d'une jeune femme de 33 ans ayant été hospitalisée à de nombreuses reprises « dans des contextes de bouffées délirantes aiguës avec troubles de l'humeur ». A chaque fois, la symptomatologie délirante est dominante ; elle mêle les thématiques sexuelle, mystique et persécutive. Lors d'une hospitalisation, suite à une « injection d'anxiolytique », les propos de la patiente « ont pris une connotation sexuelle très importante : l'injection ayant été vécue par elle comme un équivalent de pénétration au sens sexuel du terme ». Dans les jours qui suivent, « elle présentera un épisode de syndrome d'influence : “ça pense dans ma tête, je ne contrôle plus rien” ». Chez cette patiente, le diagnostic de psychose hystérique correspond à « l'émergence d'un délire et d'un sentiment de dépersonnalisation sur une personnalité hystérique », et sur une « structure névrotique hystérique », dans un contexte de « problématique œdipienne » : « dans la psychose hystérique les sujets sont débordés par l'émergence œdipienne ».

En 1995, Katrien Libbrecht a publié une importante revue de la littérature concernant la psychose hystérique : *Hysterical psychosis: a historical survey*. La traduction française du titre (*Les délires de l'hystérique, une approche historique*) suggère un parti pris, dans le débat qui oppose les tenants d'une psychose à proprement parler, à ceux qui défendent la thèse de manifestations pseudo-psychotiques au sein d'une structure hystérique (c'est le cas, nous le verrons, de Jean-Claude Maleval, qui distingue les « délires hystériques » des « délires psychotiques » ; c'est lui qui, justement, a préfacé la traduction française de l'ouvrage de Libbrecht)<sup>271</sup>.

Katrien Libbrecht note que ce qui frappe dans les travaux consacrés à la « psychose hystérique », « c'est l'absence d'un quelconque cadre théorique ». Elle reproche aux auteurs

---

<sup>271</sup> La traductrice, que nous avons contactée, soutient qu'il s'agit d'un choix terminologique délibéré de l'auteur, qui maîtrise suffisamment la langue française pour ne pas avoir choisi cette traduction au hasard.



qui, à partir des années 1960 (Follin, Chazaud et Pilon en 1961, puis surtout Hollender et Hirsch en 1964 et 1969, et tous ceux qui, par la suite, se sont référés à leur description de la « psychose hystérique ») de ne pas aller « au-delà du niveau descriptif », ou de ne pas parvenir « à transmettre davantage que des impressions subjectives à propos des présumées psychoses hystériques »<sup>272</sup>. Ce que nous tentons de proposer ici, c'est justement l'articulation des manifestations d'allure psychotique si souvent qualifiées d'hystériques depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, à des soubassements psychopathologiques déterminés, en lien avec les « impressions subjectives » dont témoignent les cliniciens au contact de ces malades.

Sur la base de nos considérations relatives au caractère transnosographique de la problématique hystérique, nous pensons qu'il est possible d'envisager une modalité psychotique de sa résolution. Henri Ey, nous l'avons dit, définissait les psychoses hystériques comme des *psychoses chroniques non-schizophréniques, organisées autour d'un syndrome d'influence*<sup>273</sup>. Nous reprenons à notre compte cette définition sans rien en modifier.

L'hypothèse que nous défendons, de l'existence d'une modalité psychotique de résolution de la problématique hystérique, est inconciliable avec une approche strictement structuraliste en psychopathologie.

### 2.2.1. Psychose hystérique et structuralisme

*La psychose est un devenir : la psychanalyse peut et doit se tenir à cette affirmation. Rien n'est forclos, tout peut advenir.*

Pierre Sullivan<sup>274</sup>

Face à l'énigme de l'hystérie, au caractère insaisissable de l'essence d'une notion qui pourtant n'a cessé de se rappeler aux cliniciens confrontés à la psychopathologie, certains auteurs ont proposé de délimiter rigoureusement une « structure hystérique » : François Richard rappelle que Jacques Lacan « voit dans la phénoménalité de la symptomatologie hystérique une structure de désir d'insatisfaction, drame existentiel du désir comme tel au-delà de sa signification de stabilisation du conflit oedipien ». Car l'hystérie est d'abord indissociable de

---

<sup>272</sup> Libbrecht K., 1995, *op. cit.*, p. 196.

<sup>273</sup> Ey H., 1948-49, *op. cit.*

<sup>274</sup> Sullivan P. Psychoses. *Psycho media* 2007 ; 12 : 8-13.

la « structure névrotique », donc de l'accès à l'Œdipe, à ses bénéfiques identitaires (d'aucuns diraient, à la fonction structurante du signifiant phallique). L'hystérie serait par essence différenciée de la psychose « puisqu'on n'y trouverait ni forclusion ni troubles de la pensée et du langage »<sup>275</sup>. Dans ces conditions, point de salut pour la psychose hystérique.

A partir de deux vignettes cliniques présentées par des auteurs qui défendent une approche structuraliste de la psychopathologie psychanalytique (Frédéric Davion et Jean-Claude Maleval), nous proposons de tenter de montrer comment la clinique de la psychose hystérique met à mal les repères nosographiques. A ce titre, cette catégorie diagnostique est une formidable occasion de rappeler que c'est à la nosographie à s'adapter à la clinique, et non l'inverse.

#### 2.2.1.1. Elle est psychotique, donc elle n'est pas hystérique

Dans un texte paru en 2004, intitulé *Une femme sous influence*<sup>276</sup>, Frédéric Davion décrit une « psychose qui se développera avec un automatisme mental et un syndrome d'influence ». Voici les éléments cliniques rapportés par l'auteur :

Le trait du cas c'est une forme particulière de délire de persécution [...] organisé par un syndrome d'influence centré dans le transfert sur le thérapeute. [...] Elle en est venue à m'accuser de la pousser à être amoureuse d'un homme et de lui procurer une jouissance insupportable par un travail télépathique et hypnotique. Elle se sent forcée de changer de place, de migrer en un lieu Autre où elle est la proie d'une jouissance insupportable. [...] Elle vient sous le signe de crises d'angoisses et souffre de phobies d'impulsion. [...] Elle a peur de se couper les veines et cache les couteaux chez elle. [...] vers l'âge de 20 ans elle avait été réveillée en pleine nuit par une voix qui lui disait d'aller tuer sa mère à coups de couteau [...] Chaque fois qu'elle rencontre un homme une voix lui dit : "Ca n'est pas lui...". [...] Elle vérifie [...] l'adage populaire qui veut que l'on soit fou quand on est amoureux mais chez elle cette folie est réelle. "J'ai envie de frapper, de cogner, j'ai envie de le tuer, j'ai l'impression que je vais devenir folle, une bouffée de rage" et elle brise, "déchiquette", se maltraite et se frappe. "Je voudrais casser une assiette, le tuer avec un morceau et me planter l'autre morceau dans la gorge." [...] Quand elle ne se maltraite pas, elle décroche son téléphone et insulte cet homme. [...] Elle rapporte aussi un autre événement qui l'a plongée dans un état de perplexité et de sidération pendant plusieurs jours. Un gosse de 12 ans lui avait mis la main aux fesses. Après cette "caresse" – c'est son terme – elle est restée sans rien pouvoir dire et s'est mise à pleurer. Alors qu'elle n'était pas provocante, elle a interprété cette manifestation du désir de l'autre sur le mode traumatique du viol "quand on a un désir, on est puni par la vie". [...] elle lit dans "le brillant" des yeux d'un homme une manifestation de ce désir de l'Autre. Il existe

---

<sup>275</sup> Richard F., in André J et al., 1999, *op. cit.*, pp. 97-98.

<sup>276</sup> Davion F. Une femme sous influence *Journal français de psychiatrie* 2004 ; 22(2) : 57-60. Le titre est-il une référence au film de John Cassavetes sorti en 1974, et qui dépeint l'univers d'une femme psychotique ?

une dimension érotomaniaque nette. Ce n'est pas elle qui a commencé, il n'avait pas à la regarder comme ça, "ça a fait des étincelles en moi" [...] La pulsion sexuelle l'influence, la pousse vers les hommes [...] Après plusieurs années d'entretiens il s'est opéré dans le transfert une bascule de son interprétation délirante. Bascule de l'érotomanie à la persécution. À partir de ce moment-là je voudrais la pousser vers un homme, je le lui dirais quand elle est chez elle. Je l'hypnotiserais durant les entretiens, je la manipulerais à distance. Elle est devenue la proie de jouissances sexuelles insupportables dont je serais l'agent par un travail télépathique et dont elle ne pourrait pas se protéger. Je l'obligerais à se masturber, je lui procurerais à distance des mouvements de va-et-vient dans le vagin, etc.

L'auteur s'interroge sur la structure :

je me suis longtemps posé la question d'une forme de pseudo-délire hystérique, d'une structuration boiteuse de son fantasme. Maintenant je dirais, même si de nombreuses questions subsistent, qu'elle souffre d'une psychose. Ce travail illustre les difficultés que nous pouvons être amenés à rencontrer lors d'un épisode délirant. La nécessaire distinction (recherche systématique de phénomènes élémentaires, d'une xénopathie, d'éléments évoquant la mort du sujet) entre un pseudo-délire névrotique et un moment fécond d'une psychose ne peut pas toujours être opérée rapidement. C'est à l'issue d'un long travail d'entretiens en face-à-face que cela a pu se préciser dans le transfert et c'est ce que je voudrais essayer d'explicitier.

Frédéric Davion s'impose de « décider de la structure » de sa patiente :

Ce qui pouvait au début de sa démarche s'entendre comme un refus hystérique de venir occuper une place d'objet dans le désir d'un homme, refus d'une bascule vers une position féminine<sup>277</sup> s'est révélé être une interprétation délirante.

Plutôt que de comprendre le délire comme une réponse, une *solution* apportée à une problématique hystérique, Davion est contraint de trancher : c'est l'un *ou* l'autre, l'hystérie *ou* la psychose. « L'hallucination » de sa malade « signe [sa] psychose ». Par conséquent, toutes ses manifestations psychiques doivent être décryptées à travers le prisme de la psychose. Ainsi, lorsqu'il constate que « chaque fois qu'elle est amoureuse cela la rend malade », et qu'alors « elle se maltraite et se frappe », l'auteur y voit « une manifestation exemplaire de son impossibilité de faire jouer le symbole phallique de par la forclusion du Nom-du-Père » :

---

<sup>277</sup> Dans une approche qui ne conçoit aucun désir féminin qui ne soit un pis-aller du désir phallique, produit du complexe de castration (l'« envie du pénis »), il n'y a pas de sujet féminin, et la « position féminine » se résume à une « place d'objet dans le désir d'un homme ». Lacan ne considère-t-il pas que « la femme n'existe pas » (1972-1973, *op. cit.*) ? Au contraire, le sujet du « désir vaginal » que nous défendons est à une place proprement féminine (fût-il homme, d'ailleurs).

Ma première approche avait été de lire ce qui se présente comme un retournement pulsionnel masochiste, soit une façon de venir introduire une limite, ne serait-ce que par rapport à un acte homicide. Mais il semblerait qu'il s'agisse plutôt de chercher à introduire une castration réelle dans son propre corps.

L'auteur est confronté au caractère binaire de son approche : la « forclusion du Nom-du-Père » est une opération sans nuance. Par là même, il ne peut concevoir qu'une problématique hystérique puisse trouver à se déployer dans la registre psychotique. Ainsi, il nous semble qu'il se prive d'une compréhension du délire d'influence telle qu'elle apparaît à la lumière du phénomène hystérique.

Ce qui est apparu « insupportable » à la malade, ce qui a favorisé la « bascule de l'érotomanie à la persécution », et qui a conduit la malade « à interrompre le traitement », c'est peut-être entre autres choses le refus du clinicien de reconnaître qu'il était *lui* l'objet de son désir à elle (quoique ce désir fût nié et projeté dans la réalité). Pourtant, lorsque la malade accuse son thérapeute « de la pousser à être amoureuse d'un homme et de lui procurer une jouissance insupportable par un travail télépathique ou hypnotique », c'est bien d'un tel désir dont il est question, fût-il vécu comme une menace et éjecté. Lorsqu'elle lui dit que « quand on a un désir, on est puni par la vie » c'est bien de son désir à elle dont elle parle (avec d'ailleurs une lucidité remarquable, puisqu'elle traduit alors la ré-appropriation du désir éjecté), et non du « désir de l'autre » voire « de l'Autre ».

Il nous semble que chez cette malade, le syndrome d'influence accompagné d'une jouissance peut être compris (de la même façon que chez Schreber, nous le verrons) comme la réalisation d'un *fantasme de pénétration sans corps* ; le délire constituerait donc ici une solution psychotique à l'irruption du désir d'être pénétrée (par le père, ou son substitut transférentiel). La patiente est pénétrée en pensée (comme en témoignent les phénomènes télépathiques et hypnotiques qu'elle rapporte). Elle craint (donc désire) de pénétrer l'autre et de se pénétrer elle-même : « elle a peur de se couper les veines » ; une voix lui a dit à 20 ans « d'aller tuer sa mère à coups de couteau » ; lorsqu'elle tombe amoureuse d'un homme, elle voudrait « casser une assiette, le tuer avec un morceau et [se] planter l'autre morceau dans la gorge ». Ainsi, lorsque la malade ressent le désir d'être pénétrée, tantôt elle l'éjecte et il trouve à se réaliser dans le délire, tantôt elle renverse la passivité en activité, et le désir de pénétrer se traduit dans des fantasmes hétéro-agressifs (l'auto-agressivité pouvant être mise au compte d'un retournement contre la personne propre) qui figurent de façon à peine voilée la pénétration.

On retrouve donc chez cette malade une organisation hystérique du désir, qui trouve cependant un destin psychotique.

Davion interprète ainsi le « Ca n'est pas lui... » prononcé par la voix lorsque sa patiente « rencontre un homme » :

Nous y entendons le renversement grammatical du verbe : “ça n'est pas lui... que j'aime” en “je le hais”, propre au délire de persécution et le renversement portant sur le sujet “il m'aime” dans ce qui sera son virage érotomaniaque.

L'hypothèse du « renversement grammatical du verbe » proposée par Davion apparaît fragile : dans la phrase « ça n'est pas lui... que j'aime », l'accent n'est pas mis sur le verbe (comme dans « je ne l'aime pas » par exemple), mais sur son objet : « lui ». D'ailleurs, le « que j'aime » n'est même pas évoqué par les voix de la malade, il est seulement inféré par l'auteur. Par conséquent, nous ferions plutôt l'hypothèse que ce « Ca n'est pas lui... » signifie « Ca n'est pas lui que j'aime, ça n'est pas lui l'objet initial de mon désir, mais un autre, mon père, mon thérapeute ». Les relations aux hommes sont des répétitions d'un lien au père, mais ce lien dysfonctionne et aucun désir ne peut être assumé, ni pour lui ni pour aucun autre, et tout désir suscite chez la patiente « une bouffée de rage » qui la rend « folle ». D'ailleurs, on a vu comment, dans le transfert, son désir pour le thérapeute la fait délirer. On constate donc qu'ici l'imgo paternelle, si elle ne joue pas de façon satisfaisante le rôle de tiers différenciateur, occupe cependant la place du prototype du porteur de pénis, de l'ustensile susceptible de pénétrer, et donc de faire jouir.

#### 2.2.1.2. Elle est hystérique, donc elle n'est pas psychotique

Si Frédéric Davion considère que sa patiente n'est pas hystérique *puisque* elle est psychotique, un autre auteur lacanien, Jean-Claude Maleval, prétend, corrélativement, qu'une malade n'est pas psychotique *puisque* elle est hystérique, et illustre à son tour quelles contorsions le structuralisme en psychopathologie impose à la pensée.

Dans un texte intitulé *Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié*, Jean-Claude Maleval<sup>278</sup> soutient qu'un « délire hystérique [n'est] pas régi par les mêmes mécanismes qu'un délire psychotique ». L'hypothèse ainsi sous-entendue, celle de l'existence d'un délire non-psychotique, ne nous convient pas, puisque nous pensons qu'un délire est la traduction d'opérations psychiques proprement psychotiques : le recours à des défenses anti-confliktuelles (Paul-Claude Racamier), qui impliquent la « dissociation de l'image du corps » (Gisela Pankow), c'est-à-dire la transgression des rapports du tout à ses parties. C'est pourquoi, écrit Henri Ey, « c'est le terme de *Psychose* qui exprime la réalité clinique du Délire »<sup>279</sup>. Mais Maleval, on va le voir, se refuse à considérer une configuration hystérique comme psychotique, fût-elle délirante.

Maria est une jeune femme de 24 ans qui étudie la philosophie et « travaille comme surveillante dans un CES » :

elle vit sur le divan, pendant des séances bien souvent entièrement silencieuses, des épisodes de régression en lesquels elle redevient “un tout petit bébé” ; elle connaît des moments d'extase fœtale, elle a des “visions”, elle crie, elle sanglote, elle est secouée de spasmes, elle craint que je ne la tue, elle dit vouloir me tuer, elle éprouve le sentiment, lors d'une séance silencieuse, que je l'ai engrossée

L'auteur est enclin « à penser qu'il s'agit de ce que l'on pourrait nommer une “grande” hystérique, la schizophrénie [lui] paraissant exclue ». L'usage du qualificatif pour le moins flou de « grande » assorti de guillemets, et suivi d'une remarque (presque une dénégation) sur la schizophrénie, trahit le malaise qu'impose ce matériel clinique à la grille de lecture de Jean-Claude Maleval, dont l'article consiste à faire entrer aux forceps les manifestations psychotiques de sa patiente dans un cadre névrotique (*puisque* hystérique). Maleval avait anticipé la critique :

Certes, l'imprécision du concept de grande hystérie, dans la situation actuelle de la nosographie psychanalytique, peut à juste titre conduire certains à le récuser ; aussi, pour le moment, demanderai-je seulement que l'on m'accorde que la pathologie de Maria révèle une structure hystérique<sup>280</sup>

---

<sup>278</sup> Maleval JC. Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié. *Evolution psychiatrique* 1978a ; 43(4) : 691-739.

<sup>279</sup> Ey H., 1973, *op. cit.*, p. 742.

<sup>280</sup> Maleval JC., 1978a, *art. cit.*, pp. 691-692.

L'auteur insiste sur la distinction entre le « délire hystérique » de sa patiente, et la schizophrénie : « La projection délirante des folies hystériques est à différencier du mécanisme qui suscite le délire des psychoses dissociatives »<sup>281</sup>. Qu'en est-il des psychoses délirantes, non-dissociatives, dans lesquelles justement nous situons la psychose hystérique ? La « conception de la psychose déterminée par la forclusion du Nom-du-Père » est-elle seulement à même de distinguer les psychoses schizophréniques et non-schizophréniques ? Il semble que non, comme en témoigne ce raisonnement tenu par l'auteur : « S'il s'était agi de psychose dissociative, c'est-à-dire s'il y avait eu forclusion, [...] ». Par suite, Maleval s'affaire à montrer (à raison) que sa patiente n'est pas schizophrène, pour en déduire (à tort) qu'elle n'est pas psychotique.

Pour étayer un tel raisonnement, Maleval joue sur la polysémie du terme *dissociation*. Il avoue l'utiliser dans un sens bien différent de « Freud, Janet, Prince, Bleuler ou Pankow »<sup>282</sup> : elle traduit pour lui « l'irréductibilité du sens du délire à la conscience du sujet ». Pourtant, c'est bien la « schizophrénie » que Maleval cherche d'emblée à exclure ; c'est donc bien à la dissociation *bleulerienne* qu'il se réfère. Cette ambiguïté quant à la définition donnée à la dissociation, concept-pivot du texte, permet à l'auteur de parvenir abusivement à confirmer son hypothèse : il démontre que sa patiente ne souffre pas de dissociation au sens *bleulerien* (c'est-à-dire qu'elle n'est pas schizophrène), et en déduit implicitement qu'elle ne souffre pas de dissociation au sens très personnel qu'il en donne (donc qu'elle n'est pas psychotique). Ce tour de passe-passe rhétorique lui permet d'évacuer de son champ de réflexion la notion de psychose non-dissociative, c'est-à-dire *non-schizophrénique*<sup>283</sup>. Or c'est précisément dans cette aire nosographique que nous pensons que se situe la psychose hystérique, théâtre des délires hystériques.

L'auteur montre comment certains détails de la thématique délirante de sa patiente traduisent de façon symbolique, métaphorique, des éléments de son histoire. Il prétend qu'« il est exceptionnel qu'un délire psychotique puisse donner une telle impression de compréhensibilité »<sup>284</sup>. Pourtant, Freud n'a-t-il pas fondé sa conception de la psychose

---

<sup>281</sup> *Ibid.*, p. 699.

<sup>282</sup> *Ibid.*, p. 709.

<sup>283</sup> L'auteur n'en fait pas non plus mention dans *Schizophrénie et folie hystérique* (Maleval JC. Schizophrénie et folie hystérique. *Information psychiatrique* 1978b ; 54(7) : 743-765). La thèse défendue dans ce texte est la même que dans *Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié* (Maleval, 1978a, art. cit.) : elle tient grossièrement en ceci que, aussi folles que soient les manifestations hystériques, elles n'en demeurent pas moins hors du champ de la psychose (sans quoi, évidemment, le monument structuraliste s'effondre).

<sup>284</sup> Maleval JC., 1978a, art. cit., p. 702.

précisément sur l'interprétabilité du délire de Schreber au regard de son histoire (et notamment de ses relations familiales)? N'a-t-il pas écrit que le délire « doit sa force convaincante à la part de vérité historique qu'il met à la place de la réalité repoussée »<sup>285</sup> ? Jean-Claude Maleval constate que la patiente elle-même se montre capable de donner du sens à sa thématique délirante, lorsqu'elle y revient à distance. Cela lui confirme qu'elle n'est pas psychotique :

Toutes ces données relatives à la capacité de Maria de saisir le sens caché de son délire me paraissent suffisantes pour que l'on ne parle plus de "psychose hystérique" à cet égard : les éléments constitutifs de la projection délirante ne sont pas forclos, ce sont des signifiants refoulés qui font retour dans la réalité<sup>286</sup>

A nouveau, force est de constater que le structuralisme en psychopathologie, qui repose sur la notion de « forclusion du Nom-du-Père », donne lieu à des développements surprenants : Jean-Claude Maleval considère que, si sa patiente est capable de se réapproprier ce qu'elle avait projeté, c'est que ce n'était pas forclos ; elle n'est donc pas psychotique. Le terme de forclusion, introduit en psychanalyse par Lacan, est issu du vocabulaire juridique ; il souligne le caractère binaire (soit le signifiant Nom-du-Père est forclos, soit il ne l'est pas) et irrévocable de l'opération ainsi désignée. Par conséquent, si l'on peut repérer un indice de non-forclusion, c'est qu'il n'y a pas de forclusion chez le sujet, et qu'il n'y en a jamais eu. D'où l'on en déduit que toutes ses manifestations psychiques jusque-là constatées doivent pouvoir être ramenées à une problématique névrotique, et ce jusqu'à l'absurde : si le patient délire ou qu'il a déliré, ce n'est pas parce qu'il est psychotique, mais parce son hystérie est particulièrement « grande ». Maleval en est donc fatalement conduit à postuler l'existence d'une projection délirante non-psychotique. Quelle est la pertinence d'une telle conception, si ce n'est de ne pas démentir la théorie de la psychose qui s'y était basée sur la « forclusion du Nom-du-Père » ? Considérer que ces « signifiants » ont été « refoulés », alors même qu'on constate qu'ils « font retour dans la réalité », et postuler par là même l'existence d'un « refoulement psychotique »<sup>287</sup> a-t-il un sens ? Il nous semble que l'adjectif *psychotique* qualifie, précisément, le recours à des modalités défensives qui consistent à exclure hors de la réalité psychique plutôt que dans l'inconscient, à cliver, dénier, rejeter plutôt qu'à refouler, à décréter

---

<sup>285</sup> Freud S. (1937b) Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes 1921-1938*. Paris : PUF ; 1985, 269-281, p. 280. Nous rejoignons ici François Richard qui, commentant les considérations de Jean-Claude Maleval, s'interroge : « Le délire du Président Schreber n'est-il pas plein de significations ? » (in André J et al., 1999, *op. cit.*, note 1 p. 110).

<sup>286</sup> *Ibid.*, p. 708.

<sup>287</sup> *Ibid.*, p. 712.



qu'un élément interne n'est plus une partie de soi, mais une entité autonome, une totalité. Pour étayer de telles considérations relatives au refoulement, Maleval s'appuie notamment sur une citation de Freud datant de 1896 (issue des *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*<sup>288</sup>) à une époque où le terme de *refoulement* est encore synonyme de *défense* au sens large : dans la « paranoïa » dit Freud, « le reproche est refoulé sur une voie qu'on peut désigner comme projection »<sup>289</sup>. Tirer d'une telle citation des déductions sur le mécanisme de refoulement tient du déni, celui de l'évolution de la pensée de Freud (et notamment de l'utilisation qu'il fait du terme de *refoulement*) entre les années 1890 et sa mort, une quarantaine d'années plus tard.

Lorsque Maria se confie à une amie au sujet du « contre-transfert trop positif » de son analyste, celle-ci lui explique qu'elle fantasme. Maria, « bien qu'elle ne soit pas encore prête à l'accepter [...] conçoit que son idée actuelle puisse posséder un sens différent ». Jean-Claude Maleval remarque que « s'il s'agissait d'une psychotique, elle adhérerait à son sentiment sans que l'existence d'une "Autre scène" puisse s'évoquer. ». A nouveau, on est confronté au caractère binaire de la conception structuraliste de la psychose, intrinsèque au concept de « forclusion du Nom-du-Père » : le psychotique n'est que psychotique, et tout en lui n'est que psychose. A cette conception rigide, nous préférons, une fois de plus, celle de Gisela Pankow, qui file la métaphore géologique du moi initiée par Freud : la psychose se caractérise par des failles, c'est-à-dire des lignes de clivage, qui séparent la personnalité en « îlots de terre ferme », dont chacun, individuellement, peut être régi par un fonctionnement propre. Des « débris » oedipiens peuvent ainsi subsister dans un fonctionnement psychotique, ou des « îlots » pervers, mélancoliques, hystériques, etc., être repérés chez un schizophrène. Cette approche nous semble infiniment plus à même que la dichotomie proposée par Lacan de rendre compte de la complexité de la clinique des psychoses.

Mais Maleval semble considérer la nosographie psychiatrique comme une taxinomie indépendante des considérations psychanalytiques. Lorsque ses hypothèses sont en désaccord flagrant avec la nosographie (comme lorsqu'il défend l'idée d'une structure névrotique en proie au délire), il insiste sur cette indépendance : il distingue la psychose « au sens

---

<sup>288</sup> Freud S. (1896) *Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense*, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 61-81.

<sup>289</sup> Freud S., cité par Maleval JC., 1978a, art. cit., p. 732.

psychiatrique du terme »<sup>290</sup> de la structure psychotique, souligne que « les variétés des tableaux psychiatriques ne recourent guère les différences structurales »<sup>291</sup>, et précise que « la distinction nosologique [qu'il] propose au sein des états délirants, fondée sur des concepts psychanalytiques, ne recouvre pas celle de la psychiatrie »<sup>292</sup>. N'est-ce pas là l'aveu de la faiblesse des considérations structuralistes en psychopathologie ? Car on est en droit d'attendre des théorisations psychanalytiques qu'elles éclairent les manifestations qu'offre la clinique psychiatrique. C'est d'ailleurs des tableaux psychiatriques que part Freud pour dégager des distinctions significatives dont il cherche ensuite à déterminer la pathogénie, comme lorsqu'il confronte en 1911 la paranoïa et la toute jeune « schizophrénie » : « nous espérons par la suite trouver d'autres points de repère nous permettant de rapporter les différences existant entre les deux affections, quant à la forme et à l'évolution, à des différences correspondantes entre les fixations prédisposantes »<sup>293</sup>. Freud plaide donc en faveur d'un lien étroit entre formes cliniques et mécanismes pathogènes. Maleval assume d'ailleurs cette prise de distance avec Freud, dans la Préface à la traduction française du livre de Katrien Libbrecht, *Les délires de l'hystérique, une approche historique* :

Freud fit siennes la plupart des catégories nosologiques de son temps [...]. Nous ne partageons plus son opinion qui s'orientait à cet égard vers une sorte d'harmonie préétablie. La psychanalyse, écrivait-il en 1915, est à la psychiatrie "ce que l'histologie est à l'anatomie : l'une étudie les formes extérieures des organes, l'autre les tissus et les cellules dont ces organes sont faits. Une contradiction entre ces deux ordres d'études dont l'une continue l'autre, est inconcevable". Lacan fait preuve de plus de réserve à l'égard de l'héritage de la clinique classique qui échoit aux psychanalystes.<sup>294</sup>

Maleval revient largement sur l'article de Victor Tausk intitulé « De la genèse de "l'appareil à influencer" au cours de la schizophrénie »<sup>295</sup>. Nous nous félicitons qu'il y repère une hystérie (comme nous le ferons d'ailleurs nous-mêmes, voir 2.4.2.), mais nous regrettons qu'il en infère une structure névrotique chez cette patiente, déduction en totale contradiction avec le matériel clinique attesté par Victor Tausk.

---

<sup>290</sup> *Ibid.*, note 8 p. 698.

<sup>291</sup> *Ibid.*, note 25 p. 721.

<sup>292</sup> *Ibid.*, p. 732.

<sup>293</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*, p. 308.

<sup>294</sup> Malveal JC., in Libbrecht K., 1995, *op. cit.*, p. X.

<sup>295</sup> Tausk V. (1919) De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *La psychanalyse* 1958 ; 4 : 227-265.

Comme chez Natalia, le « délire hystérique » de Maria, la malade de Maleval, prend principalement la forme d'un « délire d'influence », bien qu'il « ne se manifeste qu'à l'état d'ébauche »<sup>296</sup> chez elle. La patiente tient des propos délirants à propos de l'analyste : « J'avais peur de vous, Maleval, c'était le mal, le Diable, un vampire... »<sup>297</sup>. Le « délire de possession démoniaque » qu'elle développera plus tard nous semble pouvoir être compris, conformément à notre hypothèse, comme la réalisation *incorporelle* du désir de la patiente d'être pénétrée par l'analyste : le « mal », auquel elle identifie Maleval, l'habite. D'ailleurs, nous rejoignons Maleval lorsqu'il écrit que « les couvents » furent « la terre d'élection des possédées » : le délire de possession (comme d'ailleurs sa proche parente, l'extase mystique, dont on a déjà parlé), modalité du délire d'influence, peut être compris comme un substitut coïtal, une pénétration incorporelle, lorsque toute pénétration *physique* est exclue (la vie au couvent prive de, ou prémunit contre, la pénétration sexuelle).

Ce débat théorique a-t-il le moindre intérêt clinique ? Il nous semble qu'il est fondamental de différencier la névrose et la psychose d'une part, les psychoses schizophréniques et non-schizophréniques d'autre part, et que ces différenciations doivent s'appliquer aux manifestations morbides aussi bien qu'à leurs soubassements métapsychologiques. Cette grille de lecture nous paraît déterminante pour la posture thérapeutique. Gisela Pankow considère par exemple que « l'approche économique du métabolisme de la libido dans la névrose cède la place au dynamisme de la sécurisation »<sup>298</sup> des limites du corps dans les pathologies non-névrotiques. Maleval semble d'ailleurs partager ce point de vue, lorsqu'il écrit :

Être en mesure d'opérer une distinction entre délire psychotique et délirium hystérique est d'une importance décisive, non seulement pour un traitement psychiatrique, mais tout autant pour la conduite d'une cure psychanalytique. Or qui soutiendra que la psychanalyse puisse avoir le même mode d'intervention à l'égard d'un phénomène, le délire, qui est une tentative de guérison [...], et à l'égard d'un autre trouble, le délirium, dont le sujet cherche à se défaire, dont l'instabilité est la règle, qui ne possède pas de finalité interne, et qui reste partiellement analysable ?<sup>299</sup>

C'est parce que nous partageons pleinement ce point de vue qu'il nous apparaît crucial de défendre le caractère psychotique des « folies hystériques ». Prendre en charge une patiente

---

<sup>296</sup> Maleval JC., 1978a, art. cit., p. 724.

<sup>297</sup> *Ibid.*, p. 703.

<sup>298</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 143.

<sup>299</sup> Maleval JC., in Libbrecht K., 1995, *op. cit.*, p. XV.

psychotique comme une hystérique névrotique est une erreur de premier ordre. La position dogmatique de Maleval, qui nie la psychose de Maria, l'amène notamment à lui imposer un cadre conçu pour la névrose : il refuse de la recevoir « en face à face » (il n'y consent que « provisoirement »<sup>300</sup>), malgré la demande de la patiente.

L'effort de Maleval pour démontrer l'existence du « mécanisme de la projection délirante dans l'hystérie »<sup>301</sup> nous intéresse au plus haut point, puisque nous défendons ici l'existence d'une résolution psychotique de la problématique hystérique. Notre propos se sépare de celui de l'auteur dès lors qu'il nie, comme il le fait farouchement tout au long de ses travaux consacrés aux « délires hystériques », envers et contre la réalité clinique, la dimension psychotique d'un tel mécanisme.

Le structuralisme lacanien impose de considérer comme *psychotique* un psychisme de façon entière et immuable. A cette conception *idéale*, nous préférons celle qui consiste à qualifier de *psychotique* une économie psychique chez un individu pris dans un contexte singulier et mouvant. Ce n'est plus un individu qui est *psychotique*, mais un processus, un mécanisme, une configuration psychique. Evidemment, cela implique de pouvoir concevoir un certain degré d'inter-pénétrabilité entre les grandes modalités d'organisation psychique, et de ne plus considérer la « forclusion du Nom-du-Père » comme pathognomonique de la psychose.

Henri Ey, citant les travaux de John Leuba (1937) et Jean Picard (1937), évoque « la continuité structurale de certains aspects hystériques qui jettent un pont entre névrose et psychose »<sup>302</sup>. De notre point de vue, l'essence de l'hystérie, que nous avons proposé de situer dans l'ambivalence à l'égard du dynamisme *vaginal*, transcende la diversité symptomatique aussi bien que la dichotomie traditionnelle névrose/psychose. L'intérêt porté à la notion de psychose hystérique constitue donc, par essence, une formidable ouverture vers un champ de recherche encore insuffisamment traité dans la littérature, celui des formes *tronquées* de l'Œdipe dans l'en-deçà de la névrose. Il nous semblerait par exemple intéressant de considérer, comme on l'a évoqué brièvement, une imago paternelle qui échoue dans sa position de tiers différenciateur (différence des êtres), mais conserve, de façon évidemment bancale, une valeur phallique (différence des sexes) : la psychose hystérique donne ainsi à

---

<sup>300</sup> Maleval JC., 1978a, art. cit., p. 701.

<sup>301</sup> *Ibid.*, p. 735.

<sup>302</sup> Ey H., 1948-1949, *op. cit.*, p. 29.

voir une figure porteuse du pénis, prototype du contenu excitant, susceptible de pénétrer, de faire jouir par la pénétration, et pourtant incapable de garantir une identité limitée, différenciée, autrement que dans une dialectique du contenant pénétré au contenu pénétrant (notons qu'ainsi, le syndrome d'influence pourrait traduire le recours à une défense anti-schizoïde). Nous rejoignons ici les considérations de Sven Follin, mais aussi de Gisela Pankow, à propos du « père faible »<sup>303</sup> dans les familles de psychotiques hystériques. Les théorisations de cette dernière, sur lesquelles nous allons à présent nous attarder, restituent de notre point de vue tout son dynamisme (et pour tout dire, sa vie) à la nosographie psychanalytique. Son approche, salvatrice de ce point de vue, légitime à elle seule le recours au concept de psychose hystérique.

## 2.2.2. La psychose hystérique dans la pensée de Gisela Pankow

### 2.2.2.1. Une approche originale de la psychose

*dans la psychothérapie psychanalytique des psychoses,  
“le métabolisme des symboles” et “le jeu du signifiant” –  
qui flotte quelque part perdu et “en attente” – ne  
suffisent pas comme références. Mais qui donc s’en  
soucie ?*

Gisela Pankow<sup>304</sup>

Il ne semble pas possible de proposer un résumé qui condenserait de façon structurée, limpide et satisfaisante la pensée de Gisela Pankow : peut-être doit-on y voir le signe de l'ouverture de son approche, qui ne se laisse pas mettre en boîte. Cela ne peut cependant pas être mis sur le compte de son abondante littérature : elle a relativement peu publié, eu égard à la place qu'elle occupe dans l'histoire du traitement psychanalytique des psychoses. En outre, ses quelques ouvrages font la part belle à la clinique, pour la plus grande satisfaction du lecteur, qui voit se dérouler sous ses yeux la dynamique d'une rencontre, d'une séance, parfois d'une cure toute entière, dans le style vivant qui caractérise ses illustrations cliniques ; elle puise aussi volontiers son inspiration dans les œuvres littéraires dont elle a rédigé de nombreuses critiques. C'est pourquoi, comme le note Robert Pelsser, « Pankow apparaît avant tout comme

---

<sup>303</sup> Follin S. (1988) La notion de psychose hystérique et la théorie générale des psychoses, in *Vivre en délirant*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo ; 1992, 319-331.

<sup>304</sup> Pankow G. (1987) *L'être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*. Paris : Flammarion ; 2006, pp. 156-157.

une clinicienne profondément engagée dans “l’empoignade quotidienne” et la “descente aux enfers” avec les patients psychotiques, de sorte qu’il ne lui est pas toujours loisible de présenter sa pensée de façon systématisée »<sup>305</sup>. Si bien que les quelques pages d’introduction de ses ouvrages contiennent, à elles seules, l’essentiel de ses considérations théoriques, qu’elle ne fera souvent, au travers de ses écrits, que paraphraser, reprenant parfois les quelques mêmes aphorismes, sans rien en changer, au point que l’on est parfois frustré qu’elle ne reformule pas son propos.

On peut, certes, pour résumer sa pensée, citer quelques unes des notions qu’elle introduit et utilise sans cesse : structuration dynamique, image du corps, greffe de transfert, phantasmes structurants, en sont les principales. Mais l’on serait bien en peine d’en donner une définition aboutie. Dans la Préface de *L’homme et sa psychose*, Jean Laplanche évoque cet aspect de l’écriture *pankowienn*e : « on aimerait, sans lui demander de stériliser la source vitale de son expérience, trouver dans le volume technique qu’elle prépare avec des collaborateurs<sup>306</sup> une réponse plus décisive concernant des distinctions et des oppositions qui soutiennent son discours ». Il s’interroge par exemple sur la notion de « structure » qui, sous la plume de Pankow, « tantôt paraît se rapprocher de la *Gestalt*, tantôt semble ne se concevoir qu’à partir d’un réseau de relations interhumaines et, plus précisément, à partir de ce qui, dans ces relations, constitue une “loi” »<sup>307</sup>.

Enfin, le lecteur de Pankow ne peut manquer de s’interroger sur les liens qui unissent sa pensée à celle de Jacques Lacan, avec laquelle elle semble entretenir des rapports ambigus : « il est clair », écrit Robert Pelsser, « qu’il existe des correspondances et des divergences »<sup>308</sup> entre leurs deux approches. Car même si Pankow se montre très critique à l’égard du lacanisme (« Attendre pendant de longues années la venue du “Signifiant” qui “flotte”, désincarné, on ne sait où, n’a aucune efficacité propre »<sup>309</sup>), elle est marquée par la pensée et le vocabulaire de celui par qui elle a été *contrôlée* dans les années 1950, et dont elle a suivi les séminaires. Marie-Lise Lacas note que « s’il y a entre G. Pankow et J. Lacan une certaine communauté quant aux sources, une divergence fondamentale les oppose quant à la

---

<sup>305</sup> Pelsser R. Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. *Santé mentale au Québec* 1984 ; 9(1) : 80-96, p. 80.

<sup>306</sup> A quel « volume technique » Laplanche fait-il référence ? A-t-il finalement paru ?

<sup>307</sup> Laplanche J., in Pankow G. (1969) *L’homme et sa psychose*. Paris : Flammarion ; 2003, p. XI-XII.

<sup>308</sup> Pelsser R., 1984, art. cit., note 1 p. 81.

<sup>309</sup> Pankow G., 1987, *op. cit.*, p. 151.

conception des rapports signifiant/signifié, Gisela refusant les soi-disant pouvoirs d'un signifiant, arbitrairement coupé des origines et de la fonction du signe »<sup>310</sup>.

Ce qui, en premier lieu, les rapproche, c'est peut-être précisément la diversité de ces « sources », la richesse de leur culture scientifique et philosophique respective : initialement formée aux mathématiques, à la physique, à la géographie et à la philosophie, Gisela Pankow entreprend des études de médecine en 1943, tout en s'engageant dans une formation psychanalytique<sup>311</sup>. Elle devient l'assistante d'Ernst Kretschmer, dont elle reprendra la dichotomie entre Kern-Psychose (psychose nucléaire) et Rand-Psychose (psychose marginale), équivalente chez elle à une distinction entre psychoses schizophréniques et non-schizophréniques. Elle gardera aussi de son expérience à ses côtés une « forte opposition [...] quant à une étiologie psychogène, causale, de la psychose » : « Je cherche le “comment”, pas le “pourquoi” », aimait-elle à dire<sup>312</sup>. Car, se défend Pankow, « étudier des malades mentaux et les rencontrer dans leur monde, ne signifie en aucune façon présenter une psychogenèse des maladies mentales », ce qu'elle a « voulu éviter de faire » ; « La psychose, ajoute-t-elle, a un niveau qui s'ouvre au dialogue, et par conséquent, à une thérapie, à un traitement par la parole »<sup>313</sup>. Elle s'installe à Paris en 1951, où elle développe sa méthode de « structuration dynamique dans la schizophrénie », qui révèle une intelligence de la psychose et de sa thérapeutique fondée sur un solide attachement à la méthodologie et au corpus freudiens, mêlé d'un intérêt nourri pour la phénoménologie psychiatrique (elle cite volontiers Eugène Minkowski), l'ontologie de Martin Heidegger (et la *Daseinsanalyse* de Ludwig Binswanger qui y puise ses sources) dont elle est profondément imprégnée, et enfin la théorie de la forme (Gestaltpsychologie) dont elle s'inspire pour définir les fonctions de l'« image du corps ».

Cette notion d'image du corps est à distinguer de l'image spéculaire, le corps tel qu'il est perçu par l'autre (dimension imaginaire du narcissisme tel qu'il est relu par Lacan dès 1936 avec sa notion de « stade du miroir »<sup>314</sup>) ; elle est à distinguer également du schéma corporel,

---

<sup>310</sup> Lacas ML. Gisela Pankow : filiations dans la psychanalyse des psychoses. *Topique* 2001 ; 76(3) : 41-48, p. 45.

<sup>311</sup> Lacas ML., 2001, art. cit., Lacas ML (Collectif, sous la direction de). *Présence de Gisela Pankow*. Paris : Campagne Première ; 2004, et Lacas ML. La démarche originale de Gisela Pankow. *Evolution psychiatrique* 2007 ; 72(1) : 15-24.

<sup>312</sup> Lacas ML., 2001, art. cit., p. 43.

<sup>313</sup> Pankow G., 1969, *op. cit.*, p. 29. Elle rejoint là Henri Ey (1934, *op. cit.*, p. 19), qui considère qu'« une interprétation psychogénétique des symptômes peut être donnée sans que l'on soit obligé d'en déduire l'origine psychogénétique de l'affection » (conception qui s'articule à son approche dite « organo-dynamique »).

<sup>314</sup> Lacan J., The looking-glass phase. *International journal of psychoanalysis* 1937 ; 18(1) : 76-79.

le corps ressenti, la proprioception, etc. Pankow prend « le corps comme modèle d'une structure spatiale, structure qui ne [l]'intéresse que dans son aspect dialectique ». Il s'agit d'introduire « une dialectique dans le monde de la fragmentation », puisque la psychose se caractérise par « la destruction des processus de symbolisation »<sup>315</sup>. L'image du corps est « définie par deux fonctions symbolisantes ». Selon la première fonction, l'image du corps est le prototype d'une *Gestalt*, c'est à dire d'une structure spatiale porteuse de « lois immanentes » : le « lien dynamique entre les parties et la totalité », et les catégories « du dedans et du dehors » qui en découlent, puisqu'elles « impliquent la notion de la limite et de la surface ». « La seconde fonction de l'image du corps ne concerne plus la structure comme forme, mais comme contenu et sens » : « l'image comme représentation ou reproduction d'un objet, ou même encore comme renvoi à autre chose »<sup>316</sup> ; « la relation entre les parties du corps et leurs fonctions ou leurs significations propres »<sup>317</sup>.

Pankow définit la dissociation comme une « impossibilité de rétablir un lien entre la partie et la totalité du corps ». « C'est chez le névrosé qu'on peut parler d'un corps morcelé, car le névrosé peut vivre symboliquement son corps comme déchiré. Mais, dans la névrose, l'unité du corps n'est jamais détruite, ce qui se produit dans la psychose. »<sup>318</sup> Contrairement au psychotique, le névrosé est capable de reconnaître des parties de son corps comme parties d'un tout. Pour le psychotique, et c'est là l'essence de la dissociation, les parties peuvent acquérir une autonomie, un statut de totalité. La dissociation pankowienne, faille dans l'image du corps, est à l'origine des troubles psychotiques schizophréniques et non-schizophréniques, mais aussi des pathologies limites, des fonctionnements psychosomatiques, et même de certaines « névroses obsessionnelles graves ». Elle se distingue donc nettement de la *Spaltung* bleulerienne qui fonde la pathognomonie schizophrénique. La distinction entre schizophrénies et psychoses délirantes se fonde chez Pankow sur la fonction symbolisante qu'intéresse la « faille », le « hiatus » : la dissociation est formelle, spatiale, dans la schizophrénie (première fonction symbolisante de l'image du corps), alors qu'elle est seulement fonctionnelle dans les autres psychoses (seconde fonction symbolisante de l'image du corps), ce qui implique dans ces dernières l'accès à la première fonction, donc la capacité de reconnaître le corps en tant que forme. Cette conceptualisation a une incidence majeure sur l'approche thérapeutique :

---

<sup>315</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, pp. 117-122.

<sup>316</sup> Pankow G., 1987, *op. cit.*, pp. 17-19.

<sup>317</sup> Pankow G., 1969, *op. cit.*, p. 107.

<sup>318</sup> Pankow G., 1987, *op. cit.*, p. 18.



« l'approche économique du métabolisme de la libido dans la névrose cède la place au dynamisme de la sécurisation »<sup>319</sup> des limites du corps dans la psychose, ce qu'elle appelle la « structuration dynamique de l'image du corps ».

Sa méthode psychothérapique s'appuie sur le repérage de ce qu'elle nomme des « phantasmes structurants » :

il existe des images dynamiques permettant de réparer la dissociation dans l'image du corps. [...] Chez le schizophrène authentique, de telles images doivent supposer la dialectique entre forme et contenu, car le malade vit dans un corps sans limites. Lorsque la dissociation dans le monde spatial est réparée, le malade peut entrer dans son histoire, car la dissociation de l'image du corps s'accompagne simultanément d'une perte de la dimension historique de la vie du schizophrène

L'« acte de modeler » vise à aider le malade « à formuler des demandes et à reconnaître des désirs inconscients ». La méthode de structuration dynamique « aide ainsi le psychotique à rencontrer autrui »<sup>320</sup>. « L'intervention thérapeutique proprement dite, ajoute Pankow, réside [...] dans la création d'un phantasme qui permet de guérir la faille spécifique de l'image du corps »<sup>321</sup>. S'inspirant de la notion de « transfert-greffe » proposée par Marguerite Sechehaye en 1950, Pankow développe ce qu'elle appelle la « méthode des greffes de transfert » qu'elle définit comme « l'acte qui amène le malade à une reconnaissance de son désir. De tels désirs se cristallisent autour d'images dynamiques que nous pouvons appeler des phantasmes. De tels phantasmes se distinguent profondément de la notion ordinaire de fantasme comme production imaginaire passagère »<sup>322</sup>.

Enfin, on ne peut évoquer la pensée de Gisela Pankow sans mentionner son attachement aux relations qu'entretient la psychopathologie avec les « structures familiales » :

En me référant à l'image du corps [...], j'ai pu mettre en évidence que *des zones de destruction dans l'image du corps* chez les psychotiques et chez certains psychosomatiques *correspondaient aux zones de destruction dans la structure familiale* de ces malades<sup>323</sup>

---

<sup>319</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 143.

<sup>320</sup> Pankow G., 1969, *op. cit.*, p. 28-29.

<sup>321</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>322</sup> *Ibid.*, pp. 27-28.

<sup>323</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 4.

Pankow rappelle volontiers, à ce propos, l'influence qu'ont eu sur sa pensée les travaux de Gregory Bateson, fondateur de l'école de Palo Alto, théoricien du *double bind*, initiateur, avec d'autres, du courant psychothérapique systémique, qui inspira à Pankow cet aphorisme :

Pour les parents d'un schizophrène, il n'est pas permis d'avoir un enfant qui soit un fruit ;  
pour un schizophrène, il n'est pas permis d'exister.<sup>324</sup>

#### 2.2.2.2. La « structuration dynamique » dans la psychose hystérique

Pankow relate plusieurs traitements de malades à propos desquels elle parle de « psychose hystérique », trouble qu'elle classe parmi les psychoses marginales (donc référée à une dissociation fonctionnelle), aux côtés des autres psychoses délirantes. En 1969, elle relate la « psychothérapie analytique d'une étudiante de 20 ans présentant des hallucinations hystériques »<sup>325</sup>. La patiente se plaint de voir des taches lorsqu'elle se regarde dans le miroir : « une forme longue, comme un bâton qui bouge et qui, de temps à autre, se présente de couleur rouge ». L'auteur « demande à la malade si, apercevant les taches, elle était capable de regarder, en même temps, sa propre image dans le miroir. La malade confirme qu'elle était tout à fait capable de se reconnaître dans la glace, fait qui exclut pratiquement une schizophrénie ». Pankow la guérit en comprenant ces hallucinations comme l'expression du désir du pénis du père : ce désir n'a pas été refoulé mais dénié, exclu, des suites d'une dissociation, et fait retour sous forme hallucinatoire.

Dans *Structure familiale et psychose*, elle consacre un chapitre au traitement de plusieurs cas de psychose hystérique :

Il est des domaines ingrats en psychiatrie qui n'attirent ni l'intérêt des praticiens, ni celui des théoriciens. La psychose hystérique fait partie de ces domaines négligés par la recherche ; et, malgré les efforts de quelques psychiatres français et étrangers, on ne parle guère de cette forme du délire qui se différencie du délire schizophrénique et du délire paranoïaque non schizophrénique. [...] Mais où se trouve donc l'accès commun permettant de saisir à la racine et la névrose hystérique et la psychose hystérique ?<sup>326</sup>

---

<sup>324</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>325</sup> Pankow G., 1969, *op. cit.*, pp. 87-90.

<sup>326</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, pp. 124-125.

Pankow rappelle qu'en 1895, dans les *Etudes sur l'hystérie*<sup>327</sup>, « Freud parle de l'hystérie comme d'une psychose [à un moment où] il ne faisait pas encore de différence entre névrose et psychose ». Cependant, elle considère qu'il a, à l'époque, « saisi le phénomène hystérique, non seulement dans sa forme d'évolution névrotique, mais aussi dans ses effets psychotiques »<sup>328</sup>.

Pankow ne se livre à aucune description systématique de ce qu'elle entend par « psychose hystérique », présentée par elle comme « *un délire non-schizophrénique impliquant des troubles de la deuxième fonction de l'image du corps* »<sup>329</sup>. Tout au plus peut-on glaner quelques repères sémiologiques et étiopathogéniques :

C'est une caractéristique de la psychose hystérique que le corps vécu y prend une place importante. Le thème père-mère est vécu dans une dynamique oedipienne. Il n'y a pas la rigidité ni l'aspect irréel du délire paranoïaque. [...] Follin et collaborateurs ont publié, en 1961, dans *L'Evolution psychiatrique*, un rapport détaillé et approfondi sur un grand nombre de malades atteints de psychose hystérique<sup>330</sup>. [...] ils ont mis en valeur le caractère intact de la personnalité de tels malades, la concentration du délire sur le corps et sur la structure oedipienne.<sup>331</sup>

Plus loin :

Malgré les traumatismes précoces possibles, l'oralité est plus solide dans une psychose hystérique que dans une schizophrénie. L'unité du corps étant sauvegardée dans la psychose hystérique, les perturbations concernent la deuxième fonction de l'image du corps et tout spécialement la différenciation de la fonction du sexe.<sup>332</sup>

Chez un étudiant de 22 ans, elle décrit une « dissociation hystérique » :

la faille dans l'image du corps – sans laquelle, d'après ma théorie, aucune psychose ne peut se développer – concernait la deuxième fonction de l'image du corps, c'est à dire, chez notre malade, la fonction spécifique de l'organe sexuel. Ce garçon n'avait pas le droit de toucher son sexe. Ici interviennent les troubles identificatoires, certainement provoqués par un père faible. Tout mon travail patient et minutieux fut basé sur cette dissociation, sur ce rejet de l'organe sexuel qui était exclu – forclos – de tout registre symbolique. C'était la main d'un autre et non pas la sienne qui avait accès à son sexe,

---

<sup>327</sup> Freud S, Breuer J., 1895, *op. cit.*

<sup>328</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 125.

<sup>329</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>330</sup> Nous revenons plus loin en détail sur cet article (voir 2.4.3.).

<sup>331</sup> *Ibid.*, pp. 131-132.

<sup>332</sup> *Ibid.*, p. 136.

dont il n'osait pas se servir. Depuis le jour où le malade a osé se masturber pour la première fois, il n'a plus déliré.<sup>333</sup>

Une jeune malade de 26 ans est hallucinée : « Aznavour m'a dit : ton père te touchera » :

On ne pouvait guère mieux décrire la prison dans laquelle cette fille s'était enfermée : elle était prisonnière du désir de son père. Mais chaque fois qu'elle essayait de le situer en tant que père, le moindre penchant envers lui provoquait à nouveau des voix. Il était impossible à cette malade de ressentir des sensations sexuelles et d'attribuer à la partie inférieure du corps des fonctions spécifiques.<sup>334</sup>

Pankow conclut :

la psychose hystérique se développe sur un terrain prégénital archaïque. [Elle] se situe dans le cadre des difficultés identificatoires. C'est ainsi que le corps vécu y prend une place importante. Dans la *névrose hystérique*, on peut mettre en valeur que le symptôme hystérique vise le désir inconscient du sujet. Dans la *psychose hystérique*, au contraire, l'accès au désir n'est plus possible ; à la place vide du désir nous trouvons le processus de la *psychose*. La *psychose hystérique* est un délire non schizophrénique qui concerne la deuxième fonction de l'image du corps.<sup>335</sup>

Pankow a donc jeté les bases d'une compréhension de la psychose hystérique comme psychose chronique non-schizophrénique, mettant en évidence une faille spécifique dans l'image du corps, et notamment la « dissociation » de la fonction sexuelle : le désir laisse une « place vide ». Pankow introduit ici un destin pulsionnel singulier, qui nous semble d'un intérêt majeur pour la compréhension de la psychose hystérique : nous proposons de parler de *l'abolition du désir*. Au désir se substitue selon nous la *réalisation* du désir. Dans le cas spécifique du désir vaginal, nous considérons que la pénétration passive, au lieu d'être désirée, est vécue : même si elle ne l'a pas mis en évidence, et que ses cas cliniques n'en témoignent pas, Pankow a donc ouvert la voie à une articulation entre la psychose hystérique et les phénomènes pathologiques référés à l'occupation de l'espace interne par une force étrangère.

Avant de nous intéresser plus longuement à la façon dont cette articulation se manifeste dans la clinique, nous allons voir comment la nosographie psychiatrique a tenté, depuis le XIX<sup>ème</sup> siècle, de circonscrire cette catégorie de phénomènes morbides.

---

<sup>333</sup> *Ibid.*, pp. 137-138.

<sup>334</sup> *Ibid.*, p. 140.

<sup>335</sup> *Ibid.*, p. 143.

### 2.3. SEMIOLOGIE DE LA PSYCHOSE HYSTERIQUE

*Les principaux délires que l'on observe chez les hystériques [...] sont pour la plupart des délires d'influence, systématisés, clairs, ordonnés, lucides et à forte charge affective.*

Henri Ey<sup>336</sup>

*Rien de plus banal que l'érotisme dans les délires d'influence.*

André Ceillier<sup>337</sup>

Quelle est l'unité sémiologique caractéristique de la psychose hystérique ? Selon notre hypothèse, il s'agit de l'ensemble des symptômes relatifs au sentiment de perte de la propriété et de l'intimité des manifestations internes, puisqu'on a considéré que telle était la condition d'une réalisation délirante de la pénétration sans corps, donc d'une résolution psychotique de la problématique hystérique d'ambivalence vis à vis du désir *vaginal* visant le but passif d'être pénétré.

Le *Dictionnaire encyclopédique Quillet*, dans son supplément daté de 1971, définit ainsi la *xénopathie* :

Etat morbide d'un sujet qui a l'impression qu'on agit sur lui à distance, ses différentes activités psychiques étant ressenties comme étrangères à sa propre personnalité<sup>338</sup>

Examinons les implications de cette définition :

- « état morbide » : les manifestations relevant de la xénopathie sont d'emblée d'ordre psychopathologique ; elles ne sont pas des exacerbations de phénomènes normaux, et sont supposées être totalement absentes chez les individus sains ;
- « qui a l'impression » : la xénopathie a un caractère uniquement subjectif, et ne constitue donc pas une conduite observable ;
- « on agit sur lui à distance » : la xénopathie est inhérente au délire d'influence : elle caractérise le vécu associé à cette thématique délirante ;

---

<sup>336</sup> Ey H., 1948-1949, *op. cit.*, p. 28

<sup>337</sup> Ceillier A., 1924, n° 5, art. cit., p. 295.

<sup>338</sup> Mortier R (sous la direction de). *Dictionnaire encyclopédique Quillet. Supplément*. Paris : Librairie Aristide Quillet ; 1971.

- « ses différentes activités psychiques » : la xénopathie concerne les principales variétés de conduites psychiques, à savoir les pensées, les émotions, les sensations, et les intentions d'action ;
- « ressenties comme » : l'unité des manifestations xénopathiques a trait au vécu ;
- « étrangères à sa propre personnalité » : une partie du psychisme s'autonomise et se trouve dès lors vécue comme un corps étranger présent à l'intérieur : l'homogène devient hétérogène.

Dans son *Vocabulaire de santé mentale*, Serge Tribolet propose quant à lui une définition de la « pensée xénopathique » :

Expression morbide de diverses activités psychiques ressenties comme étrangères, et faisant une irruption mystérieuse et hostile au niveau de la conscience. S'observe dans certains délires.<sup>339</sup>

Cette définition ne contredit en rien la précédente. Elle ajoute cependant un élément en évoquant l'« irruption mystérieuse et hostile au niveau de la conscience » : cette expression a le mérite d'explicitier le mouvement d'invagination de la pensée qui caractérise la xénopathie. En revanche, s'agissant de la teinte affective associée à ce vécu d'intrusion, nous préférons ne pas décider trop tôt qu'elle a un caractère « mystérieux » ou « hostile », plutôt que voluptueux, ou même neutre.

En résumé, pour être qualifiée de xénopathique, une manifestation psychique doit répondre à trois critères :

- 1- la référence au vécu, au ressenti, à l'impression : la xénopathie n'est pas une thématique délirante ; elle correspond à la face subjective du délire d'influence.
- 2- l'idée d'emprise, de contrainte, de passivité, que cette emprise soit vécue dans l'angoisse, la douleur, ou la volupté, qu'elle soit combattue, subie avec résignation, ou vécue avec satisfaction.
- 3- l'idée d'une action volontaire d'un tiers à distance, que ce tiers soit identifié ou non, qu'il s'agisse d'une personne, de plusieurs, d'une force immatérielle, etc., que l'origine de cette action soit perçue comme malveillante, bienveillante ou neutre.

---

<sup>339</sup> Tribolet S. *Vocabulaire de santé mentale*. Paris : Editions de santé ; 2006, p. 212.

Cette caractéristique psychopathologique peut être rapprochée de diverses manifestations morbides : le délire d'influence, l'automatisme mental, l'hallucination psychique. Ces notions sémiologiques se situent sur des plans différents : le délire d'influence est une thématique délirante, alors que l'hallucination psychique est un mécanisme du délire ; enfin, l'automatisme mental est un syndrome. Nous allons voir quels découpages sémiologiques ont été proposés par la psychiatrie depuis près de deux siècles autour de cette phénoménologie. Nous constaterons dans bien des cas qu'en cette matière, comme l'écrivait Henri Ey, « les querelles sont souvent, quand on enlève aux théories le caractère excessif qu'y ajoute la polémique, beaucoup plus des querelles de mots que d'idées ». Nous proposons de passer en revue de façon chronologique les principaux auteurs en psychiatrie s'étant penchés sur ces manifestations morbides.

### 2.3.1. L'hallucination psychique de Jules Baillarger

C'est à Jules Baillarger, élève de Jean-Etienne Esquirol, que l'on doit, le premier, d'avoir distingué les hallucinations selon qu'elles sont situées par le malade à l'extérieur (hallucinations psychosensorielles) ou à l'intérieur (hallucinations psychiques) de son espace subjectif. En 1846, Jules Baillarger publie un mémoire intitulé *Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*. Il y introduit une distinction entre deux types d'hallucinations, notamment parmi les « malades atteints de fausses perceptions de l'ouïe » :

Il en est [...] qui, comme ils le disent eux-mêmes, n'éprouvent rien qui ressemble à une sensation auditive, ils entendent la *pensée*. Le phénomène chez eux n'a rien de sensoriel. La *voix* qui leur parle est une *voix* secrète, intérieure, et tout-à-fait différente de celle qu'on perçoit par les oreilles. Il y a d'autres hallucinés, au contraire, qui affirment que les *voix* qui leur arrivent sont fortes, sonores, et en tout semblables aux *voix* ordinaires. [...] Je crois qu'il y a lieu d'admettre deux sortes d'hallucinations, les unes complètes, composées de deux éléments et qui sont le résultat de la double action de l'imagination et des organes des sens : ce sont les hallucinations *psycho-sensorielles* ; les autres, dues seulement à l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, sont tout-à-fait étrangères aux organes des sens, elles manquent de l'élément sensoriel, et sont par cela même incomplètes : ce sont les hallucinations *psychiques*.<sup>340</sup>

---

<sup>340</sup> Baillarger J. *Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*. Paris : Académie royale de médecine ; 1846, pp. 368-369.

Baillarger observe que ces deux catégories d'hallucinations sont reconnues par les auteurs mystiques, qui ont depuis longtemps décrit des visions, des odeurs, des goûts, des voix, qui frappent directement l'âme, sans l'intermédiaire des organes des sens.

Pour Baillarger, « ces fausses perceptions, que nous n'appellerons plus sensorielles, paraissent se rapporter presque exclusivement au sens de l'ouïe ». Les malades atteints d'hallucinations psychiques disent qu'« il y a dans leur tête une sorte de conversation toute intérieure [...] Ils prétendent qu'ils peuvent converser d'âme à âme avec des interlocuteurs invisibles, qu'ils entendent *la pensée, le langage de la pensée* »<sup>341</sup>.

L'auteur cite quelques cas de malades, tels que celui de Mademoiselle G... :

Mademoiselle G..., âgée de quarante-cinq ans, est à l'hospice de la Salpêtrière depuis plus de quinze ans. Jour et nuit, elle est obsédée par des *voix* et forcée de leur répondre, ce qui la fatigue et l'épuise. Il y a surtout *un étranger, un faux dieu*, qui est en elle et qui lui parle continuellement *en pensée*. [...] il sait ses plus secrètes pensées, et lui raconte une foule de choses qu'elle croyait être connues d'elle seule. [...] Je tâchai de lui bien faire préciser la nature du phénomène qu'elle éprouvait, et quelle sorte de voix elle entendait ; elle me répondit constamment que cette voix était une voix *secrète, intérieure*, qui ne faisait pas de bruit, et qui lui parlait *en pensée*.<sup>342</sup>

Jules Baillarger a ainsi ouvert la voie aux travaux sur les phénomènes hallucinatoires dits « psychiques ». Toutefois, le recours à cette terminologie ne fit pas l'unanimité, et fut critiqué notamment par l'illustre Jules Séglas, un demi-siècle plus tard.

### 2.3.2. L'hallucination psychomotrice de Jules Séglas

Jules Séglas, dans un commentaire<sup>343</sup> des travaux de Jules Baillarger sur l'hallucination psychique, regrette la confusion que cette notion a occasionnée : l'expression « *hallucinations psychiques* » est selon lui « devenu presque synonyme de *voix intérieures* », alors qu'elle englobe des phénomènes de nature hétérogène. Le terme d'hallucination psychique « désigne des phénomènes disparates, dont beaucoup ne sont même pas des hallucinations, ne peut qu'entretenir des confusions regrettables et doit disparaître de la nomenclature

---

<sup>341</sup> *Ibid.*, p. 384.

<sup>342</sup> *Ibid.*, p. 397.

<sup>343</sup> Séglas J. Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. *Année psychologique* 1901 ; 8(8) : 553-558.



psychiatrique ». Il propose de distinguer parmi les hallucinations psychiques deux groupes, comme il l'a fait pour les « hallucinations vraies », selon qu'elles « se rapportent à des objets ou personnes », ou qu'elles « revêtent un caractère verbal » :

Les premières correspondent à ces phénomènes de visions, bruits, odeurs, goûts purement intellectuels que l'on observe dans certaines formes psychopathiques et qui ont été si bien décrits par les mystiques<sup>344</sup> lorsqu'ils parlent, par exemple, de « ces visions que l'on n'a pas par les yeux corporels, mais seulement par les yeux de l'âme ». Cette distinction est significative. Elle spécifie bien que l'objet de la vision n'est pas perçu de la même façon qu'un objet extérieur. L'image visuelle correspondante n'est pas extériorisée. Or, l'extériorité étant le caractère fondamental de l'hallucination, il n'y a donc pas là hallucination vraie.

Jules Séglas cite Victor Kandinsky (parent de Vassily), psychiatre russe qui écrivit dans les années 1880 sur ses propres expériences psychotiques (notamment des phénomènes d'influence), avant de se suicider en 1889, à l'âge de 40 ans<sup>345</sup>. Kandinsky proposa la notion de pseudo-hallucination, qui correspond, selon Séglas, à ce premier groupe de manifestations.

Dans un second groupe, on trouve « ces hallucinations psychiques, de caractère verbal, [...] celles qui ont été étudiées spécialement par Baillarger, en opposition avec les hallucinations auditives, comme locutions intellectuelles, voix intérieures, etc. ». Ce second groupe doit lui-même « être subdivisé en deux catégories » :

- la première correspond aux « hallucinations verbales motrices » décrites par Séglas en 1888, qui vont de l'hallucination verbale sans mouvement articulatoire, à l'impulsion motrice, selon le degré d'intervention de la motricité ;
- dans la seconde catégorie se rangent des phénomènes qui n'ont plus de « caractère hallucinatoire ». Il s'agit de la « voix intérieure », qui « reste intérieure et ne s'extériorise dans aucun de ses éléments constitutifs », c'est-à-dire ni dans la motricité, ni dans la sensorialité, ce qui en fait une « *pseudo-hallucination verbale* ». L'auteur ajoute que cette « conversation mentale [...] diffère de la pensée ordinaire en ce que le malade ne reconnaît pas cette pensée comme sienne et la laisse en dehors de sa conscience personnelle ».

Jules Séglas tergiverse ainsi sur le caractère hallucinatoire, non-hallucinatoire, ou encore pseudo-hallucinatoire de ces troubles. Malgré tout leur intérêt, ces distinctions sont

---

<sup>344</sup> Et par Daniel Paul Schreber qui, alors que Séglas écrivait ces lignes, poursuivait la rédaction de ses *Mémoires*, débutée un an auparavant, en 1900 (Schreber DP., 1903, *op. cit.*).

<sup>345</sup> Lerner V, Witztum E. Victor Kandinsky, M.D., 1849-1889. *American journal of psychiatry* 2006 ; 163 : 209-209.

inutilisables pour notre réflexion, dans la mesure où elles ne disent rien du double critère phénoménologique que nous avons retenu, à savoir le vécu d'*hétérogénéité* et d'*intérieurité* des manifestations, et auquel toutes les « hallucinations psychiques » répondent, qu'elles appartiennent à l'une ou l'autre des catégories repérées par Séglas.

### 2.3.3. La psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet

L'année 1911, décidément, fut riche du point de vue de la psychopathologie. Elle vit naître la schizophrénie<sup>346</sup>, et paraître le célèbre cas du « Président Schreber » de Freud<sup>347</sup>. La même année parut dans la revue *L'Encéphale* *La psychose hallucinatoire chronique*, l'article dans lequel Gilbert Ballet<sup>348</sup> donne à cette entité clinique le sens qu'on lui connaît aujourd'hui, c'est-à-dire indissociable du vécu d'influence.

Gilbert Ballet, élève de Charcot, titulaire de la Chaire de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à Sainte Anne, élu à l'Académie de Médecine en 1912, fut l'un des aliénistes français les plus influents du début du XX<sup>ème</sup> siècle. Il laisse notamment un volumineux *Traité de pathologie mentale*, publié en 1903 sous sa direction (en collaboration avec Jules Séglas et Ernest Dupré notamment) et qui fit longtemps référence<sup>349</sup>.

Les auteurs y distinguent « les *hallucinations sensorielles*, les *hallucinations cénesthésiques*, les *hallucinations motrices* »<sup>350</sup>. Ces dernières « consistent dans la perception de mouvements imaginaires partiels ou généraux du corps » ; c'est dans cette catégorie que prend place « l'hallucination *verbale motrice, orale ou graphique*, consistant dans la perception pathologique de paroles, non plus sous la forme d'images sensorielles auditives ou visuelles, de mots entendus ou lus, mais sous la forme d'images motrices à l'aide des mouvements adaptés de l'articulation ou de l'écriture »<sup>351</sup>.

Ces hallucinations verbales motrices se distinguent des « *hallucinations verbales auditives* » qui « consistent dans la perception subjective de mots qui semblent prononcés du dehors à

---

<sup>346</sup> Bleuler E. (1911) *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris : EPEL/GREC ; 1993.

<sup>347</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*

<sup>348</sup> Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale* 1911 ; 11 : 401-411.

<sup>349</sup> Postel J, Allen DF. L'œuvre historique de Gilbert Ballet (1853-1916). *Histoire des sciences médicales* 1993 ; 27(3) : 189-194.

<sup>350</sup> Ballet G (sous la direction de). *Traité de pathologie mentale*. Paris : Doin ; 1903, p. 199.

<sup>351</sup> *Ibid.*, pp. 203-204.

l'oreille du malade », et des « *hallucinations verbales visuelles* », qui consistent pour le malade à voir sa pensée s'écrire sous ses yeux. Ces dernières sont rares et impliquent, évidemment, que le malade sache lire. Les « *hallucinations verbales motrices* » sont des voix « dépourvues de son »<sup>352</sup>. Dans la description qui en est faite, on reconnaît les catégories repérées par Jules Séglas (voir *supra*). Les « *impulsions verbales* » représentent « le degré maximum » des « *hallucinations verbales motrices* ». Les auteurs précisent que « souvent à l'impulsion verbale se joint une interprétation délirante et le malade l'attribue soit à des influences extérieures (on lui électrise la langue, on le force à parler), comme dans le délire des persécutions, soit à des agents qui pénètrent dans son propre corps, et se servent malgré lui de ses organes pour agir et parler sans qu'il soit lui-même en cause. (Ce n'est pas lui, dit-il, c'est un autre qui parle. – Idées de possession, dédoublement de la personnalité.) »<sup>353</sup>. Mais d'une façon générale, les auteurs ne situent l'idéation délirante d'influence que comme accessoire, en aucun cas consubstantielle au phénomène hallucinatoire<sup>354</sup>.

En 1911, Gilbert Ballet<sup>355</sup> emprunte à Maurice Dide l'expression de « *psychose hallucinatoire chronique* » pour lui donner un sens nouveau, celui d'une psychose mêlant hallucinations essentiellement auditives et délire de persécution. Puis en 1913, il situe à la base de la PHC une *désagrégation de la personnalité*, proposant un parallèle avec la transe médiumnique, en s'appuyant sur le phénomène de l'écriture automatique :

supposez que par des manœuvres d'entraînement, comme celles auxquelles se livrent, par exemple, les spirites, je sois arrivé, surtout si je suis aidé par une prédisposition originelle (qu'on retrouve chez la plupart des médiums), à couper ma personnalité en deux, et à reléguer dans le subconscient la première partie du processus, j'aurai conscience que j'écris la phrase, mais je n'aurai pas conscience que c'est moi qui l'ai pensée. J'attribuerai la pensée de la phrase à une autre personnalité, étrangère en fait à ma propre personnalité. [...] La dissociation de la personnalité qui se produit de façon transitoire sous l'influence de la transe, chez les médiums, qui, exceptionnellement, quand l'entraînement, secondé par des prédispositions individuelles, a été trop répété, peut devenir habituelle chez eux, est aussi celle qui se développe chez des malades affectés de psychose hallucinatoire

---

<sup>352</sup> *Ibid.*, pp. 145-146.

<sup>353</sup> *Ibid.*, p. 149.

<sup>354</sup> Cette question fit débat : nous verrons qu'Henri Ey refusera de considérer l'hallucination et l'idée délirante autrement que comme les deux faces d'un même phénomène. Mais cela ne fait toujours pas consensus : les neurocognitivistes qui prônent aujourd'hui le recours à la psychoéducation dans le traitement des délires ne postulent-ils pas (à l'instar de de Clérambault) que l'idéation délirante est une divagation, une erreur dans le traitement de l'information, contingente, et non consubstantielle à l'hallucination ?

<sup>355</sup> Ballet G., 1911, art. cit.

chronique. Mais chez ceux-là, pour des raisons que nous ignorons, elle se produit spontanément en apparence, et s'installe d'une façon chronique et définitive<sup>356</sup>

Les phénomènes xénopathiques à l'œuvre dans la PHC sont donc, du point de vue de Ballet, à mettre au compte de la même division subjective que celle qu'on observe dans la transe : une partie du psychisme s'autonomise, allant jusqu'à acquérir le statut d'une entité autonome, d'une « autre personnalité » évoluant indépendamment de la personnalité propre. La « désagrégation » de la PHC ne diffère donc de celle de la transe que par sa spontanéité et sa chronicité.

### 2.3.4. Les psychoses d'influence d'André Ceillier

Dans un article paru en 1924 dans *L'Encéphale*, André Ceillier<sup>357</sup> se livre à une description remarquablement structurée et richement illustrée des phénomènes psychotiques d'influence, synonymes selon lui de « *possession spirituelle* »<sup>358</sup>. Il introduit la notion de « psychose d'influence », dont pour autant il se refuse à entériner l'existence en tant qu'entité nosographique : « tout concourt à nous montrer qu'il ne s'agit pas d'«une maladie mentale» bien définie dans son évolution ». D'ailleurs, il estime d'une façon générale que « toutes les grandes classifications, dites synthétiques, sont antiscientifiques, parce que sans aucun fondement » : « l'existence d'«entités morbides», de «maladies mentales» » n'est selon lui pas démontrée<sup>359</sup>.

Il décrit le « mécanisme du phénomène d'influence » par « la combinaison de deux éléments » :

- « *L'Automatisme* (traduisant une dissociation de la personnalité consciente) ». Il porte sur « *le langage intérieur et la pensée* », les « *représentations mentales* », les sentiments et les actes ;
- « *L'Idée d'Influence* (le malade admettant que ses actes et phénomènes automatiques sont dus à une influence étrangère, par suggestion, hypnotisme, sciences occultes, etc.) ». Le

---

<sup>356</sup> Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. *Encéphale* 1913 ; 6 : 501-519.

<sup>357</sup> Ceillier A. Les influencés, syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale* 1924 (3-6). L'article est divisé en quatre parties, parues dans quatre numéros consécutifs de la revue *L'Encéphale* ; nous n'avons pu avoir accès qu'aux trois premières.

<sup>358</sup> *Ibid.*, n° 3, p. 153.

<sup>359</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 301.

« *sentiment et l'idée d'influence* comprennent des sous-variétés »<sup>360</sup> : les sentiments et idées de perte de liberté, de protection, de domination, d'influence simple, de présence et de possession.

Pour André Ceillier, le mécanisme d'automatisme et la thématique d'influence sont les deux faces du syndrome d'influence. Mais il fait intervenir entre eux les mécanismes « interprétatif et imaginaire » : les malades vont donner plus ou moins de sens, avec plus ou moins de conviction, à « l'activité exagérée et dérégulée (en grande partie automatique) de leur langage oral »<sup>361</sup>.

Pour l'auteur, l'automatisme est un phénomène banal et normal : il s'agit de l'ensemble des « opérations qui s'exécutent spontanément, en-dehors de la volonté du sujet ». Chez le « psychasthénique, l'automatisme est très marqué » (obsessions, mentisme). Lorsque le malade « ne reconnaît plus l'origine personnelle, endogène, de son obsession », il cesse « d'être un obsédé pour devenir un délirant ». Autrement dit, ce n'est pas l'automatisme qui est pathologique, mais le caractère exogène que le sujet lui attribue indûment : « les malades que nous avons en vue considèrent [...] que leurs actes automatiques sont dus à une influence étrangère. Ils ont une dissociation de leur *personnalité consciente* ». Chez eux, « *l'appropriation personnelle ne se fait pas* ».

Ceillier se propose de passer en revue « chacun des éléments qui par leur réunion constituent le syndrome d'influence », et qui « se groupent en plus ou moins grand nombre et suivant diverses combinaisons » chez les malades<sup>362</sup>. Il consacre une large part de son article à évoquer successivement les automatismes du langage et de la pensée, les sentiments suggérés, les actes automatiques, et les troubles cénesthésiques, dans un souci évident de clarté, de précision, et avec d'innombrables illustrations cliniques. Nous ne nous attarderons pas sur ces considérations nosographiques purement descriptives.

En revanche, les remarques de l'auteur relatives aux rapports qu'entretiennent l'influence et la sexualité concernent très directement le problème qui nous occupe ici.

---

<sup>360</sup> *Ibid.*, n° 3, pp. 152-153.

<sup>361</sup> *Ibid.*, n° 3, p. 159.

<sup>362</sup> *Ibid.*, n° 3, p. 154.

André Ceillier constate, en premier lieu, que « la psychose d'influence est de beaucoup plus fréquente chez la femme »<sup>363</sup> : et en effet, parmi les nombreux cas d'influencés rapportés par l'auteur dans son article (plus de 80 dans les trois premières parties), nous n'avons répertorié que dix hommes. Par ailleurs, l'auteur note qu'il n'y a « rien de plus banal que *l'érotisme* dans les délires d'influence » : il fait référence à la teneur du discours des « voix intérieures », à la nature des « sentiments suggérés », aux hallucinations génitales, ou encore aux « impulsions à la masturbation »<sup>364</sup>, bref, au *contenu délirant*. Nous pensons quant à nous que *la forme même du délire d'influence*, à savoir le caractère suggéré, imposé, forcé, des manifestations psychiques (pensées, paroles, émotions, sentiments, perceptions et mouvements), quel qu'en soit le contenu, relève de l'érotisme féminin, dès lors qu'on considère, comme nous le proposons, que l'influence est un équivalent coïtal, une pénétration passive.

André Ceillier observe d'ailleurs que « le choix de l'influenceur est souvent en rapport avec des préoccupations érotiques et sexuelles. C'est un homme qui a fait influence sur la malade, très souvent un médecin, souvent un prêtre, c'est parfois l'amant ou la maîtresse, le mari ou la femme. C'est souvent un mort, un amant ou un mari défunt qui conseille, soutient dans la vie, encourage, dirige les pensées, les actes, les sentiments de sa veuve, converse avec elle, parfois se montre à elle dans une vision imaginaire »<sup>365</sup>. Autrement dit, l'« influenceur » est l'objet du désir, et souvent, semble-t-il, l'objet du désir *féminin*.

L'auteur s'arrête sur la modalité particulière du délire d'influence que constitue sa forme érotomaniacale. Il cite huit cas d'érotomanes (toutes des femmes) : « cinq étaient amoureuses de médecins, deux de prêtres, une d'un détective. Après la phase érotomaniacale du début, toutes ces malades recevaient des transmissions de pensées de leur prétendu adorateur et avaient avec lui d'interminables conversations mentales. Chez presque toutes l'adorateur agissait à distance sur les actes et les tenait ainsi sous une complète domination dont elles ne tardaient pas à se plaindre »<sup>366</sup>. La séquence morbide que Ceillier dit avoir retrouvée à l'identique chez ces huit femmes met en évidence la substitution progressive de l'influence au désir, comme par un jeu de vases communicants : plus l'influence se fait pressente, moins le

---

<sup>363</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 299.

<sup>364</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 295.

<sup>365</sup> *Ibid.*, n° 4, p. 234.

<sup>366</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 295.

désir est assumé, comme si le sentiment délirant d'être influencé par l'objet constituait un pis-aller à la pénétration par lui.

Enfin, Ceillier rapporte que « dans un grand nombre de cas [...] le syndrome d'influence paraît avoir pour cause psychologique soit un choc émotif sexuel, soit un refoulement de tendances sexuelles inassouvies »<sup>367</sup>. Ce dernier constat corrobore également notre hypothèse, selon laquelle les idées délirantes d'influence relèvent d'un équivalent coïtal, en fournissant une satisfaction déguisée à la composante *vaginale* de la sexualité. Il met en évidence le caractère ambivalent du rapport à la *vaginalité* chez ces malades qui, peut-être plus que d'autres, tout à la fois désirent et redoutent la pénétration passive.

L'auteur s'aventure à décrire la mécanique à l'origine de la formation du délire. Il considère que « le sentiment d'influence découle directement » de l'automatisme : le malade, en proie à l'automatisation de ses pensées, de son langage intérieur, de ses sentiments, de ses actions, de ses perceptions, est naturellement amené à « invoquer la suggestion, l'hypnotisme, les sciences occultes, l'intervention divine ou démoniaque »<sup>368</sup>. Par conséquent, « *la formation du délire* est secondaire aux phénomènes d'automatisme et au sentiment d'influence ». Cette distinction qu'opère Ceillier entre « sentiment d'influence » et « délire » nous semble discutable : le « sentiment d'influence » n'implique-t-il pas en soi la participation d'une entité étrangère, participation qui constitue l'idée délirante en tant que telle ? Par ailleurs, Ceillier ne considère-t-il pas qu'il existe un vécu d'automatisme non-délirant chez les « obsédés », et que, par conséquent, l'automatisation des fonctions psychiques ne mène pas mécaniquement au délire, comme par l'inévitable action d'une supposée rationalisation ?

Toujours est-il que Ceillier soutient qu'un « système délirant » n'est pas retrouvé chez tous les malades ; lorsqu'il l'est, il est variable « suivant sa situation sociale, sa culture, son caractère, sa constitution et aussi suivant les phénomènes particuliers qu'il éprouve »<sup>369</sup>. Ceillier semble donc défendre une articulation entre l'automatisme et la thématique délirante, que l'on pourrait qualifier de *mécaniste*. Toutefois, cela ne semble pas aussi clair lorsqu'il écrit que dans certaines formes du délire d'influence, les « tendances sexuelles, plus ou moins

---

<sup>367</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 299.

<sup>368</sup> *Ibid.*, n° 4, p. 232.

<sup>369</sup> *Ibid.*, n° 4, p. 233.

refoulées, se libèrent grâce à l'automatisme mental »<sup>370</sup>. Le délire est-il l'œuvre d'une rationalisation, ou traduit-il le réveil de tendances jusque là inhibées ?

Si Ceillier ne parvient pas à prendre clairement position entre ces deux hypothèses étiologiques, nous allons voir que Gaëtan Gatien de Clérambault, lui, a tranché.

### **2.3.5. Les psychoses à base d'automatisme de Gaëtan Gatien de Clérambault**

Gaëtan Gatien de Clérambault<sup>371</sup> fut près de trente années durant psychiatre à l'Infirmierie Spéciale près la Préfecture de Police de Paris. On lui doit notamment la description des délires passionnels (dont l'érotomanie), et la délimitation du syndrome d'« automatisme mental ».

Paul Anguera écrit que « tenter de dégager une filiation entre la psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet et les conceptions de de Clérambault sur les psychoses hallucinatoires chroniques (terme créé par Dupré) relève de la gageure ». De Clérambault, ajoute-t-il, « se réclama en fait surtout de lui-même ». Son but était « de trouver le “noyau” des psychoses » ; la PHC de Gilbert Ballet « lui fut un outil commode, non un sujet de controverse, une caution historique, oserait-on dire ». Paul Anguera considère que de Clérambault « n'eut aucune intention de reprendre la psychose hallucinatoire chronique de Ballet afin de créer une entité nouvelle plus affinée, bien au contraire il se servit de toute la nosographie pour la démanteler puis, nouvel apprenti sorcier, tenter de réagencer ces fragments pour en faire une conception dynamique de l'origine de *toutes* les psychoses »<sup>372</sup>.

L'automatisme mental constitue la clé de voûte de cet édifice psychopathologique. Voici comment de Clérambault le définit en 1927 :

Le terme Automatisme Mental est susceptible d'acceptions plus ou moins vastes : nous l'employons provisoirement, et faute de mieux, dans un sens *extrêmement restreint*, pour

---

<sup>370</sup> *Ibid.*, n° 5, p. 295.

<sup>371</sup> Nous nous référerons à un recueil paru en 1992 qui regroupe deux articles de Clérambault parus en 1927 dans les Annales Médico-Psychologiques : *Psychose à base d'automatisme et syndrome d'automatisme* et *Syndrome mécanique et conception mécaniciste des psychoses hallucinatoires*. Gatien de Clérambault Gaëtan (1927) *L'Automatisme Mental*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond ; 1992.

<sup>372</sup> Anguera P., in Grivois H (sous la direction de). *La psychose hallucinatoire chronique*. Paris : Masson ; 1989, pp. 56-57.



désigner un certain *Syndrome Clinique* contenant des phénomènes automatiques de 3 ordres : moteur, sensitif et idéo-verbal.<sup>373</sup> les éléments principaux sont les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psychomoteurs, et les inhibitions de tous genres. Ce syndrome est bien cohérent, quoique non nettement circonscrit. Il forme la base commune des Délires d'Influence, de Possession et de Persécution, avec ou sans Démence.<sup>374</sup>

L'auteur passe en revue<sup>375</sup> un cortège hétérogène de signes cliniques qui constituent le syndrome idéo-verbal ou « petit automatisme », qu'il classe selon qu'ils sont « positifs », « négatifs » ou « mixtes », « anidéiques » ou « idéo-verbaux », « subcontinus » ou « épisodiques ». On peut citer pêle-mêle les jeux syllabiques ou verbaux, l'écho de la pensée, des gestes, des actes, de la lecture, de l'écriture, les commentaires sur les actes, l'arrêt de la pensée, les non-sens, le mentisme, l'idéorrhée, la graphorrhée, les hypermnésies, le sentiment d'étrangeté, les fausses reconnaissances, les émotions sans objet, les oublis, le vide de la pensée, les doutes, les troubles attentionnels, les substitutions de pensée, les « mots jaculatoires fortuits », etc.

Ce syndrome, « bien qu'essentiellement psychique (verbal, idéique, émotionnel, volitionnel), doit, au point de vue doctrinal, être constamment rapproché de son cortège facultatif, tout spécialement des troubles sensitifs et moteurs, auxquels l'hypothèse d'une origine idéo-affective semble être difficilement applicable »<sup>376</sup>. On observe en particulier une « hallucinose »<sup>377</sup>. Dans les hallucinations auditives, « l'élément idéique est minimum, l'élément affectif est absent » ; le « répertoire thématique [des phrases entendues] est imprévu, indifférent, chaotique non orienté vers le sujet et encore moins dirigé contre lui. Des voix diverses émettent des phrases sommaires [...] Le sujet peut se croire branché sur un réseau téléphonique où plusieurs conversations se croisent. ». Les « Hallucinations Visuelles », qu'il qualifie d' « images libres » (comme les hallucinations auditives sont des « phrases libres »), sont elles aussi caractérisées par leur « incomplétude ordinaire »<sup>378</sup>. De Clérambault décrit des « images surgissant subitement, sans rapport avec la pensée du sujet, sans congruence réciproque, sans charge affective, souvent fragmentaires, souvent fantasmagoriques ; parfois, série auditive et série visuelle simultanées, mais non concordantes ; approche non sentie, maintien et rappel impossibles ; en somme, autonomie

---

<sup>373</sup> Gatién de Clérambault G., 1927, *op. cit.*, p. 52.

<sup>374</sup> *Ibid.*, p. 94.

<sup>375</sup> *Ibid.*, pp. 62-72.

<sup>376</sup> *Ibid.*, pp. 109-110.

<sup>377</sup> *Ibid.*, pp. 73-74.

<sup>378</sup> *Ibid.*, p. 93.

totale du flux visuel », ce qui, aux yeux de l'auteur, prouve l'« anidésisme » de ces hallucinations<sup>379</sup>. Il rapporte aussi des synesthésies et des paresthésies.

Il introduit sa thèse organiciste et mécaniciste (« outrancièrement mécanique », note Henri Ey<sup>380</sup>) :

Le délire proprement dit n'est que la réaction obligatoire d'un intellect raisonnable *et souvent intact* aux phénomènes qui sortent de son subconscient. [...] Le mode d'interprétation [de la scission du Moi] est laissé aux aptitudes imaginatives ou interprétatives du sujet. La nature de la construction explicative qui en résulte dépendra pour une très grande part d'idées préexistantes tenant à l'époque, au milieu, à la culture... [...] L'orientation du sujet vers l'explication endogène ou exogène (c'est-à-dire possession ou persécution) dépend aussi *de diverses nuances de ses perceptions*, des sensations qui s'y associent (généralité par exemple) et de la proportion réciproque des éléments intuitifs, psycho-moteurs et auditifs.<sup>381</sup>

De Clérambault précise :

Ce Syndrome est, selon nous, l'élément initial, fondamental, générateur des Ps. H. Chr.<sup>382</sup>, dites Systématisées et Progressives. L'idée qui domine la Psychose n'en est pas la génératrice, bien que la psychologie commune semble l'indiquer et que la psychiatrie classique le confirme. Le noyau de ces psychoses est dans l'automatisme, l'idéation en est secondaire. Dans cette conception, la formule classique des psychoses est inversée. [...] Le contenu idéique des H<sup>383</sup>. Idéo-Verbales tend sans cesse à faire oublier que seul importe scientifiquement *leur mécanisme*.<sup>384</sup>

Pour de Clérambault, le syndrome d'automatisme mental, dont l'origine est « histologique », et qui fait par conséquent entrer la psychose hallucinatoire chronique « dans la Neurologie »<sup>385</sup>, constitue donc le « Fait Primordial »<sup>386</sup> de cette pathologie. L'idéation délirante et sa thématization ne constituent qu'une issue raisonnable, la conséquence légitimement tirée par le malade sur la base de son vécu ; elles dépendent « 1° des modalités intrinsèques de la sensation initiale ; 2° du caractère préétabli du sujet ; 3° de ses idées et des

---

<sup>379</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>380</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 46.

<sup>381</sup> Gatién de Clérambault G., 1927, *op. cit.*, p. 34.

<sup>382</sup> Clérambault, dans son style si particulier, concis et parfois abrupt, use volontiers d'abréviations, comme ici pour les psychoses hallucinatoires chroniques. Notons aussi son goût pour les majuscules à l'initiale (peut-être en référence à l'école allemande ?), et pour les phrases sans verbe.

<sup>383</sup> Hallucinations

<sup>384</sup> *Ibid.*, pp. 52-53.

<sup>385</sup> *Ibid.*, pp. 51-52.

<sup>386</sup> *Ibid.*, p. 35.

idées ambiantes »<sup>387</sup>. Il ajoute que « le roman hallucinatoire, s'il offre quelque intérêt pour la psychologie, n'en offre pas au point de vue de la pathogénie »<sup>388</sup>

A l'instar de ce qu'a décrit Bleuler quelques années plus tôt (1911) à propos des signes primaires et secondaires dans la schizophrénie, le délire paranoïde se construisant psychologiquement à partir d'un trouble d'origine organique (le relâchement des associations), de Clérambault défend dans les années 1920 l'organogenèse du trouble primaire des « psychoses à base d'automatisme », la construction délirante ne survenant que secondairement. Mais contrairement au premier, qui accorde au délire une *interprétabilité* sur la base des mécanismes inconscients dégagés par la jeune science psychanalytique, le second n'y voit que le déroulement opérant d'un « intellect raisonnable *et souvent intact* » en proie à des phénomènes morbides. Nous ne retiendrons aucun de ces deux axiomes avancés par de Clérambault : organogénèse de l'automatisme mental, et rationalité du délire qui s'y fonde.

L'une de nos principales hypothèses implique d'ailleurs la négation du premier, puisque nous défendons l'idée selon laquelle le recours à l'automatisme mental est psychiquement déterminé, et que son sens lui est fourni par sa *Gestalt* : celle d'une pénétration psychique. Que la vulnérabilité à la dissociation, c'est-à-dire la propension du moi à se diviser, entraînant l'autonomisation des parties scindées du moi, puisse trouver son origine dans une série de facteurs de divers ordres (nous pensons aux modèles interactionnistes bio-psycho-sociaux développés par les psychologues de la santé ces trente dernières années), n'exclut pas que l'élection du mécanisme délirant soit psychiquement déterminée. A ce titre, nous ferons l'hypothèse que la modalité spécifique d'exclusion des parties du moi devenues entités autonomes, qui consiste en une occupation de l'espace interne du moi par ces mêmes parties, trouve une signification dans la problématique qu'elle sert. Or cette signification lui est fournie par sa forme : la relation nouvelle entretenue par le moi avec ses parties clivées est celle d'un contenant à son contenu, soit un rapport de pénétration passive, d'invagination.

Quant à l'hypothèse d'un raisonnement sain à l'origine du délire dans les psychoses hallucinatoires chroniques, selon laquelle le délirant ne ferait que se tromper, en tirant des conclusions logiques sur la base des informations erronées qu'il reçoit, elle fait bien peu de cas de la spécificité phénoménologique du délire, de la singularité de ses thèmes, et de la

---

<sup>387</sup> *Ibid.*, p. 55.

<sup>388</sup> *Ibid.*, p. 85.

massivité de la conviction qui ne manque jamais de l'accompagner, puisse-t-elle coexister avec un *insight* des suites d'un clivage du moi tel qu'il est favorisé par tout travail de psychoéducation auprès des psychotiques. Freud déjà en 1911 faisait référence à ce type de conceptions :

Dans les traités de psychiatrie, il est souvent dit que le délire des grandeurs dérive du délire de persécution en vertu du processus suivant : le malade [...] éprouverait le besoin de s'expliquer cette persécution et en viendrait ainsi à se croire lui-même un personnage important, digne d'une persécution pareille. [...] Mais nous sommes d'avis que c'est penser d'une manière aussi peu psychologique que possible que d'attribuer à une rationalisation des conséquences affectives d'une telle importance<sup>389</sup>

De Clérambault décrit une « scission » caractéristique de l'automatisme mental, donnant lieu à la coexistence de deux personnalités :

Fréquemment, le tonus affectif se trouve être différent en degré et même partiellement en nature chez les deux personnalités. Une simple fatigue chez la Personnalité Prime se traduira chez la Personnalité Seconde par une colère. Nous interrogeons une vieille fille, hallucinée avec scission très accusée, qui se montre heureuse non seulement d'être interrogée, mais, par un appoint érotique, d'être traitée familièrement, bref dont toute la bonne volonté nous est acquise [...] elle fait un mouvement de colère, dirigé contre une de ses voix, et dit tout haut : "Laissez, si nous voulons répondre, nous répondrons ; nous voulons répondre à Monsieur". En même temps elle nous serre la main, et nous confirme qu'une de ses voix, nous déclarant importun, lui ordonne de ne plus nous répondre, mais qu'elle n'en tiendra aucun compte.<sup>390</sup>

Les dominantes de la Personnalité Seconde sont *Animalité, Vanité, Hostilité*.<sup>391</sup>

En décrivant ainsi la « scission » entre « deux personnalités », de Clérambault dessine la forme de son automatisme mental : une présence étrangère au-dedans, un autrui intérieur avec qui se noue une relation. Mais il ne s'agit pas là d'une relation du moi à ses objets internes, comme semble le supposer de Clérambault lorsqu'il établit un parallèle entre automatisme mental et rêve<sup>392</sup>. Le dialogue morbide qui s'établit entre le moi et son autrui intérieur n'est pas de même nature que ceux du rêveur avec son rêve, de l'hystérique avec ses rêveries diurnes, ou de l'obsessionnel avec ses ruminations, dialogues qui se jouent dans le « théâtre privé » de la névrose. Il se spécifie métapsychologiquement dans une pénétration du moi par

---

<sup>389</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*, p. 296.

<sup>390</sup> Gatién de Clérambault G., 1927, *op. cit.*, p. 83.

<sup>391</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>392</sup> *Ibid.*, p. 78.

une partie clivée de lui-même. Entre le moi et sa partie (devenue totalité) se noue une relation, s'instaure une dialectique. De Clérambault souligne le rapport d'*emprise* qui caractérise cette relation, emprise sous laquelle l'autrui intérieur tient le moi : « Toute psychose Hallucinatoire est une sorte de Délire à Deux ou les Psychismes sont unis dans un même cerveau et où le psychisme le plus fruste domine l'autre, parce qu'il est plus inventif et plus tenace. »<sup>393</sup>. En témoigne aussi l'expression de « Syndrome de Passivité »<sup>394</sup> qu'il propose pour désigner le « Petit Automatisme ».

Les travaux de de Clérambault mettent en évidence un faisceau de symptômes traduisant, aux plans cognitif (comprenant l'idéation, la perception et la volition), affectif et comportemental, une xénopathie, c'est à dire la perte du sentiment de propriété du sujet sur ses phénomènes internes. Eugène Minkowski note que « toutes les manifestations parcellaires du syndrome de Clérambault ont ceci de commun qu'elles comportent un facteur d'ordre *spatial*. Tout se joue dans l'espace ici ; on dirait que la personnalité humaine n'arrive plus à s'affirmer par rapport à l'espace ; perturbée dans son intimité, elle se dédouble, pour ainsi dire, dans l'espace et semble ouverte à tous les vents »<sup>395</sup>.

Les manifestations psychiques autonomisées, vécues dès lors comme hétérogènes au moi, réalisent une pénétration psychique : elles occupent l'espace interne et procurent une excitation. De Clérambault observa d'ailleurs une corrélation entre automatisme mental et excitation, même s'il en tira d'autres conclusions : « Le rapport de cause commune entre A. M. et euphorie est à admettre dans de nombreux cas observables surtout chez de vieilles filles... *l'excitation et l'A. M. sont alors fonction d'une même cause histologique* »<sup>396</sup>. C'est d'ailleurs à plusieurs reprises que de Clérambault associe l'automatisme mental aux « vieilles filles », qui de plus témoignent d'un « appoint érotique »<sup>397</sup>. Il dit aussi de la « Personnalité Seconde », celle qui domine l'autre, qu'elle est « hypersexuelle. [...] du moins, constamment et intensément, chez les femmes ». Cela va dans le sens de notre hypothèse selon laquelle le phénomène de pénétration psychique que traduit l'automatisme mental (la partie clivée du

---

<sup>393</sup> *Ibid.*, p. 88.

<sup>394</sup> *Ibid.*, p. 61.

<sup>395</sup> Minkowski E. (1933) *Le temps vécu*. Paris : PUF, 1995, p. 205.

<sup>396</sup> Gatién de Clérambault G., 1927, *op.cit.*, p. 55.

<sup>397</sup> Cela rejoint nos considérations relatives à la susceptibilité spécifique des religieuses aux décompensations hystériques (voir 2.1.4.).

moi en occupe l'espace interne et le tient sous son emprise) réalise le désir érotique. Ce désir a trait à la pénétration passive, il est l'expression de la composante pulsionnelle *vaginale*.

### 2.3.6. Le syndrome d'action extérieure d'Henri Claude

En 1930, Henri Claude, neurologue, psychiatre, chef de service à l'hôpital Sainte Anne à Paris, introduit une théorie pour expliquer les manifestations hallucinatoires psychiques et psycho-motrices, dans un article qui, nous allons le voir, ne brille pas par sa clarté<sup>398</sup>.

L'auteur propose de distinguer :

- les « hallucinations vraies », caractérisées « par l'invasion dans la conscience de sensations élémentaires neutres, vides de contenu affectif », d'origine « mécanique », et observées le plus souvent dans les troubles neurologiques ;
- les « pseudo-hallucinations », qui correspondent à la « croyance en de fausses “réalités” perceptives », chargées affectivement ; celles-ci « admettent une explication “psychologique” », puisqu'elles sont intégrées « aux complexes et aux tendances affectives du sujet ». Elles sont caractéristiques des bouffées délirantes et des psychoses chroniques. L'auteur s'oppose ainsi aux thèses mécanicistes de de Clérambault. Ces pseudo-hallucinations « se distinguent essentiellement des premières par leur charge affective qui les engage profondément dans la personnalité du sujet et par leur liaison complexe à tout un système de représentations analogues et de même sens qui constitue le plus généralement *un syndrome d'action extérieure* »<sup>399</sup>. Ce sont donc uniquement ces « pseudo-hallucinations » qui intéressent Henri Claude.

On peut déjà formuler une première interrogation : que fait-il des hallucinations dites psycho-sensorielles, qui n'appartiennent ni à la catégorie des hallucinations non-délirantes d'origine neurologique (les hallucinoses), ni à celle des hallucinations psychiques à thème d'influence (d'« action extérieure », pour reprendre son expression) ?

L'auteur considère que « dans les psychoses, les diverses manifestations dites hallucinatoires et surtout les hallucinations auditives sont le résultat d'un trouble de la cénesthésie ou des modifications profondes de la personnalité, dont le sujet conscient de leur caractère

---

<sup>398</sup> Claude H. Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Encéphale* 1930 ; 25(5) : 345-359.

<sup>399</sup> *Ibid.*, p. 345.

pathologique cherche une explication » : il est alors souvent porté « à invoquer une action extérieure ». Claude prête ici aux rationalisations un rôle qui semble contredire ce qu'il vient d'avancer sur l'origine psychologique des pseudo-hallucinations : si les manifestations hallucinatoires sont psychogènes et d'emblée idéiques, pourquoi le malade aurait-il besoin d'en chercher « une explication » et d'invoquer rationnellement une « action extérieure » ? Celle-ci n'est-elle pas intrinsèque à la nature des manifestations pseudo-hallucinatoires ?

L'auteur repère « deux variétés de mécanisme » distinctes, pouvant mener à un tel développement délirant :

1/ les sujets « plus ou moins débiles au point de vue psychique, ou à tendance paranoïaque » se complaisent dans des « ruminations mentales prolongées », ont des « tendances aux fausses reconnaissances, à se créer des représentations mentales objectivant le cours de leurs pensées, et même à se livrer à haute voix à des soliloques » ; c'est sur un tel terrain d'exagération du langage intérieur (l'hyperendophasie de Jules Séglas), et à la faveur d'un choc affectif ou d'une pathologie somatique, qu'apparaîtrait une « psychose hallucinatoire ». Mais Henri Claude souligne que ces phénomènes hallucinatoires (« souvent des pseudo-hallucinations verbales, ou des impressions génitales ») « sont toujours intégrés dans la personnalité du sujet » : les malades atteints de ces pseudo-hallucinations « décrivent très nettement que les voix s'adressent à eux, les injurient ou les flattent, font des réflexions sur leurs actes, leur conduite ; ils entretiennent des conversations avec les voix. Puis, lorsque l'affection est à un stade plus avancé, surviennent des phénomènes psychomoteurs : on les force à faire certains actes, ou on les empêche, on les fait parler, on actionne leur cerveau, on conduit ou on arrête leur pensée. Dans l'esprit de ces malades s'implante toujours dès le début l'idée qu'il s'agit d'une force indépendante de leur volonté, d'une action extérieure mal précisée d'abord ». Les malades « font appel à une des explications mécaniques (électricité, T.S.F., ondes), ou psychiques (suggestion, transmission de pensée), ou mettent en cause des persécuteurs »<sup>400</sup>. L'auteur semble une nouvelle fois se contredire : si « l'idée qu'il s'agit d'une force indépendante de leur volonté » s'impose d'emblée, pourquoi Claude soutient-il que l'« action extérieure » ne sera invoquée que secondairement par le malade qui « cherche une explication » à ses phénomènes hallucinatoires ?

---

<sup>400</sup> *Ibid.*, p. 350.

2/ Le syndrome d'action extérieure peut également « se développer dans d'autres conditions. Il s'agit d'états crépusculaires de la conscience qui révèlent et organisent une activité onirique imaginative et affective qui prend l'apparence d'une réalité hallucinatoire imposée à la conscience. Ces états crépusculaires sont de deux ordres : des *états confusionnels* souvent légers qui amènent un fléchissement de la critique et des *cauchemars* ». Claude postule dans ce cas de figure une double participation organique et psychologique, dans laquelle on pressent déjà la pensée d'Henri Ey (qui fut son chef de clinique, et avec qui il a publié plusieurs travaux) : les facteurs biologiques déterminent la confusion ou le sommeil, eux-mêmes occasionnant un « engourdissement » de l'activité intellectuelle, de la critique, dont vont opportunément profiter les « tendances affectives » pour s'exprimer librement. Mais Claude soutient également que dans les « phases consécutives de lucidité », bien que le malade a « récupéré une activité et une pensée “vigile” », il « projette dans ses perceptions des croyances délirantes qui les déforment ». Difficile d'être plus obscur : que signifie cette « projection » ? D'où viennent ces « croyances délirantes » qui sont ainsi projetées dans les perceptions hallucinatoires ? Ne s'agit-il pas plutôt, là encore, de rationalisations ? Qu'est-ce que l'auteur entend par l'« introspection délirante », qui selon lui crée « une source d'interprétations constantes où le malade coule ses tendances affectives »<sup>401</sup> ? D'où vient-il que cette tendance à l'interprétation délirante prend le dessus, alors même qu'à ce stade, l'intelligence et la critique ne sont plus engourdies par la confusion ni par le sommeil ?

Henri Claude semble ainsi se situer à mi-chemin entre la pensée de Gaëtan Gatian de Clérambault et celle d'Henri Ey, dans la mesure où il renonce vigoureusement à situer le développement des troubles dans une mécanique qui exclut la personnalité du malade (à l'instar d'Henri Ey), tout en laissant encore une large place à la réinterprétation (rationnelle ?) des phénomènes perceptifs hallucinatoires (ainsi que l'assène de Clérambault). Claude donne ainsi l'impression de ne parvenir qu'imparfaitement à se dégager du mécanicisme dominant de l'époque (les articles de de Clérambault sur l'automatisme mental n'ont alors que trois ans). Par ailleurs, en distinguant comme il le fait les phénomènes hallucinatoires et les croyances délirantes, l'hypothèse de Claude empêche de situer précisément l'origine de la forme de ce « syndrome d'action extérieure » (forme qui seule, rappelons-le, nous intéresse) : le vécu xénopathique du malade doit-il être mis au compte du phénomène primaire hallucinatoire (en ceci qu'il s'agit de « pseudo-hallucinations », autrement dit d'hallucinations

---

<sup>401</sup> *Ibid.*, pp. 348-355.



psychiques et psycho-motrices, donc référées selon nous à une pénétration) ou des croyances délirantes qui s’y adjoignent secondairement (et qui, pour Claude, trouvent leurs motifs dans les tendances de la personnalité des « débiles » et des « paranoïaques ») ?

Voyons justement, à présent, comment son illustre collaborateur a su brillamment clarifier la position qui, de notre point de vue, n’apparaît qu’en gestation dans la description du syndrome d’action extérieure par Henri Claude. Nous verrons que cette clarification a consisté, notamment, à balayer la distinction entre l’hallucination et le délire qui ne constituent, chez Henri Ey (et nous partageons pleinement ce point de vue), que les deux faces d’un même phénomène : l’hallucination est le creuset formel dans lequel se fond la contenu idéique délirant.

### 2.3.7. La notion d’automatisme chez Henri Ey

En 1934, Henri Ey publie *Hallucinations et délire*<sup>402</sup>. Il y mène une réflexion sur la notion d’automatisme qui l’amènera à définir l’approche psychopathologique dite « organo-dynamique », que toutefois il ne nomme pas encore. Ses considérations s’appuient sur « l’ambiguïté » de cette notion : « l’automatisme, écrit-il, apparaît sous un double aspect : apparence de spontanéité, d’autonomie et transfert mécanique de l’excitation initiale jusqu’au résultat final ». Est automatique « *ce qui n’est pas “volontaire”* ». Or la volonté peut se représenter « tantôt comme un pouvoir d’inhibition [...], tantôt comme la sphère des appétits, des tendances et des désirs ». Par conséquent, il existe « deux définitions extrêmes de l’activité automatique, l’une liée à la notion de pulsion affective non disciplinée, l’autre de centres associatifs, de mécanismes montés et toujours prêts à se détendre. Pour l’une, l’acte automatique apparaît comme mû par des ressorts affectifs et souvent secrets. Pour l’autre, l’acte automatique est un système associatif mis en mouvement mécaniquement et d’une manière fortuite »<sup>403</sup>. Autrement dit, dans le premier cas, l’automatisme est ce qui déborde le pouvoir d’inhibition conscient, dans l’autre, il est référé à une activité infraliminale, c’est-à-dire située en-deçà du champ d’action de la volonté entendue comme régulation consciente.

---

<sup>402</sup> Ey H. (1934) *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l’automatisme verbal*. Paris : L’Harmattan ; 1999.

<sup>403</sup> *Ibid.*, pp. 2-4.

Henri Ey montre que ce dualisme, entre un « *automatisme affectif* » et un « *automatisme fortuit* », en recouvre un autre : celui qui oppose une conception psychogénétique, celle de la psychanalyse, qui voit dans les manifestations psychiques, normales et pathologiques, l'expression de complexes affectifs déterminants, non-apprivoisés pourrait-on dire (on se souvient de la métaphore freudienne du chevalier tentant de soumettre sa monture, illustrant les rapports du Moi et du Ca), et une conception « organiciste » et « mécaniste », qui comprend les troubles comme découlant mécaniquement de lésions cérébrales. Notons que ce dualisme n'a rien perdu de son actualité : on pourrait le résumer à la distinction contemporaine entre l'inconscient de la psychanalyse, et celui du neurocognitivism, siège des opérations cognitives infraliminaires.

Henri Ey se montre critique vis à vis de ces deux approches diamétralement opposées :

- la « conception mécanique » de l'automatisme implique la « dissolution de la notion de volonté » (et donc de celle d'automatisme, qui en est le négatif) : « si l'excitation mécanique peut effectivement tout réaliser en matière d'action ou de pensée humaine », alors les notions d'automatisme et de volonté perdent tout contenu. De plus, si tout est automatique, alors tout est pathologique : « la distinction du normal et du pathologique s'écroule en même temps que celle du volontaire et de l'automatique ». Par ailleurs l'auteur rappelle « l'importance du "contenu" dans la constitution d'un symptôme qui ne peut être purement formel et dont la cause mécanique est incapable de lui fournir ce "contenu" » ;

- à l'inverse, la conception psychanalytique s'appuie sur un « postulat essentiel » qui stipule que « tout, dans l'activité de l'esprit, a une signification libidineuse plus ou moins symbolique et en tout cas répond à une finalité inconsciente ». Henri Ey s'interroge : « n'y a-t-il pas du "fortuit", c'est-à-dire quelque chose d'indépendant de nos tendances affectives, qui intervient dans notre pensée et nos actions ? [...] il doit bien y avoir une *limite* à cette finalité indéfinie ». La psychanalyse, selon Ey, donne trop de place à la « volonté » entendue comme synonyme de désir, de tendance affective (Ey parle de « panvolontarisme »)<sup>404</sup>.

Autrement dit, selon la conception psychanalytique, toute manifestation psychique, normale ou pathologique, a un sens ; selon la conception mécaniste, aucune n'en a.

---

<sup>404</sup> *Ibid.*, pp. 11-17.

« Ce que nous recherchons entre ces deux séries étiologiques, assure Henri Ey, ce ne sera pas un vague compromis ». Se référant aux travaux du neurologue britannique John Hughlings Jackson, mais aussi à Eugène Bleuler et Pierre Janet, Ey propose de considérer une organisation psychologique hiérarchisée :

- « tout près de l'activité réflexe se trouve le jeu de nos associations mnésiques » ; c'est vers « ce rudiment d'activité psychique [...] que régresse notre mentalité dès qu'elle se détend » ;
- « à un degré de plus, nous rencontrons le plan du jeu, des phantasmes, du rêve et des rêveries. Ici notre activité sous tendue par nos tendances, par les noyaux de notre personnalité psychologique, prend une première forme de finalité » ;
- « au degré supérieur, nous trouvons l'acte volontaire et conscient, c'est-à-dire l'activité qui s'adapte au réel et à ses lois (logique) [...]. Là, l'activité arrivée à son suprême degré exige, sous forme d'attention, un effort créateur, une direction et, à ce titre, elle représente la finalité la plus haute »<sup>405</sup>.

Voilà donc le compromis proposé par Henri Ey : « Cette hypothèse d'une activité mentale dont chaque plan constitue un effort de plus en plus difficile, une plus grande utilisation de ce que Janet appelle la tension psychologique, restituée à l'acte volontaire sa pleine signification sans compromettre l'existence d'une activité purement associative et sans finalité ». Par conséquent, « il y a entre le symptôme et son étiologie organique un *écart* », à mettre au compte de « la *personnalité* du malade ». La notion d'« automatisme » ainsi resituée par Ey, recouvre donc un champ psychopathologique bien plus étendu que ce qui nous intéresse ici : l'automatisme est ce qui se manifeste lorsque les brides de la volonté supérieure, consciente, sont lâchées du fait d'un processus pathologique d'origine neurologique ; tout ce qui est psychiatriquement pathologique est donc, de ce point de vue, automatique, puisque la maladie va être l'expression de complexes psychologiques jusque là soumis à l'inhibition caractéristique de la santé mentale<sup>406</sup>.

Henri Ey situe le phénomène hallucinatoire au regard de cette conception du psychisme :

l'hallucination [...] est une *erreur conditionnée par une chute de niveau psychique à déterminisme organique ou affectif qui lui confère une sensorialité plus ou moins nette.*

---

<sup>405</sup> *Ibid.*, pp. 18-21.

<sup>406</sup> *Ibid.*, pp. 21-22.

*Elle est toujours pétrie de la pâte de la personnalité du sujet et faite de sa propre activité.*<sup>407</sup>

L'auteur s'intéresse plus spécifiquement aux phénomènes d'automatisme, au sens, cette fois, restreint du terme. Les « pseudo-hallucinations », ou hallucinations psycho-motrices, correspondent à l'« *objectivation* relative des phénomènes de la pensée et du langage »<sup>408</sup> : par ce terme, Ey traduit le fait que les contenus mentaux sont perçus comme des objets, des corps étrangers. Nous pourrions même dire, en langage psychanalytique, qu'ils sont *objectalisés*, c'est-à-dire investis comme des *objets pulsionnels*, et non plus comme des parties de soi. C'est à ce titre que l'on peut dire du sujet influencé qu'il se vit comme pénétré par des parcelles de sa propre activité psychique, qu'il ne reconnaît plus comme telles.

S'appuyant notamment sur les travaux de Jules Séglas, Henri Ey s'intéresse à la description et la classification des « hallucinations psycho-motrices verbales ». Il propose de distinguer :

- les phénomènes étrangers, « qui apparaissent non-exécutés par le sujet, se faisant en-dehors de sa propre activité » : il s'agit des « articulations verbales automatiques » « *qui sont prononcées par la langue ou le larynx sans aucune participation consciente* ». Dans tous ces cas, « le malade exécute des mouvements qu'il n'éprouve pas comme personnels, ce sont des mouvements en-dehors de lui ». Ici, le malade assiste « en spectateur [...] au déroulement d'un langage plus ou moins complètement formulé ».

- les phénomènes forcés : il s'agit d'« actes de langage intérieur ou extérieur accomplis (avec conscience de les accomplir) par le malade qui ne s'en sent pas responsable ». Ils regroupent les impulsions verbales (« *mots ou phrases prononcés par le sujet malgré lui* »), les élocutions imposées (« *propos qui sont prononcés par le sujet qui se sent forcé par une puissance extérieure à les exprimer* »), et les élocutions inspirées (« *propos prononcés par le sujet qui se sent forcé par une puissance intérieure à les exprimer* »)<sup>409</sup>.

Les phénomènes étrangers participent du « *sentiment d'automatisme* » : « Le sujet qui éprouve des phénomènes étrangers (articulations verbales automatiques) présente ces phénomènes comme sans aucun lien avec sa pensée, ce sont pour lui, des *objets inclus dans sa personne*. Ces objets sont des paroles. »<sup>410</sup>. Les phénomènes forcés, quant à eux, sont référés

---

<sup>407</sup> *Ibid.*, p. 173.

<sup>408</sup> *Ibid.*, p. 175.

<sup>409</sup> *Ibid.*, pp. 66-74.

<sup>410</sup> *Ibid.*, p. 76.

à un « *sentiment d'influence* »<sup>411</sup>. Henri Ey ne relève « qu'une différence de degré entre ces sentiments »<sup>412</sup>. Se référant aux travaux de Janet, Ey note que ces deux « sentiments » ont une même racine : le « *sentiment d'emprise* »<sup>413</sup>. Dans les deux cas, les malades éprouvent d'ailleurs le même « sentiment d'être des *sujets* – d'être des marionnettes dont on tire les ficelles, – d'être des *possédés* »<sup>414</sup>. L'auteur souligne ainsi ce qui, de notre point de vue, constitue la dimension relationnelle de cette symptomatologie : dans son vécu délirant, le sujet est engagé dans une relation avec un objet intérieur, au sein de laquelle il occupe une position de passivité. Ey évoque à ce titre la « *repersonnalisation* » à l'œuvre :

Ce que le malade éprouve comme n'étant pas en continuité avec lui-même, il l'éprouve non pas comme une force physique aveugle mais comme une *action humaine ou spirituelle* (plus ou moins directe) et par conséquent significative, intentionnelle<sup>415</sup>

Ey prend le contre-pied de la théorie « mécaniste », qui voit dans la construction de l'idéation (les idées d'influence) la conséquence mécanique, logique, du vécu sensoriel (les hallucinations). Pour l'auteur, au contraire, « les phénomènes hallucinatoires sont “informés” par le délire », c'est-à-dire qu'ils « reçoivent leur forme » du délire<sup>416</sup> : c'est donc le « sentiment d'influence » qui modèle le vécu hallucinatoire. Autrement dit, « *c'est dans la matière même* » des sentiments d'automatisme et d'influence que « *se coulent* » les hallucinations psycho-motrices (phénomènes étrangers et phénomènes forcés). Conformément au modèle organo-dynamique qu'il vient de dégager sans le nommer, Ey propose de considérer que « ces sentiments expriment une prévalence des couches profondes de la personnalité »<sup>417</sup>.

L'ouvrage de 1934 est ponctué de nombreuses illustrations cliniques. Nous proposons de nous arrêter sur quelques unes d'entre elles. La sélection d'un cas, ou de ses éléments saillants, expose toujours le chercheur au reproche de ne retenir que le matériel clinique qui corrobore ses hypothèses. Dans notre cas, ce reproche nous semblerait injustifié. Ici comme ailleurs nous avons tenté, à chaque fois que des éléments cliniques contrevenaient à nos hypothèses, de nous y confronter avec probité : parfois nous les avons écartés comme ne relevant tout

---

<sup>411</sup> *Ibid.*, p. 79.

<sup>412</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>413</sup> *Ibid.*, p. 96.

<sup>414</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>415</sup> *Ibid.*, p. 84.

<sup>416</sup> *Ibid.*, p. 86.

<sup>417</sup> *Ibid.*, p. 93.

simplement pas de notre champ d'étude (certaines manifestations appelées automatismes ou phénomènes d'influence par certains n'en sont pas, au sens où nous l'entendons dans la présente recherche ; dans une moindre mesure, on a vu parfois des auteurs qualifier ainsi des phénomènes trop atypiques, ou encore noyés dans une phénoménologie disparate, comme c'est souvent le cas dans les schizophrénies par exemple, si bien qu'il nous a semblé préférable de ne rien déduire de leur analyse qui concerne la psychopathologie des phénomènes d'influence) ; dans les autres cas, nous nous sommes efforcé de les considérer, et d'en tirer les enseignements en restituant à la réalité la nuance et la complexité que les considérations théorico-cliniques tendent souvent à effacer (par souci de clarification).

L'auteur rapporte les propos d'un « jeune homme » malade « chez lequel prédominent les hallucinations auditives, mais liées à des phénomènes psycho-moteurs », dont nous citons ici quelques extraits :

On parle avec un jet. C'est un jet qu'on appelle des esprits. [...] ça traverse tout, ça me traverse moi [...]. C'est un rayon qu'on ne voit pas et qu'on sent, ça infiltre tout, tout ce qu'ils veulent infiltrer. Je les sens comme une pompe, comme si on injecte quelque chose. Je ne me sens plus le même... Je sens que je ne puis pas empêcher ce qui rentre. [...] Ça ennuie plutôt et on n'y tient pas parce qu'on se sent pris sous l'influence de quelqu'un. [...] Moi, je me suis abîmé étant jeune par la masturbation. Je me suis arrêté depuis que j'ai été au régiment. C'est les voix que les jets envoient qui parlent à l'intérieur du ventre. [...] Je l'entends par la tête, ça pénètre presque dans le haut. [...] Je ne fais pas d'effort pour penser. Les pensées viennent. La voix dans le ventre vient de ceux qui me possèdent. [...] Ils font toutes sortes de choses comme les démons. Ils jouent avec mes convoitises qu'on a soulevées. Des femmes... et en dehors des choses sexuelles. Je suis plutôt religieux de nature. On m'a soulevé dans mon lit. [...] Je sens qu'ils parlent, par un jet, à l'endroit qu'ils veulent arriver. [...] Ils me font des impressions sexuelles. Ils me touchent, ils veulent me faire toucher, mais je m'abstiens. Je sens des actions, je crois que ça vient d'eux. Ils me possèdent... dans le ventre. Les jets sont des jets de sperme souvent.<sup>418</sup>

Ey précise que ce jeune patient « semble s'être fixé homosexuellement à un cuisinier avec lequel il travaillait et qui est devenu son persécuteur », et ajoute qu'il est « érotiquement possédé » : son désir *vaginal*<sup>419</sup> n'a pas échappé à l'auteur. L'hypothèse générale qui soutient notre présent travail est que l'influence, dans bon nombre de cas, se trouve ainsi « érotiquement » déterminée, en ceci qu'elle réalise le désir inassumable d'une pénétration sexuelle passive. Nous verrons par la suite que les choses ne sont pas toujours aussi

---

<sup>418</sup> *Ibid.*, pp. 99-100.

<sup>419</sup> Nous reviendrons plus longuement par la suite, à propos du cas Daniel Paul Schreber, sur la question de l'homosexualité dans des contextes prégénitaux, où par conséquent la différence des sexes est bancal, voire gommée.

transparentes que chez ce malade, qui se dit « possédé » par des « esprits », et qui sent « comme une pompe » qui le « pénètre » et lui « injecte » des « jets de sperme ». Tous les éléments de ce qui constitue, selon nous, le destin psychotique du désir *vaginal* en cause dans la problématique hystérique, apparaissent ici au grand jour : les hallucinations psychomotrices comme équivalent coïtal, l'incorporité de l'objet pénétrant, la projection du sentiment amoureux en hostilité (qui fonde, nous le verrons, la parenté des psychoses hystérique et paranoïaque). Notons toutefois que sur un point essentiel, cette configuration hystérique n'est pas typique : la face érotique du désir sexuel n'est pas parfaitement abolie, elle est en grande partie projetée elle aussi (à l'instar de la face tendre, du *sentiment*), puisque la pénétration est ici souhaitée par les persécuteurs (au contraire du vécu délirant de Schreber où Dieu, nous le verrons, ne souhaite, pas plus que le célèbre magistrat, cette pénétration qu'il lui fait subir). Cette dimension érotomaniaque, comme d'ailleurs le caractère transparent du délire que nous avons déjà souligné, semblent devoir être mis au compte de la fragilité de cette organisation hystérique, qui échoue à abolir chez ce jeune homme toute trace de *vaginalité*.

Henri Ey propose une autre illustration clinique, le cas d'une femme de 45 ans, traitée à l'origine pour un délire érotomaniaque (elle se dit la maîtresse d'un Professeur de médecine), dont elle dit qu'il la « prend la nuit ». Elle est d'ailleurs « possédée la nuit par plusieurs personnages ». Voici ce qu'elle dit au médecin :

Il me fait rappeler tout. Il me fait rappeler tout ce que j'avais fait. [...] Je puis attraper une personne par les yeux et alors je fais le rêve. [...] Parfois il y a dédoublement, parfois quelqu'un qui me fait dire. Il y en a qui me fluident des grossièretés et des obscénités. [...] je suis toujours capable de me débarrasser de tout ça. Je chasse le dédoublement. Tout le monde en a, quand je veux je me dédouble et je me transporte ailleurs. Je ne suis qu'une seule personne mais le dédoublement s'en va. On est encombré par des dédoublements étrangers. On ne peut pas retenir les grossièretés qui vous sont imposées. [...] Parfois on appuie pour vous envoyer des pensées. On a l'idée et on sent quelque chose qui appuie. *Je ressens cette impression qui me pénètre toute*. Je comprends très bien comme on me le disait verbalement. C'est toujours *lui* qui me les transmet. J'ai le dédoublement fluide du professeur J... dans la tête. [...] Je puis chercher par le rêve et je puis trouver la personne avec qui je veux causer et on cause ainsi.<sup>420</sup>

---

<sup>420</sup> *Ibid.*, pp. 124-125.

A nouveau, l'équivalence entre la forme du délire (automatisation des manifestations internes) et la problématique est évidente. Mais on peut noter qu'ici, il y a maintien de certains caractères névrotiques de l'hystérie<sup>421</sup> :

- le « théâtre privé » ne semble pas avoir totalement disparu au profit de l'hallucination psychique : la malade exprime volontiers son appétence au rêve éveillé, sans que cela ne se mue systématiquement en délire ;

- la malade semble garder un certain contrôle sur ce qu'elle appelle son « dédoublement », au sujet duquel la conviction délirante semble fluctuante (tantôt force étrangère, tantôt partie d'elle-même) ;

- enfin, l'affect amoureux a pu être maintenu dans l'espace intra-psychique, plutôt qu'éjecté, ce qui traduit le maintien d'une relative stabilité de l'identité capable, jusqu'à un certain degré, de supporter le désir. Seule la face érotique, *vaginale*, du désir, a été abolie et réalisée dans le délire : outre l'aspect formel du délire, les « grossièretés » et les « obscénités », porte-parole du désir éjecté, sont vécues comme « imposées » par une force étrangère.

On retrouve ici l'incorporité de l'objet pénétrant : le rêve, le « fluide », et bien sûr l'automatisme verbal.

Henri Ey note que cette malade, qui pourtant « délire depuis de longues années », « ne présente pas le tableau de l'incoordination psychique ». Autrement dit, elle n'est pas schizophrène : il s'agit, conformément à nos attentes, d'une psychose chronique non-dissociative.

L'auteur repère « au fond de tout le tableau clinique [...] une *croyance fondamentale délirante*, celle d'être possédée par l'objet de l'érotomanie ». Il note par conséquent, et nous ne pouvons qu'abonder dans ce sens, que le « *sentiment d'influence* » de la malade « comble son désir »<sup>422</sup>, à ceci près que dans la plupart des cas, ce désir n'est plus reconnu.

L'auteur évoque aussi le cas rapporté par Joseph Lévy-Valensi, plus simple encore et plus typique, d'une jeune malade qui présente d'incontestables traits de caractère hystériques : elle a une propension aux « rêveries », souhaite devenir « une étoile de cinéma », et présente un « pithiatisme », c'est-à-dire une forte suggestibilité. On apprend qu'elle est devenue

---

<sup>421</sup> Plus loin, nous envisageons de distinguer l'hystérie psychotique de la psychose hystérique : la première serait une forme moindre, moins totale, de rejet du désir *vaginal*, issue de l'exportation de la problématique hystérique dans le champ psychotique ; dans la seconde, il s'agirait plutôt d'une modalité défensive psychotique contre la menace de démantèlement identitaire (voir 2.4.6.). Nous serions tenté de situer cette malade dans la première catégorie.

<sup>422</sup> *Ibid.*, p. 126.



« bigote », se livrant à des « prières interminables », avant de s'intéresser au spiritisme, et de se mettre « à invoquer les esprits qui lui ordonnent de prier ». Puis s'est installé « un délire de possession démoniaque » : « *C'est le démon qui la possède qui parle par sa bouche. [...] elle appartient au diable. Tous les mouvements qu'elle fait viennent de lui, tous les mouvements qu'elle ne fait pas sont arrêtés par lui. Elle est une automate dont il tire les ficelles* ». On ne retrouve chez elle, une fois de plus, « aucune atténuation notable de la pensée »<sup>423</sup>.

Une autre jeune femme de 29 ans est internée pour des « idées de possession » et des « sensations d'influence ». Après la disparition de cette symptomatologie, la malade décrit les phénomènes qui l'ont envahie : « Je sentais une contrainte en moi. [...] Des chansons me venaient, des idées comme si j'avais été fiancée. J'entendais une voix dans la tête "Yvonne, je vous aime !". [...] Dans moi il y avait comme quelqu'un qui parlait du cœur. Ca avait l'air d'un jeune homme très bien. C'est comme s'il avait été en moi. »<sup>424</sup>. Nous n'insisterons pas sur nos hypothèses interprétatives, qui nous semblent être corroborée par ce nouveau cas.

Dans un article co-écrit avec Joseph Lévy-Valensi, Henri Ey<sup>425</sup> décrit le tableau clinique d'un « délire spirite » survenu chez une femme de 45 ans, après avoir perdu la même année plusieurs membres de sa famille, ainsi que son « amant ». Son mari « qui voyage n'est presque jamais avec elle ». Elle s'adonne à la médiumnité, au spiritisme. Mais bientôt, elle se dit « dévorée par les esprits » qui lui font « endurer des blessures terribles et douloureuses dans son cerveau et tout son corps ». Elle présente des « hallucinations psycho-motrices graphiques » (l'écriture automatique), des hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques, notamment génitales : « Je suis réveillée la nuit et j'ai la sensation nette d'un acte qui se passe mais absolument comme s'il était réel en intimité. Cependant je ne ressens absolument rien ». Elle accuse aussi des hallucinations psychiques (« voix dans la tête », « suggestions », un « Automatisme mental » : écho de la pensée, commentaire des actes). « Le Moi, résumant les auteurs, est dépossédé », mais la pensée est intacte. La malade traduit, dans un manuscrit largement cité par les auteurs de l'article, son vécu délirant en termes géopolitiques. Elle dénonce notamment (de façon plus ou moins prémonitoire) « les fautes politiques de la France, celles en particulier [...] de nos députés », qui sont dues, selon elle,

---

<sup>423</sup> *Ibid.*, pp. 127-128.

<sup>424</sup> *Ibid.*, p. 128.

<sup>425</sup> Lévy-Valensi J, Ey H. Délire spirite. Ecriture automatique. *Annales médico-psychologiques* 1931 ; 13(2) : 126-140.

« aux esprits du Sacre allemand et autrichien qui dirigent leur cerveau ». Les auteurs notent que pour elle, tout ce qui est « immoral », en particulier les crimes et la sexualité, « est dû aux esprits » : « Ce sont les esprits qui débauchent les épouses françaises et qui poussent les hommes au vice ». En ce qui la concerne, elle a par leur faute « des désirs continuels » qu'elle qualifie d'hystériques. « Je vis seule, note-t-elle, mon mari ne rentre que tous les deux mois ». Les auteurs notent que « le délire apparaît sous cet aspect d'une vaste disculpation du Mal dont elle-même, ni ses amis, ni son pays ne sont responsables. Il y a dépossession des actes et des pensées pour le rejeter sur une influence extérieure à la personnalité ». L'objet de ce clivage, on l'a vu, est en premier lieu le désir sexuel.

Ce cas illustre un autre aspect typique de ce type de fonctionnements pathologiques : la cooccurrence de la décompensation et d'une abstinence sexuelle plus ou moins prolongée. Nous avons déjà noté que celle-ci attise volontiers la problématique d'ambivalence hystérique : c'est notamment le cas chez les religieuses (victimes de nombreux cas de possession dans l'histoire), mais aussi des « vieilles filles », repérées notamment par de Clérambault comme sujets d'élection privilégiés de ses « psychoses à base d'automatisme ».

Henri Ey revient sur un cas d'André Ceillier ; il s'agit d'une femme de 44 ans :

Au début, j'ai remarqué que je pensais au docteur beaucoup plus que je n'avais l'intention d'y penser – j'y pensais tout le temps malgré moi [...] ; puis au bout de quelques temps je me suis aperçue que je devenais bizarre. J'avais des brouillards devant les yeux, je me sentais étourdie, drôle, j'étais obligée de me coucher et à ce moment je me touchais, d'une façon très douce, comme une caresse, ce que je ne faisais jamais auparavant et tout cela en pensant toujours au Dr M... ; cela m'a paru très étrange et je me demandais si c'était de la maladie hystérie, ou si c'était dû à l'influence du Dr M... qui envahissait totalement ma pensée. J'ai eu la preuve que c'était le Dr M... qui agissait une nuit<sup>426</sup> ; [...] j'ai entendu dans mon cerveau : "inutile de vous dérober, il faut m'obéir, je suis le Dr M...". J'ai entendu cela comme une pensée, sans son, sans forme, sans précision. J'ai ressenti il y a trois ans les mêmes sensations génitales, très agréables, toujours très doucement. Sensations de rapport sexuel qui ont été en se perfectionnant progressivement. [...] Ce n'est qu'au bout de quelques mois que j'ai appris la nuit que ces sensations étaient dues au Dr M... [...] c'est parce que lui et moi avons trouvé ces sensations agréables (qu'à mon avis au début il ne faisait que pour expérimentation) que nous nous sommes aimés ; [...] Le Dr M... m'a prise en tout honneur comme sujet

---

<sup>426</sup> Notons la parenté de cette séquence avec celle qui fit basculer Schreber dans la psychose : « Un jour, cependant, un matin, encore au lit (je ne sais plus si je dormais encore à moitié ou si j'étais déjà réveillé), j'eus une sensation qui, à y repenser une fois tout à fait éveillé, me troubla de la façon la plus étrange. C'était l'idée que, tout de même ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement. Cette idée était si étrange à toute ma nature que si elle m'était venue en pleine conscience, je l'aurais rejetée avec indignation, je peux le dire ; après ce que j'ai vécu depuis, je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation » (Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 46). Dans les deux cas, le désir d'être pénétré est d'abord reconnu, bien qu'avec surprise, avant d'être éjecté, et perçu comme imposé de l'extérieur.

d'hypnose, il y a trois mois : il m'a travaillée progressivement pour correspondre à distance avec moi ; [...] Je suis hypnotisée à distance [...] ; on me fait marcher malgré moi ; on me fait manquer le train ; on me fait dire des choses que je ne veux pas [...] on m'a envoyé des fluides, des sensations de chaud et de froid, des malaises bizarres, des picotements [...]. Le but du Dr M... est uniquement scientifique. [...] Je crois que tous les ennuis qu'il me fait c'est uniquement dans l'intérêt de la science<sup>427</sup>, ce n'est pas pour me persécuter.<sup>428</sup>

On retrouve ici la note nettement érotomaniaque fréquemment rencontrée, et qui correspond à l'une des modalités de projection de la face affective du désir (le sentiment amoureux). Cette projection n'est pas totale, puisque la malade se décrit elle-même comme amoureuse de son médecin. En revanche, l'abolition du *désir érotique* est particulièrement nette ici : les manœuvres sexuelles qu'on lui fait subir sont des expérimentations, elles servent la science, et non un quelconque désir de l'homme (encore moins le sien propre de femme). Personne ne désire personne ; tout au plus consent-elle que c'est du plaisir fortuitement occasionné par ces manœuvres innocentes qu'est né leur amour réciproque. Son médecin (à l'instar du Pr Flechsig et de Dieu, qui agissent à distance sur Schreber) n'est pas son persécuter.

Dans l'ouvrage de 1934, Henri Ey explique les sentiments d'automatisme et d'influence par la « dissolution des fonctions psychiques », qui fait régresser la pensée vers des niveaux de fonctionnement inférieurs, archaïques, régis, précisément, par l'automatisme. Par conséquent, les phénomènes psycho-moteurs « ne sont que des symptômes dont le contenu et la forme sont inséparablement liés dans la mesure même où les troubles de la pensée et du langage et les sentiments qui les expriment sont les deux faces du même processus »<sup>429</sup>, à savoir, la dissociation. Cette idée selon laquelle la forme et le contenu du vécu d'influence « sont les deux faces du même processus » va dans le sens de notre hypothèse puisque, comme nous l'avons déjà souligné, nous pensons que l'aspect formel des hallucinations psycho-motrices, qui est référé à une *pénétration*, n'est pas fortuit, mais au contraire, déterminé par la problématique qu'il sert (l'ambivalence vis à vis du désir *vaginal*). L'affaiblissement des niveaux supérieurs, de la « volonté », quelle qu'en soit l'origine (pour Henri Ey, elle est organique ou affective, selon les cas) induit une « régression vers une pensée de type

---

<sup>427</sup> A nouveau, notons la proximité avec le délire de Schreber : « n'auriez-vous pu, écrit le magistrat, vous, en personne, entretenir avec mes nerfs – et au début, je veux bien le croire, dans un but thérapeutique – une relation d'ordre hypnotique, suggestive ou autre, et cela, aussi bien, en dépit de la distance qui nous sépareit ? » (*ibid.*, pp. 12-13).

<sup>428</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, pp. 156-158.

<sup>429</sup> *Ibid.*, p. 101.

affectif»<sup>430</sup>, et laisse ainsi libre cours à l'expression de tendances profondes de la personnalité ; dès lors, il nous semble que nous restons conforme à la pensée d'Henri Ey, en postulant que la personnalité trouve dans le vécu d'influence une modalité d'expression et de résolution d'un complexe affectif profond, autrement dit, d'un conflit psychique inconscient.

Ey insiste pour distinguer deux modes d'évolution de ces phénomènes psycho-moteurs :

Les *états de délire* dont nous avons parlé peuvent se prolonger dans un délire systématisé de possession (type *croyance délirante* avec phénomènes forcés et sentiment d'influence) ou dans une série de propos de plus en plus stéréotypés et incohérents, monologues, psittacisme<sup>431</sup> et salade de mots (type état délirant avec phénomènes étrangers)<sup>432</sup>

Il reprend ainsi la distinction proposée par Jules Séglas, qu'il cite :

Chez les délirants paranoïdes, bien souvent délirants sous la formule de l'idée d'influence, l'automatisme psychique a des destinées diverses. Tantôt il se systématisé à mesure qu'il s'accroît et réalise ainsi une sorte de dédoublement très particulier, qui se manifeste au maximum dans les formes que j'ai essayé d'isoler et de décrire sous le nom de délire de possession. Tantôt au contraire, l'incoordination psychique ne fait que s'accroître de plus en plus<sup>433</sup>

Nous nous représentons volontiers cette série de faits morbides sur un continuum, en fonction du degré d'« incoordination psychique », de dissociation (bleulerienne) que présente le tableau clinique :

- à une extrémité, le vécu d'influence est net, tranché ; le sujet se sent dédoublé, possédé, habité par une entité déterminée, circonscrite, souvent l'esprit ou l'âme d'un individu qu'il peut décrire (sexe, âge, etc.), avec qui il interagit éventuellement ; la pensée est intacte. Les quelques cas cliniques que nous venons d'emprunter à l'ouvrage d'Henri Ey appartiennent à ce champ psychopathologique ; c'est là que nous proposons de situer la psychose hystérique dans sa forme la plus typique ;
- à l'autre extrémité, la personnalité est dissociée, l'influence est floue, mal systématisée, les forces étrangères en cause sont mal déterminées, changeantes, la porosité se fait dans une direction centripète (influence) mais également centrifuge (diffusion de la pensée), la pensée

---

<sup>430</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>431</sup> Il s'agit d'un « langage dépourvu de signification » (*ibid.*, p. 136).

<sup>432</sup> *Ibid.*, p. 136.

<sup>433</sup> *Ibid.*, p. 135.

est gravement désorganisée ; le délire, mal systématisé et en réseau, est ici volontiers qualifié de paranoïde. Il s'agit, on l'aura compris, d'une symptomatologie schizophrénique.

Qu'en déduire de la dynamique sous-jacente ? Nous proposons de considérer que dans un certain nombre de cas, le vécu d'influence est le résultat d'une défense face à la menace de démantèlement identitaire ; cette défense consiste en une identification narcissique à un objet-contenant, assimilable au *corps-vagin* de la mère prégénitale : « le ventre », note Monique Schneider, peut devenir « la “boîte” qui limite et contient le danger d'une dissolution dans l'informe »<sup>434</sup>. Le corps, et par étayage l'instance du moi, ne sont alors plus vécus que comme un contenant susceptible d'accueillir l'autre en soi. L'unité est maintenue, au prix de ce remodelage drastique de l'*image du corps* (Pankow). L'envahissement paranoïde, la désorganisation, marqueraient donc l'échec de cette modalité défensive. Cette hypothèse d'une fonction anti-schizoïde du vécu d'influence est corroborée par les observations d'Henri Ey (mais pas par l'interprétation qu'il en fait, exempte de la causalité que nous postulons en articulant la symptomatologie à une dynamique défensive) :

Le sentiment d'automatisme disparaît-il, le délire devient une pure stéréotypie, un jeu verbal (psittacisme, schizophrénie). Dans ces cas l'incoordination psychique s'aggrave et c'est peut-on dire dans la mesure où elle s'aggrave que le sentiment d'automatisme disparaît (car il suppose une certaine notion de la personnalité)<sup>435</sup>

Pour nous, on l'aura compris, c'est justement pour lutter contre ce démantèlement de la personnalité que s'installe et se maintient le vécu d'automatisme.

### **2.3.8. Les symptômes de premier rang de Kurt Schneider**

Kurt Schneider, psychiatre allemand, s'est intéressé à ce qui spécifie le vécu schizophrénique, notamment dans une visée diagnostique. En 1950, il publie *Psychopathologie clinique*, dans lequel il recherche « un *ordre hiérarchique des symptômes pour l'élaboration du diagnostic* » de schizophrénie :

Parmi les variétés anormales de l'expérience vécue, si nombreuses dans la *schizophrénie*, il y en a quelques-unes que nous appelons *symptômes de 1er rang*, non parce que nous les tenons pour des « symptômes fondamentaux » mais bien parce qu'ils ont une importance

---

<sup>434</sup> Schneider M., 2004, art. cit., p. 45.

<sup>435</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 148.

tout à fait particulière pour le *diagnostic* quand on les confronte tant aux anomalies psychiques non-psychotiques qu'à la cyclothymie. [...] dans l'ordre de notre investigation, les symptômes de 1er rang sont : *publication de la pensée, audition de voix sous forme de propos et de répliques, audition de voix qui accompagnent de remarques les agissements du malade, expériences corporelles d'influence, vol de la pensée et autres influences de la pensée, diffusion de la pensée, perception délirante, ainsi que tout ce qui est fait et influencé par d'autres dans le domaine des sentiments, des tendances (pulsions) et de la volonté.*<sup>436</sup>

Ce qui frappe à la lecture de cette série de symptômes, c'est qu'ils semblent être les héritiers de ce que, une vingtaine d'années plus tôt, de Clérambault décrivait sous le terme de grand automatisme mental. Que ces symptômes aient pu avoir été décrétés caractéristiques, voire pathognomoniques, de la schizophrénie, de la psychose hallucinatoire chronique, ou encore de la psychose au sens large, nous importe peu. Outre qu'ils visent directement la dimension psychopathologique qui nous occupe ici, ces symptômes ont l'avantage de présenter une homogénéité clinique (ils concernent une anomalie du vécu intime relatif à l'intégrité de la personne). Notons qu'ils ne sont pas considérés comme obsolètes par la communauté scientifique (contrairement au syndrome isolé par de Clérambault).

Une lecture rapide de cette série de symptômes pourrait nous laisser penser que nous avons affaire à un découpage minutieux du syndrome d'influence en ses composantes élémentaires. Mais à y regarder de plus près, sous l'angle de la question de la pénétration, on constate qu'on peut les classer en deux catégories :

- soit l'espace de la pensée est occupé par des corps étrangers : le malade peut ressentir en lui une présence étrangère qui lui parle, lui donne des ordres, parle de lui, converse avec une autre présence étrangère, lit et commente ses pensées, les répète en écho (hallucinations psychiques) ; il peut aussi vivre ses états internes comme imposés par une force extérieure, il se sent contrôlé (manifestations xénopathiques : pensées, sensations, émotions, intentions d'actions imposées). Dans les deux cas, cela se traduit pour le malade par un vécu de pénétration psychique : son espace interne est indûment occupé, soit par une voix intérieure (le malade se sent habité), soit par une influence extérieure (le malade se sent contrôlé, voire possédé). La différenciation moi-autrui est maintenue, et se dialectise dans un rapport de contenant à contenu : il s'agit d'une modalité de pénétration. Notons, en référence à notre hypothèse du fantasme de pénétration sans corps, que la voix et la volonté constituent deux parties incorporelles d'un autrui pénétrant ;

---

<sup>436</sup> Schneider K. (1950) *Psychopathologie clinique*. Louvain : Nauwelaerts ; 1972, pp. 139-140.

- soit l'espace de la pensée est illimité, se perd dans l'infini, se confond avec la pensée des autres, échappe au malade : les pensées sont partagées, entendues, dérobées ; les états internes propres et ceux des autres menacent de s'indifférencier ; les intentions se traduisent dans le comportement des autres, comme si la pensée propre et celle des autres formaient un magma indifférencié. La différenciation intersubjective s'estompe, les limites s'effacent.

Nous voyons donc qu'il est possible de distinguer un mouvement centripète, le monde extérieur venant s'invaginer dans la pensée ou le corps du malade (hallucinations psychiques, syndrome d'influence, commentaires des actes et de la pensée, écho de la pensée), et un mouvement centrifuge, la pensée se disloquant, les limites dedans-dehors, moi-autrui, s'effaçant (diffusion, partage des pensées). Nous faisons l'hypothèse que ces deux catégories de symptômes renvoient à deux états distincts d'un même processus psychopathologique : la lutte anti-schizoïde, et son échec, l'indifférenciation intersubjective. Cette dichotomie rappelle celle qui forme la trame de toute la conception psychopathologique des psychoses, entre psychoses marginales (Randpsychosen) et nucléaires (Kernpsychosen) d'Ernst Kretschmer, entre psychoses délirantes et psychoses schizophréniques, ou encore entre les phénomènes de centralité et d'indifférenciation intersubjective décrits par Henri Grivois chez les individus en psychose naissante<sup>437</sup> : ce dernier auteur considère que, de celui de ces deux phénomènes qui prendra le dessus, dépendra l'évolution ultérieure, respectivement vers une psychose délirante ou schizophrénique.

Le cas du vol de la pensée nous confronte à une indécision : s'agit-il d'un mouvement centrifuge, ou centripète ? Prenons la métaphore d'un cambriolage. Qu'est-ce qui prime, dans le vécu de celui qui le subit : le sentiment de violation de l'intimité consécutive à l'intrusion des cambrioleurs, ou l'angoisse associée à la dispersion des biens propres dans l'espace public ? Dans le phénomène du vol de la pensée, l'accent est mis sur le vide laissé par la pensée volée, qui a disparu du champ interne, et les troubles de la pensée qui en découlent (citons notamment les barrages, symptôme emblématique du syndrome dissociatif), et non sur le vécu d'intrusion : c'est donc plutôt la dimension centrifuge qui sera retenue.

Enfin, notons que la perception délirante, notion proche du mécanisme délirant interprétatif, est à part : elle ne concerne pas le rapport du sujet à ses limites psychiques.

---

<sup>437</sup> Grivois H. *Le Fou et le mouvement du monde*. Paris : Grasset ; 1995.

### 2.3.9. Actualité de la Psychose Hallucinatoire Chronique

Henri Grivois rappelle que la PHC fut « ignorée de la psychiatrie allemande puis nord-américaine »<sup>438</sup>, et vivement critiquée en France, notamment par Henri Ey<sup>439</sup>. Et même si elle a bonne presse auprès d'un large public de psychiatres français, les études épidémiologiques françaises « laissent apparaître une fréquence très faible »<sup>440</sup> du recours à ce diagnostic. Le concept de PHC, décrit en 1911 par Gilbert Ballet, et qui s'est enrichi de la notion d'automatisme mental (de Clérambault) dans les années 1920, « s'est rapidement imposé dans l'Ecole psychiatrique française et reste couramment utilisé de nos jours par les cliniciens français », mais « n'a jamais été accepté par les autres Ecoles de psychiatrie et reste, en fait, largement méconnu en dehors des frontières françaises ». De fait, « la différenciation entre psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie paranoïde est aléatoire dès lors que l'on définit la schizophrénie à l'aide des symptômes de premier rang de Kurt Schneider, position adoptée par la plupart des Ecoles non-françaises »<sup>441</sup>.

Charles-Bernard Pull, Marie-Claire Pull et Pierre Pichot sont à l'origine d'une Liste Intégrée de Critères d'Evaluation Taxinomiques pour les Psychoses Non-Affectives (LICET-S), publiée en 1981. Ils ont défini des critères empiriques pour les différentes catégories de psychoses retenues par l'Ecole française : paranoïa, paraphrénie, psychose hallucinatoire chronique, schizophrénies. Le diagnostic de PHC requiert la présence d'au moins trois des quatre manifestations suivantes pendant au moins un mois (critère A) : hallucinations auditives internes ; idées délirantes d'influence ; hallucinations de n'importe quel type ; idées délirantes de n'importe quel type. Les deux premières manifestations « traduisent les éléments essentiels du syndrome d'automatisme mental »<sup>442</sup> ; celui-ci est donc indissociable du diagnostic de PHC. Un second critère (critère B) traduit l'aspect chronique de la pathologie : il requiert la présence de signes permanents, présents depuis au moins six mois, tels que l'un au moins des symptômes du critère A, une détérioration du fonctionnement, un isolement, une pensée déréelle, ou encore un comportement bizarre. Les « troubles majeurs du cours de la

---

<sup>438</sup> Grivois H (sous la direction de). *La psychose hallucinatoire chronique*. Paris : Masson ; 1989, p. 37.

<sup>439</sup> Ey H., 1973, *op. cit.*

<sup>440</sup> Grivois H (sous la direction de), 1989, *op. cit.*, p. 38.

<sup>441</sup> Pull CB, Pull MC, Pichot P., in Grivois H (sous la direction de), 1989, *op. cit.*, p. 71.

<sup>442</sup> *Ibid.*, p. 73.



pensée » constituent un critère d'exclusion<sup>443</sup>, ce qui permet le diagnostic différentiel avec la schizophrénie.

La PHC n'a pas d'existence dans les classifications nosographiques internationales, qui la fondent dans la schizophrénie et la *psychose atypique* (DSM-III), ou dans la *schizophrénie à début tardif* (DSM-IV). Dans une publication parue dans le *Schizophrenia bulletin*, Caroline Dubertret, Jean Adès et Philip Gorwood ont donc tenté de déterminer si la PHC peut avoir une existence indépendante de la schizophrénie<sup>444</sup>. Ils ont retenu pour le diagnostic de PHC les critères du LICET. Les malades du groupe PHC étant essentiellement des femmes (38 femmes pour 4 hommes), ils n'ont retenu que les femmes, et les ont comparées avec des schizophrènes femmes uniquement, par souci d'homogénéité. Les auteurs rappellent d'ailleurs que les études portant sur la PHC montrent toujours une sur-représentation des femmes : le ratio homme-femme varie, selon les études, de 1 pour 6, à 1 pour 22. Ce déséquilibre en faveur des femmes se retrouve, nous l'avons vu, chez la plupart des auteurs dans leur description de la symptomatologie xénopathique : André Ceillier, on l'a dit, souligne que « la psychose d'influence est de beaucoup plus fréquente chez la femme »<sup>445</sup>, et rapporte seulement dix hommes parmi la quatre-vingtaine de cas que nous avons recensée dans son article ; Henri Ey, dans son ouvrage consacré à l'automatisme verbal, rapporte 19 vignettes cliniques dont 17 concernent des femmes (et l'un des deux hommes est homosexuel)<sup>446</sup>. Cette constatation, purement empirique, ne prouve rien ; mais elle ne va pas à l'encontre de notre hypothèse, selon laquelle l'influence délirante trouve son ressort dans la sexualité féminine (ou plutôt, dans ce que nous avons considéré comme son précurseur, la *vaginalité*), même si cette remarque doit être entendue avec toutes les précautions qui s'imposent, notamment les considérations relatives à la bisexualité psychique. Par ailleurs, nombre d'auteurs insistent sur la fréquence des cas de syndrome d'influence (à thèmes souvent érotico-mystiques) parmi les *vieilles filles*, les religieuses, les *dévotes*, les *bigotes*, corroborant, là aussi, notre compréhension du délire d'influence comme un équivalent coïtal dans sa valence féminine, chez des femmes d'âge mûr confrontées à une abstinence sexuelle prolongée.

---

<sup>443</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>444</sup> Dubertret C, Adès J, Gorwood P. Clinical and etiopathogenic specificities of the French concept of Psychose hallucinatoire chronique compared to schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2004 ; 30(1) : 173-184.

<sup>445</sup> Ceillier A., 1924, n° 5, art. cit., p. 299.

<sup>446</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*

Dubertret et al.<sup>447</sup> ont formé trois groupes :

- le groupe PHC, constitué de patientes ayant répondu aux critères du LICET ;
- un groupe de schizophrènes apparié au groupe PHC en âge ;
- un groupe de schizophrènes apparié au groupe PHC en durée d'évolution de la maladie.

Les patientes PHC présentent les caractéristiques suivantes : une apparition tardive de la maladie (en moyenne 25 ans plus tard que les patientes schizophrènes) ; des hallucinations plus fréquentes et plus sévères que dans la schizophrénie ; au contraire, des symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, aboulie, etc.) quasi absents ; un fonctionnement global nettement meilleur (une majorité de patients PHC travaillent ou sont à la retraite, alors qu'une majorité de patients schizophrènes vivent d'allocations). Enfin, la fréquence de cas de schizophrénies chez les apparentés au premier degré est trois fois plus fréquente dans les groupes de patientes schizophrènes que dans le groupe de patientes PHC. La comparaison avec des groupes appariés respectivement en *âge* et en *durée de la maladie* a permis de révéler que les caractéristiques de la PHC ne relèvent pas de ces deux critères. Les auteurs concluent qu'« en termes de facteurs cliniques, phénoménologiques, et peut-être étiopathogéniques, le diagnostic de PHC est remarquablement homogène »<sup>448</sup>, ce qui pourrait laisser entendre une certaine indépendance de la PHC vis à vis de la schizophrénie.

Il nous faut à présent tenter de répondre à une question délicate : la psychose hystérique que nous proposons de circonscrire est-elle superposable à la psychose hallucinatoire chronique ? Ou, pour poser la question autrement, tout tableau clinique répondant aux critères de la PHC relève-t-il d'une problématique hystérique ? Dans la mesure où, nous l'avons vu, le diagnostic de PHC repose sur des critères empiriques, il pourrait sembler inconséquent d'y associer sans nuance le qualificatif *hystérique* qui relève, lui, d'une configuration psychique, pour ne pas dire d'une structure.

Georges Lantéri-Laura retrace l'histoire des formes que prirent les délires chroniques dans la tradition psychiatrique française<sup>449</sup>.

Avec les monomanies, Jean-Etienne Esquirol propose de recourir à un classement par *thématique délirante* ; à sa suite, on individualisera dans la seconde moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle

---

<sup>447</sup> Dubertret et al., 2004, art. cit.

<sup>448</sup> Traduit par nous de l'anglais.

<sup>449</sup> Lantéri-Laura G., in Grivois H (sous la direction de), 1989, *op. cit.*

le délire de persécution (Ernest-Charles Lasègue), le délire des grandeurs (Achille Foville), le délire des négations (Jules Cotard), etc.

A cette approche s'oppose celle de Jean-Pierre Falret, élève d'Esquirol, qui rompt avec son maître ; considérant que l'idée délirante est un piètre critère de classification, il propose de retenir plutôt l'opposition *aigu/chronique*. Valentin Magnan, quant à lui, décrit à la fin du siècle avec Paul Sérieux le *délire chronique à évolution systématique*.

Puis le début du XXème siècle voit naître de nouvelles entités nosographiques : le délire d'interprétation (Paul Sérieux et Joseph Capgras), la psychose hallucinatoire chronique (Gilbert Ballet), la pathologie de l'imagination et de l'émotivité (Ernest Dupré), les psychoses à base d'automatisme et les psychoses passionnelles (Gaëtan Gatian de Clérambault). Interprétation, hallucination, imagination, émotion, automatisme, passion : après les *thèmes* et les *modes d'évolution*, les nouveaux critères de classification sont les *mécanismes psychologiques*.

La PHC, dans sa définition actuelle (celle de la LICET-S), a peu évolué depuis Gilbert Ballet. Elle trouve sa pertinence dans un découpage nosographique qui s'attache à considérer la *forme*, avant le *contenu*. En l'occurrence, la PHC trouve son essence dans le mécanisme de l'*hallucination intrapsychique*, c'est-à-dire l'autonomisation d'une partie de la vie psychique. La caractéristique formelle de ce mécanisme psychologique, sa *Gestalt* (au sens de *structure formelle signifiante*), relève, nous l'avons dit, d'un vécu de *pénétration incorporelle*. A ce titre, il nous semble que toute manifestation morbide qui relève de ce mécanisme est susceptible d'être impliquée dans la résolution d'une problématique hystérique. De notre point de vue, rien ne s'oppose, dès lors, à considérer a priori comme équivalentes la PHC et la psychose hystérique. Cette entité semble même constituer un cas à part dans la nosographie psychiatrique, puisqu'elle se situe à un point de convergence entre la description sémiologique et le découpage structural de la réalité clinique, à la faveur d'une focalisation sur la *dimension formelle* du mécanisme psychopathologique en jeu.

### **2.3.10. Perspectives neurocognitives**

En réaction aux limites de l'approche *catégorielle*, qui atteint son apogée dans les critères diagnostiques définis par les grandes classifications internationales (DSM et CIM), tend à se développer en psychopathologie une approche *dimensionnelle*, selon laquelle « les divers

symptômes » rencontrés dans les troubles psychotiques, et notamment la schizophrénie, « peuvent être regroupés en plusieurs dimensions cliniques en grande partie indépendantes les unes des autres et coexistant à des degrés divers d'un malade à l'autre », écrivent Mohamed Saoud et Thierry d'Amato<sup>450</sup>. Les premières études factorielles de la schizophrénie, réalisées au début des années 1980 grâce aux progrès de l'informatique, ont révélé une structure tridimensionnelle « correspondant au psychoticisme (ou dimension positive strictement définie composée du délire et des hallucinations), à la désorganisation (comportement désorganisé, affects inappropriés, discours désorganisé) et à la dimension négative (émoussement affectif, anhédonie, avolition) ». Puis d'autres études ont mis en évidence une « structure à cinq facteurs » : « manie, positive, désorganisation, dépression et négative ». On voit que la dichotomie entre schizophrénie et troubles de l'humeur, héritée de la psychiatrie classique, s'efface à la faveur de l'approche dimensionnelle. Celle-ci permet « de modéliser très simplement la diversité des tableaux cliniques traditionnellement qualifiés de *schizophrénie*, de *trouble bipolaire* ou de *troubles de personnalité du spectre de la schizophrénie* » ; elle prend en considération le continuum souvent observé « entre les psychoses *non affectives* et *affectives* », mais aussi entre « *normalité* et *psychose* »<sup>451</sup>. Par ailleurs, l'approche dimensionnelle a permis aux neurosciences de progresser dans la mise en évidence de substratums étiopathogéniques et physiopathologiques propres à chacune de ces dimensions, substratums qui n'ont jamais pu être identifiés pour les grandes catégories, du fait de leur trop grande hétérogénéité interne.

Les symptômes relatifs à la perte de propriété des manifestations internes constituent une sous-dimension de la dimension positive. Quelle que soit leur dénomination (grand automatisme mental, hallucinations intrapsychiques, syndrome d'influence, symptômes de premier rang, etc.), ils « posent évidemment la question de la limite du Soi », et pourraient « résulter d'une altération du sentiment d'agentivité chez ces patients, c'est-à-dire de difficultés à se sentir à l'origine de leurs propres actions ou pensées ». De récents travaux relatifs à l'agentivité, la sensation d'être l'agent de ses actes, ont permis d'en distinguer deux niveaux de complexité :

- « les jugements d'attribution », qui « sont plutôt fondés sur la détermination explicite de la source de la stimulation et impliquent une métareprésentation de Soi. Il s'agirait d'une agentivité de haut niveau cognitif » ;

---

<sup>450</sup> Saoud M, Amato T d'. *La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements*. Paris : Masson ; 2006.

<sup>451</sup> *Ibid.*, pp. 9-12

- « l'expérience d'agentivité » ou « agentivité préreflexive » qui, au contraire, « fait référence à la détermination automatique, préconsciente, de l'initiateur de l'action » ; elle ne nécessite pas « l'accès à une conscience réflexive »<sup>452</sup>.

Abdelaziz Ferchiou et al.<sup>453</sup> ont récemment publié une revue de la littérature relative au déficit de « mémoire de source » dans la schizophrénie. La mémoire de source (*source monitoring*) « représente l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans la reconnaissance de l'origine de l'information ». Elle permet notamment de « différencier les informations générées intérieurement (pensées, éléments imaginaires) des informations provenant de l'extérieur (événements perçus) ». Son altération serait responsable des hallucinations acoustico-verbales aussi bien qu'intrapsychiques. Toutefois, les patients schizophrènes souffrant d'hallucinations intrapsychiques présentent, relativement aux autres schizophrènes, un déficit majoré concernant la discrimination des sources internes entre elles (information pensée, prononcée, rêvée, etc.).

Nicolas Franck<sup>454</sup> remarque que les notions contemporaines issues de la philosophie, celles de sens de l'agentivité (*sense of agency*) et de sens de la propriété (*sense of ownership*), offrent un découpage qui rappelle celui proposé par Henri Ey, entre les phénomènes forcés et les phénomènes étrangers. Dans le premier cas, le sujet a l'impression de n'être pas l'auteur, mais seulement l'effecteur de l'acte (seul le sens de l'agentivité est atteint) ; dans le second, le sujet ne se ressent pas non plus comme l'effecteur (le sens de la propriété est également mis en défaut).

Pour Frédérique de Vignemont et Pierre Fournier<sup>455</sup>, la conscience immédiate d'être l'auteur de ses propres mouvements est une « illusion phénoménologique<sup>456</sup> ». Ils suggèrent que « le sens de l'agentivité – défini comme la capacité à se référer à soi-même comme l'auteur de ses propres actions – dépend de processus cognitifs et neuronaux spécifiques ». La notion d'agentivité pose la question de l'identité, du *self*, du *Je*. Elle implique « une notion primitive

---

<sup>452</sup> Jardri R, Thomas P. Les troubles de la distinction Soi-Autre chez les sujets souffrant de schizophrénie : perspectives neuroscientifiques. *Information psychiatrique* 2009 ; 85(5) : 415-419.

<sup>453</sup> Ferchiou A, Schürhoff F, Bulzacka E, Mahbouli M, Leboyer M, Szöke A. Mémoire de source. Présentation générale et revue des études dans la schizophrénie. *Encéphale* 2010 ; 36(4) : 326-333.

<sup>454</sup> Franck N. *Trouble de l'attribution des actions dans la pathologie schneidérienne*. Thèse de Doctorat. Université Claude Bernard Lyon I ; 2001.

<sup>455</sup> Vignemont F de, Fournier P. The sense of agency: A philosophical and empirical review of the "Who" system. *Consciousness and cognition* 2004 ; 13(1) : 1-19.

<sup>456</sup> Traduit par nous de l'anglais, comme toutes les citations issues de cette publication.

du self comme sujet, qui ne nécessite aucune identification perceptive préalable » (contrairement à la reconnaissance du corps propre dans le miroir, par exemple). Or, il existe « des processus cognitifs spécifiques qui sous-tendent le sens de l'agentivité [...] qui peuvent être perturbés dans le délire d'influence » (« *delusion of control* »). Rappelant que certaines aires corticales sont activées de la même façon selon qu'on observe une action réalisée par un autre, ou qu'on l'exécute soi-même, les auteurs s'interrogent sur ce qui permet au sujet de discriminer s'il est l'observateur ou l'agent de l'action, autrement dit, si cette activation est d'origine externe ou interne. Ils font l'hypothèse qu'il existerait deux mécanismes distincts, pour la reconnaissance de l'action, et pour la détermination de l'agent de l'action. Ce dernier mécanisme, le processus d'attribution, est susceptible de dysfonctionner ponctuellement chez tout un chacun, mais il est gravement perturbé dans la schizophrénie, le délire d'influence, et dans certains troubles neurologiques.

Lorsqu'une commande motrice est émise, une copie du signal est envoyée à un système de surveillance (*monitoring system*) pour être comparée au feed-back sensoriel : la confrontation de ces deux informations permet de discriminer les mouvements dont on est l'agent, de ceux que l'on subit passivement, imposés par l'environnement. C'est la perturbation de cet « étiquetage interne » (*internal labeling*) qui serait à l'origine des expériences xénopathiques. Des expériences ont montré que « des patients schizophrènes souffrant de délire d'influence présentent des difficultés à corriger les erreurs produites durant l'exécution d'un mouvement dirigé vers une cible en mouvement en l'absence de feed-back visuel ». Ces résultats suggèrent que ces malades, ne pouvant se référer consciemment à la copie de la commande motrice, ne peuvent compter que sur les informations périphériques (visuelles et proprioceptives en particulier) pour déterminer l'agent de l'action. Privés de la conscience de l'intention, ils attribuent à tort leurs actions, par défaut, à une source externe.

En référence aux travaux du célèbre neuroscientifique Christopher Frith, de Vignemont et Fournieret décrivent le *Frith's model*, qui combine deux processus internes : la simulation de l'exécution de l'action (*inverse model*) et l'anticipation du feed-back sensoriel (*forward model*). Le sens de l'agentivité résulte de la comparaison de l'état intentionnel, de l'état prédit, et de l'état réel. Conformément à ce modèle, le délire d'influence résulterait soit d'un déficit de surveillance de l'action, soit d'un manque de conscience des informations relatives à l'état intentionnel et à l'état prédit.

Les auteurs suggèrent quant à eux que dans la schizophrénie, « les troubles de l'auto-attribution résultent d'un déficit du traitement de l'information contextuelle pertinente, nécessaire pour lever l'ambiguïté sur les situations sociales et communicationnelles problématiques ». Les auteurs font l'hypothèse d'un processus spécifique (distinct des mécanismes de contrôle de l'action et de conscience de l'action), permettant d'articuler les représentations de l'action et la détermination d'un agent : le « "Who" system ». Les expériences xénopathiques, aussi bien que les erreurs d'attribution de l'action pouvant survenir chez des sujets sains dans des conditions ambiguës, révèlent que ce processus n'est pas infaillible.

Cette brève revue de la littérature neuroscientifique n'a pas d'autre ambition que de situer globalement l'état actuel des considérations neurocognitives relatives aux manifestations xénopathiques. On a vu qu'elles participent d'un effort de modélisation de la subjectivité, en tentant de déterminer ce qui permet la conscience de soi. On constate par ailleurs que la tendance actuelle est au retour à un mécanicisme, plus ou moins pur selon les auteurs : les phénomènes hallucinatoires localisés à l'intérieur de l'espace subjectif sont considérés comme résultant d'un déficit cognitif relatif à la capacité de l'individu à déterminer qu'il est l'auteur de ses pensées, de ses émotions et de ses actions. Du même coup, les troubles xénopathiques ne sont pas qualitativement différenciés des erreurs d'attribution observées chez les sujets sains. Dans cette perspective, rien ne rend compte de la spécificité phénoménologique du vécu psychotique. Enfin, on peut se demander pourquoi, à la faveur d'un tel déficit cognitif, les erreurs d'attribution de l'agentivité ne se font pas dans n'importe quel sens : dans l'écrasante majorité des cas (qu'on songe seulement aux nombreuses vignettes cliniques rapportées par les auteurs que nous avons cités), l'erreur se fait en faveur de l'attribution externe, c'est-à-dire que le malade attribue, à tort, ses états internes à un agent externe. Ce vécu d'intrusion, d'invagination, est infiniment plus fréquent que celui d'une diffusion de la pensée ou d'un contrôle des pensées d'autrui par le sujet ; ou, pour reprendre la terminologie que nous avons proposé d'utiliser, les phénomènes d'influence sont bien plus souvent *centripètes* que *centrifuges*. Rien, dans l'hypothèse d'un déficit du sens de l'agentivité, ne rend compte de cette particularité clinique. Cela nous encourage à considérer que les phénomènes xénopathiques sont porteurs d'une signification. La critique du mécanicisme formulée voici quatre-vingts ans par Henri Ey demeure éclairante : avec lui, nous sommes porté à considérer que la pathologie résulte d'un déficit qui consiste en une levée d'inhibition, qui permet à des

complexes jusqu'alors maintenus latents de se manifester. En l'occurrence, nous pensons que la forme du délire d'influence sert la problématique dont il relève, à savoir une ambivalence vis à vis de la pénétration passive.

Ce reproche peut être adressé à la compréhension neurocognitive des manifestations délirantes dans son ensemble. Le *Michael's Game*, conçu par Yasser Khazaal et Jérôme Favrod, est un outil de thérapie cognitive qui se propose de traiter les idées délirantes en entraînant le patient à la formation d'hypothèses<sup>457</sup>. Leur approche repose sur le modèle *ABC* : face à un événement (*Activating event*), le patient délirant dispose d'une palette restreinte de croyances (*Beliefs*), dont les conséquences émotionnelles et comportementales (*Consequences*) sont inadaptées (émotions négatives, agressivité, fuite, etc.). Le *Michael's Game* consiste en une série de 80 situations vécues par Michael, un personnage fictif, qui tente de s'expliquer ce qu'il vit par des hypothèses plus ou moins délirantes :

- Michael rentre chez lui, et constate que son robinet est ouvert et que son lavabo déborde. Il fait l'hypothèse qu'un individu malintentionné s'est introduit chez lui en son absence ;
- Allongé sous un arbre, il est réveillé par la chute d'une pomme. Il suppose qu'on la lui a jetée ;
- Michael entend une voix lui parler, et pense que c'est Dieu qui s'adresse à lui. Etc.

Les patients sont invités à proposer, pour chacune de ces situations, des hypothèses alternatives susceptibles d'expliquer la situation vécue par le personnage : peut-être a-t-il oublié de fermer le robinet en partant ; peut-être que la pomme est tombée toute seule de l'arbre, etc. Les hypothèses proposées par les patients, quelles qu'elles soient, doivent être notées et analysées, selon les cas, en termes de conséquences, de mode de vérification, ou encore de degré de probabilité. En entraînant le patient à formuler plusieurs hypothèses, on s'attend à ce que son interprétation des événements suscite moins d'angoisse et moins de troubles du comportement. L'objectif est que le patient accorde moins de crédit à ses propres hypothèses délirantes.

Cet outil est souvent apprécié des patients : ludique, il donne l'occasion d'évoquer, en groupe, une symptomatologie qui leur est familière. Mais contrairement à ce que l'on pourrait penser, les patients, même les plus délirants, ne proposent que des hypothèses banales et rationnelles :

---

<sup>457</sup> Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S., Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, Libbrecht J, et al. "Michael's Game", a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient education and counseling* 2011 ; 83(2) : 210-216.



ils ne sont en aucun cas tentés de délirer avec Michael. Au contraire, les hypothèses délirantes formulées par Michael les font rire : « *Il est fou celui-là ! Il n'a pas pris ses médicaments ce matin ! etc.* ».

La clinique des psychoses démontre, ici comme ailleurs, avec une inlassable régularité, le caractère *narcissique* du contenu délirant : le psychotique reconstruit un monde qui ne parle que de lui. Henri Grivois évoque à ce sujet le *concernement* et la *centralité* qui caractérisent le vécu psychotique<sup>458</sup>. L'hypothèse neurocognitive, selon laquelle le délire résulte d'une série d'erreurs dans le traitement de l'information, ne rend pas compte de ce caractère essentiel du délire. Pourquoi les patients délirants repèrent-ils si facilement les aberrations cognitives chez Michael ? Les patients cessent de délirer dès lors qu'on aborde avec eux (aussi longtemps que cela est possible) des questions qui ne les concernent pas ; ou alors, la psychose trouve ou fabrique de toute pièce un lien entre le thème évoqué et la personne du malade (autrement dit, elle en suscite un investissement narcissique). A nouveau, ces constats cliniques laissent à penser que c'est la psychose qui induit les troubles cognitifs, et non l'inverse.

La xénopathie, on l'a vu, est indissociable de la thématique d'influence ; elle se distingue d'une série d'autres manifestations d'une autonomisation des processus mentaux, qui ne s'accompagnent pas d'une construction délirante : certaines opérations internes peuvent être vécues comme fonctionnant indépendamment de la volonté du sujet, sans pour autant être perçues comme imposées. Par exemple, le mentisme, défini comme un « dévidement pénible et angoissant d'idées et de pensées stériles »<sup>459</sup>, traduit la perte de maîtrise du sujet sur sa propre activité mentale. Ce trouble, observé dans le syndrome d'automatisme mental, peut aussi être provoqué par un manque d'attention, un manque de sommeil, un excès de produits stimulants, ou apparaître en lien avec des ruminations anxieuses, bref, hors de tout contexte délirant : la pensée autonomisée n'est pas toujours vécue comme imposée de l'extérieur ; elle ne donne pas systématiquement lieu à une interprétation délirante, comme si le délire naissait d'une irrépressible nécessité de s'expliquer un vécu inhabituel. Elle ne constitue donc pas en elle-même un phénomène xénopathique. On peut faire la même remarque pour l'écho de la pensée, ou le commentaire des actes et de la pensée : la « petite voix intérieure » qui échappe à la volonté du sujet, n'est qu'exceptionnellement associée à un vécu d'influence. De la même façon, l'air de musique qu'on fredonne des heures durant, involontairement, sans y prendre

---

<sup>458</sup> Grivois H., 1995, *op. cit.*

<sup>459</sup> Tribolet S. *Vocabulaire de santé mentale*, p. 177.

garde, voire contre son gré et avec agacement est une manifestation automatique universellement expérimentée, qui ne donne aucunement lieu à une interprétation délirante. Toutes ces manifestations normales, on l'a vu, doivent être considérées comme des formes non-psychotiques d'une pénétration psychique.

L'existence de phénomènes automatiques non-délirants (et c'est le cas, il nous semble, de la plupart des manifestations automatiques) confirme nos doutes concernant l'hypothèse de de Clérambault, qui soutient que l'individu déduit logiquement, rationnellement, d'une manifestation automatique, qu'elle lui est imposée de l'extérieur, qu'elle est étrangère à sa personne. Si la plupart des gens perçoivent des phénomènes d'automatisation psychique sans développer de psychose, l'explication mécaniciste de de Clérambault s'effondre. Nous rejoignons ici la critique d'Henri Ey adressée à la théorie « mécanique » : « Il y a, écrit-il, dans toute pensée normale plus qu'il ne faut d'irruptions idéiques forcées – disons de folies ! – pour qu'il soit *inutile* dans la théorie des faits psychiatriques de chercher une explication “mécanistique” de ces irruptions »<sup>460</sup>. De même, et de façon beaucoup plus générale, on peut dire que toute manifestation interne, dès lors qu'elle traduit une activité psychique qui échappe au Moi (comme c'est le cas pour tout ce qui surgit du Ca), apparaît au sujet comme autonome, hors de contrôle, sans pour autant être associée à des idées d'influence. C'est même, d'après notre hypothèse, la spécificité de la psychose hystérique que d'attribuer indûment au désir un caractère exogène.

Notre définition de la xénopathie nous incite aussi à ne pas la confondre avec des hallucinations cœnesthésiques qui seraient référées à une autre thématique délirante que l'influence. Le vécu hallucinatoire cœnesthésique de Daniel Paul Schreber, par exemple, qui a le sentiment transitoire de ne plus avoir d'estomac, n'a le caractère de la xénopathie qu'en ceci que Schreber l'associe à une volonté extérieure : on lui « miracle » cette absence d'estomac. La même perception, associée à un délire hypochondriaque, n'aurait pas pu être qualifiée de xénopathique : le fait qu'une sensation hallucinatoire soit référée à l'intérieur du corps n'y suffit pas.

Le thème de l'influence situe l'hallucination dans une dimension relationnelle : « *un autrui me force à penser, ressentir, agir* ». La passivité du sujet face à ces phénomènes (« on agit sur

---

<sup>460</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, pp. 77-78.

lui » dit la définition), et la question de l'hétérogénéité des manifestations internes (« étrangères à sa propre personnalité ») précise les contours de cette relation : le vécu xénopathique traduit un rapport de contenant excitable passif à contenu excitant actif. Nous sommes donc autorisés à considérer qu'il a pour prototype la pénétration sexuelle, qu'il réalise de façon incorporelle. C'est à ce titre qu'il peut légitimement intervenir dans la résolution psychotique d'une problématique hystérique.

## 2.4. ANALYSE ET DISCUSSION DE QUELQUES CAS DE PSYCHOSE HYSTERIQUE

### 2.4.1. Le cas Daniel Paul Schreber : à propos de la parenté entre psychose hystérique et paranoïa

*Thérèse réussit là où Schreber échoue*  
Julia Kristeva<sup>461</sup>

*Toutes les atteintes qui, au cours des ans, ont été portées à ma vie, à mon intégrité corporelle, à ma virilité et à ma raison, se sont toujours fondées sur cette idée unique qui est de se soustraire autant que possible au pouvoir d'attraction de mes nerfs surexcités*  
Daniel Paul Schreber<sup>462</sup>

Daniel Paul Schreber est probablement le patient le plus célèbre de l'histoire de la psychiatrie, et ce pour deux raisons : en premier lieu, parce que Sigmund Freud et Jacques Lacan y ont fondé largement leurs conceptions de la psychose<sup>463</sup> ; d'autre part, parce que le matériel clinique du cas est accessible à tous, et d'une remarquable richesse. Il est tentant pour celui qui s'engage dans une démarche de recherche en psychopathologie, dès lors qu'elle concerne la psychose, de relire les *Mémoires d'un névropathe*<sup>464</sup> à travers le prisme de ses propres hypothèses. L'abondance et l'hétérogénéité du matériel clinique qui s'y expose en font, pourrait-on dire, *l'auberge espagnole* de la psychopathologie : on y trouve ce qu'on y cherche.

Cela étant dit, nous avons souhaité, nous aussi, confronter nos hypothèses à ce cas emblématique. S'en priver eut signifié sacrifier un témoignage inestimable sur la psychose. Nos considérations relatives aux manifestations de la pénétration dans la psychose concernent la dimension du vécu morbide ; or c'est précisément le vécu psychotique qui, sous la plume de Schreber, apparaît avec une acuité sans égale. Freud, dans l'article qu'il consacre à

---

<sup>461</sup> Kristeva J., 2006, art. cit., p. 43.

<sup>462</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 113.

<sup>463</sup> Freud S. (1911) *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides)* ; Lacan J. (1966) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, in *Ecrits, tome 2*. Paris : Seuil ; 1999, 9-61.

<sup>464</sup> Schreber DP. (1903) *Mémoires d'un névropathe*. Paris : Seuil ; 2001.

Schreber, évoque à son sujet le « trésor de fantasmes et d'idées délirantes de ce paranoïaque si hautement doué »<sup>465</sup>. La qualité du témoignage de Schreber tient en grande partie à son style littéraire, certes répétitif, mais extraordinairement scrupuleux dans la description de son univers psychotique. Le lecteur de Schreber est happé par le vécu de l'auteur ; les *Mémoires* suscitent l'*Unheimlich*, l'étrange et inquiétante familiarité de l'archaïque, de la perte de réalité, de la dévitalisation du monde et de ces autres qui ne sont plus que des ombres sans humanité, des silhouettes « bâclées à la six-quatre-deux ».

La précision descriptive de Schreber tient aussi au fait qu'il n'était pas schizophrène, et n'avait donc pas, contrairement à Antonin Artaud pour ne citer que lui<sup>466</sup>, à lutter sans cesse contre l'effondrement de sa pensée, et disposait par conséquent de toutes ses capacités intellectuelles pour observer, noter, et analyser son monde délirant. Ce cas de psychose constitue d'ailleurs un contre-exemple formidable à certaines thèses neurocognitivistes qui situent dans les troubles cognitifs l'origine des symptômes psychotiques, et vont jusqu'à qualifier la « schizophrénie » (entendue comme catégorie générique regroupant la plupart des troubles psychotiques chroniques, conformément à la définition du DSM-IV, qui a abandonné le critère classiquement pathognomonique de la dissociation) de « maladie de la cognition »<sup>467</sup>. Schreber dévoile un vécu délirant épuré de toute distorsion cognitive, révélant la spécificité ontologique du délire. Il démontre ainsi à quel point l'intelligence la plus aiguisée (qu'on ne peut contester à Schreber) est bien incapable de porter la moindre atteinte à la conviction délirante. Au contraire, la redoutable capacité d'analyse du haut magistrat, loin d'être un allié de la réalité extérieure, est utilisée par le phénomène délirant pour asseoir son enracinement. Sa lecture attentive des travaux d'Emil Kraepelin par exemple, nous montre de quelle façon, chez Schreber, les capacités cognitives sont utilisées par la psychose pour confirmer le délire :

Kraepelin, p. 110, fait cette remarque très précieuse pour mon interprétation des choses, que les "voix entendues", dans les cas où elles sont de caractère surnaturel, "sont fréquemment accompagnées d'hallucinations". Je tiens pour probable que, dans un nombre appréciable de ces cas, il s'est agi de visions véritables, d'une espèce que j'ai

---

<sup>465</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*, p. 322.

<sup>466</sup> « Je souffre d'une effroyable maladie de l'esprit. Ma pensée m'abandonne à tous les degrés. Depuis le fait simple de la pensée jusqu'au fait extérieur de sa matérialisation dans les mots. » (Artaud, A. (1927) Correspondance avec Jacques Rivière, in *L'ombilic des limbes* suivi de *Le pèse-nerfs* et autres textes. Paris : Gallimard ; 2003, p. 20).

<sup>467</sup> Voir par exemple : Cochet A. La schizophrénie, « maladie de la cognition »... *Santé mentale* 2008 ; 126 : 19-22.

moi-même expérimentée, c'est-à-dire d'images oniriques qui ont été fabriquées par les rayons et qui pour cette raison sont d'une clarté infiniment plus grande que les simples visions de rêve (v. Kraepelin, p. 107). D'autre part, on aurait les plus grandes difficultés à repérer, dans l'ensemble du contenu du présent travail, une "incapacité du malade à rectifier de façon précise et rigoureuse les représentations nouvelles à l'aide d'expériences acquises précédemment" (p. 146) ou cette "faiblesse du jugement" que Kraepelin note, p. 145, comme étant un phénomène accompagnant "sans exception" les idées délirantes.<sup>468</sup>

Schreber tente ainsi de démontrer, citations (et paginations !) à l'appui, qu'une conception médicale des hallucinations ne s'applique pas aux situations surnaturelles, et ne concerne donc pas sa propre expérience mystique. Comment sa « relation avec Dieu » pourrait-elle être une « illusion », alors même qu'il n'avait auparavant pas « foi en Dieu »<sup>469</sup> ? On constate qu'ici, une cognition opérante sert le délire.

Avant toute chose, nous tenterons de montrer que la plupart des manifestations psychotiques de Schreber se situe dans le champ des phénomènes xénopathiques. Cette expression psychotique est chez lui suffisamment caricaturale pour que nous n'ayons pu résister à la tentation d'explorer, à travers sa psychose, ce qui peut fonder la parenté de la psychose hystérique avec la paranoïa. Dans un second temps, nous proposerons justement une analyse du processus étiopathogénique à l'œuvre dans la psychose de Schreber, et tenterons de situer ce que sa psychose peut avoir d'*hystérique*.

#### 2.4.1.1. La xénopathie de Schreber

Je ne puis dire jusqu'à quelle distance peut s'exercer cette possibilité de tirer d'en haut – si je puis m'exprimer ainsi – les ficelles<sup>470</sup> qui actionnent les êtres humains.<sup>471</sup>

Schreber s'interroge ainsi sur son vécu : il est actionné « d'en haut », par des « ficelles ». Et en effet, la plupart de ses phénomènes psychiques lui est imposée de l'extérieur, par une force qui lui « dépêche » des rêves, des sensations, des pensées, des mouvements, etc. : la thématique est donc celle d'un délire d'influence. Schreber s'insurge contre cette pénétration généralisée : « Je devrais pouvoir, moi aussi, défendre mon droit à disposer librement de ma

---

<sup>468</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, note 42 p. 77.

<sup>469</sup> *Ibid.*, p. 78.

<sup>470</sup> Une jeune patiente nous décrit son vécu d'influence en recourant à la métaphore de la « marionnette ». Nous lui signifions que la main pénètre le corps de la marionnette pour la contrôler ; elle nous corrige : « pas forcément, ça peut être des ficelles, comme Pinocchio » (elle mime un tel mécanisme d'action). Elle nous rappelle ainsi que la xénopathie est une pénétration sans corps.

<sup>471</sup> *Ibid.*, p. 83.

propre tête contre les intrusions étrangères. »<sup>472</sup>. Il qualifie ce phénomène d' « ingérence [...] attentatoire à l'ordre de l'univers et au droit naturel de l'homme à disposer librement de ses nerfs »<sup>473</sup>. Nous avons considéré précédemment que pour être qualifiée de xénopathique, une manifestation psychique doit faire référence à la fois au vécu, à l'emprise, et à l'action volontaire d'un tiers à distance. Ces manifestations peuvent être d'ordre idéique, sensoriel, affectif, ou moteur. Nous proposons de les passer brièvement en revue.

1/ Les pensées imposées :

Schreber définit ce qu'il appelle le « parler de nerfs »<sup>474</sup> : les mots sont « récités en silence [...] c'est-à-dire que l'homme incite ses nerfs à induire des fréquences vibratoires qui correspondent respectivement à l'emploi des mots en question ». Il décrit ainsi le phénomène universel de la voix intérieure, celle de la pensée, qui est associée à une réflexion, une lecture, une rêverie, etc., et dont on sait qu'elle s'accompagne d'une sollicitation des muscles du larynx et de la bouche, qui esquissent les mouvements, sans que les mots ne soient prononcés à voix haute. Or, chez lui, ce « parler de nerfs », cette voix intérieure s'est trouvée influencée : « depuis le revirement critique de ma maladie évoqué précédemment, il se fait que mes nerfs viennent à être mobilisés de l'extérieur, continûment et sans aucun répit ». Cela se traduit par le phénomène du « jeu forcé de la pensée », défini comme « l'obligation de penser sans relâche » : « L'influence des rayons porte mes nerfs à des fréquences vibratoires qui modulent certains mots humains dont le choix, loin d'être abandonné à mon gré, relève d'un pouvoir extérieur qui s'exerce contre moi »<sup>475</sup>. Cela est vécu dans la douleur : « les voix qui parlent [...] s'étirent en tant que *voix intérieures* comme de longs fils dans ma tête, et [...] elles y engendrent une sensation douloureuse de tension de par le poison de cadavre qu'elles y déchargent »<sup>476</sup>.

Les productions de cette pensée autonomisée ont un caractère le plus souvent absurde, insensé : « on rabâche sans arrêt, par exemple, David et Salomon, salade et radis, petit tas de farine, etc. »<sup>477</sup>.

---

<sup>472</sup> *Ibid.*, p. 184.

<sup>473</sup> *Ibid.*, p. 54.

<sup>474</sup> *Ibid.*, p. 53.

<sup>475</sup> *Ibid.*, p. 180.

<sup>476</sup> *Ibid.*, p. 183.

<sup>477</sup> *Ibid.*, p. 154.

Souvent, les phrases sont incomplètes, et c'est à Schreber d'en donner la fin. Il évoque à ce sujet « l'emprise du *système du couper-la-parole* qui consiste en ce que les vibrations que l'on imprime à [ses] nerfs, et avec elles les mots qu'elles induisent, viennent à véhiculer non pas des pensées accomplies mais des débris de pensée, dont c'est la tâche qui échoit en quelque sorte à [ses] nerfs que de les faire, en quelque façon, aboutir au sens. » Par exemple, « Maintenant je vais me » doit être complété par « rendre au fait que je suis idiot », ou encore « A présent il doit pourtant » par « être mortifié, la tête de lard », etc.<sup>478</sup>. A la vue d'un homme qu'il connaît « surgit tout naturellement et automatiquement en [lui] cette pensée : “Cet homme s'appelle Schneider” ou encore : “Voici M. Schneider”. Or, dès que cette pensée se trouve formulée, voilà que se mettent à retentir dans [ses] nerfs un “Pourquoi donc” ou un “Pourquoi parce que”. »<sup>479</sup>

L'aspect répétitif à l'infini de cette pensée qui reproduit « un nombre incalculable de fois » les mêmes phrases voire morceaux de phrases, des « mots incohérents soufflés sans suite dans [ses] nerfs », « se répercutant au centuple », « tous les jours »<sup>480</sup>, a quelque chose de terrifiant<sup>481</sup> :

Depuis des années, mes nerfs doivent sans cesse supporter (comme venant dans une certaine mesure d'eux-mêmes) la monotonie aride de cette inconcevable inanité.<sup>482</sup>

Schreber évoque « l'énormité de l'atteinte portée aux droits les plus fondamentaux de l'homme que constitue le jeu forcé de la pensée » et le « degré extrême, inconcevable humainement » auquel « [sa] patience a été mise à l'épreuve »<sup>483</sup>. Il ne manque pas d'insister sur le caractère insupportable d'un tel vécu :

Il est difficile de se faire une idée de la tension d'esprit que le jeu forcé de la pensée m'a imposée pendant de longues années, notamment depuis l'aggravation de la situation que j'ai signalée, et de la torture mentale que j'ai dû subir<sup>484</sup>

le papotage insane des voix engendre dans ma tête des tortures spirituelles véritablement intolérables<sup>485</sup>

---

<sup>478</sup> *Ibid.*, p. 181.

<sup>479</sup> *Ibid.*, p. 191.

<sup>480</sup> *Ibid.*, p. 181.

<sup>481</sup> On dit que l'armée américaine a utilisé un procédé de torture psychologique qui consiste à faire écouter des jours durant et sans interruption aux prisonniers la même chanson, notamment dans les prisons iraqiennes et à Guantanamo (Stafford Smith C. Welcome to « the disco ». *The Guardian*, 19 juin 2008).

<sup>482</sup> *Ibid.*, note 26 p. 54.

<sup>483</sup> *Ibid.*, note 96 p. 184.

<sup>484</sup> *Ibid.*, p. 182.



Pour apaiser son supplice, Schreber recherche des « systèmes défensifs »<sup>486</sup>, qu'il trouve notamment dans la pratique du piano, « la lecture des livres ou des journaux », ou encore « la remémoration de poèmes ». Mais « l'ultime refuge de la garantie du droit d'être maître chez soi » se situe dans le « recours à la parole humaine (à haute voix) »<sup>487</sup>. Ces « stratagèmes » lui procurent quelques « répit » au cours desquels il peut « [se] laisser aller à ne penser à rien »<sup>488</sup> :

Pendant que je joue du piano, le dégoisement insane des voix qui me parlent est couvert : c'est – avec l'exercice physique<sup>489</sup> – l'une des formes les plus adéquates de la fameuse « pensée qui ne sert à rien », ce dont on avait la prétention de m'enlever le bénéfice<sup>490</sup>

2/ Les affects imposés :

Bien que de façon plus marginale, la xénopathie concerne aussi le vécu affectif de Schreber. Il se dit victime d'un « maudit façonnage de l'humeur » :

On commença donc à falsifier aussi mon humeur par des miracles, pour pouvoir se faire accroire que j'étais une personne légère qui s'abandonne aux plaisirs momentanés [...]. Comme l'expérience me l'a démontré, un tel modelage du tempérament humoral par des miracles est *possible* [...] je ne puis me servir que d'une analogie avec ce dont je me souviens du bien-être apporté par la morphine<sup>491</sup>

L'angoisse aussi peut lui être imposée de l'extérieur :

des centaines de fois par jour [...] on veut contraindre mes nerfs, par les mots « Si seulement mes », à développer des pensées de crainte qui en réalité ne sont absolument pas présentes en moi, mais qu'on veut à toute force m'imputer de façon factice.<sup>492</sup>

on m'attribue, en les fabriquant de toutes pièces dans mes nerfs, certaines inquiétudes ou certains souhaits – par exemple : « Si ces fichus moustiques pouvaient cesser »<sup>493</sup>

---

<sup>485</sup> *Ibid.*, p. 167.

<sup>486</sup> *Ibid.*, p. 185.

<sup>487</sup> *Ibid.*, note 96 p. 184.

<sup>488</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>489</sup> Nous verrons plus loin que dans l'enfance de Schreber, la pratique de l'« exercice physique » était nécessaire pour faire cesser le harcèlement du père.

<sup>490</sup> *Ibid.*, p. 145.

<sup>491</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>492</sup> *Ibid.*, pp. 183-184.

<sup>493</sup> *Ibid.*, p. 202.

### 3/ Les sensations imposées :

Schreber s'efforce de décrire de quelle façon il distingue certaines sensations du reste de ses perceptions, comme lui étant imposées, et se trouvant ainsi perçues indépendamment du recours aux organes des sens :

Je reçois quant à moi des impressions lumineuses et sonores qui sont projetées directement sur mon système nerveux *interne*, et pour l'appréhension desquelles les organes externes de la vue et de l'ouïe ne sont point nécessaires. Je peux voir les choses dont il s'agit même avec les yeux fermés, et en ce qui concerne, comme c'est le cas pour les « voix », les processus apparentés à l'audition, je pourrais entendre alors même qu'il serait possible de boucher hermétiquement mes oreilles à tout stimulus sonore.<sup>494</sup>

Il évoque des « images oniriques » perçues pendant la nuit :

elles n'avaient pas jailli à point nommé spontanément de mes propres nerfs mais y avaient au contraire fait intrusion, du fait des rayons. Les rayons ont donc le pouvoir d'influencer le système nerveux d'un dormeur et peut-être même dans certaines conditions celui de quelqu'un en état de veille, notamment ses nerfs sensoriels, de telle sorte que l'homme croit voir et entendre parler des étrangers devant lui ou pense se promener et s'entretenir avec ces personnes tout à fait comme s'il s'agissait d'évènements et de faits réels.<sup>495</sup>

C'est à ce phénomène qu'il attribue après-coup l'origine de la représentation inaugurale de sa psychose, la représentation selon laquelle « ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement » :

après ce que j'ai vécu depuis, je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation<sup>496</sup>

Schreber aperçoit le « Dieu supérieur (Ormuzd) » et le « Dieu inférieur (Ariman) » :

je vois apparaître [l']image [du Dieu supérieur] à de brefs intervalles dans l'intérieur de ma tête, sur les nerfs de celle-ci, comme un petit disque semblable à celui du soleil mais qui, en raison de son extrême petitesse, paraît presque un point.<sup>497</sup>

Dans la nuit [...] le Dieu inférieur (Ariman) apparut. L'image glorieuse de ses rayons devint visible à l'œil de mon esprit [...] c'est-à-dire qu'elle vint se refléter sur mon système nerveux interne.<sup>498</sup>

---

<sup>494</sup> *Ibid.*, p. 111.

<sup>495</sup> *Ibid.*, note 37 p. 68.

<sup>496</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>497</sup> *Ibid.*, p. 84.

Ces phénomènes correspondent à ce que Jules Baillarger<sup>499</sup>, ou encore Jules Séglas, réfèrent au vécu des mystiques, qui rapportent des « visions que l'on n'a pas par les yeux corporels, mais seulement par les yeux de l'âme »<sup>500</sup>.

Outre les images et les sons, on impose aussi à Schreber des sensations coenesthésiques à distance, comme lorsqu'il est l'objet d'une transformation en femme :

L'éviration se pratiquait de manière à ce que les organes génitaux (externes) masculins (scrotum et membre viril) se rétractassent à l'intérieur du ventre, et par une déformation concomitante les organes génitaux internes étaient changés en leurs homologues pour le sexe féminin – ce processus s'opérait peut-être lors d'un sommeil plus que séculaire, puisqu'il fallait en effet qu'interviennent de surcroît des modifications du système osseux (bassin, etc.). [...] L'accomplissement de ce miracle d'éviration [...] je l'ai ressenti par deux fois (pour peu de temps) dans mon propre corps<sup>501</sup>

Il est aussi l'objet d'une « fécondation » :

j'ai ressenti dans le corps des tressautements comme ceux qui correspondent aux premières manifestations vitales de l'embryon humain : des nerfs de Dieu correspondant à la semence masculine avaient été projetés dans mon corps par un miracle divin<sup>502</sup>

Mais c'est tout son corps, et non pas seulement les organes génitaux, qui sont la proie de phénomènes xénopathiques :

A ce jour et depuis les origines de ma relation avec Dieu, mon corps n'a cessé d'être la cible de miracles divins. [...] Je peux dire qu'il n'est pas un membre ou un organe de mon corps qui n'ait à quelque moment été touché par un miracle, que ce soit pour être mobilisé ou pour être paralysé, selon les buts divers qu'on se proposait<sup>503</sup>

Le chapitre XI des *Mémoires* est même dévolu à la litanie des sensations de ce genre. Outre les modifications afférentes à sa métamorphose sexuelle, Schreber y évoque notamment les « assauts » opérés contre ses « poumons », sa « cage thoracique », son « estomac », son « œsophage », ses « intestins », son « larynx », sa « moelle épinière », « chacun de [ses] muscles », son « système osseux », etc.<sup>504</sup>, ainsi que ses fonctions biologiques :

---

<sup>498</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>499</sup> Baillarger J., 1846, *op. cit.*

<sup>500</sup> Séglas J., 1901, art. cit.

<sup>501</sup> *Ibid.*, pp. 58-59.

<sup>502</sup> *Ibid.*, p. 21.

<sup>503</sup> *Ibid.*, p. 130.

<sup>504</sup> *Ibid.*, pp. 130-139.

Comme tout ce qui arrive dans mon corps, le besoin de déféquer est lui aussi provoqué par des miracles<sup>505</sup>

Ces « miracles » sont souvent d'ordre déplaisant, voire douloureux :

chaque fois qu'on parle autour de moi (et ces paroles sont toujours induites à dessein par voie de miracle dans les nerfs de la personne qui parle), je ressens chaque mot que l'on dit avec une douleur à la tête qui est comme un arrachement extrêmement pénible<sup>506</sup>

lors du miracle de froid, le sang est refoulé des extrémités, par quoi survient une sensation subjective de froid ; et inversement, lors du miracle de chaud, le sang afflue au visage et à la tête<sup>507</sup>

Nombre d'autres sensations imposées à Schreber sont associées à la « jouissance féminine » :

Le sentiment d'euphorie provient de la volupté d'âme qui à certains moments atteint un degré élevé, et il n'est pas rare qu'elle devienne si forte, par exemple quand je suis au lit, qu'il suffit alors d'une dépense minime d'imagination pour me procurer un bien-être qui donne une claire prescience de ce que peut être la jouissance féminine dans le coït.<sup>508</sup>

4/ Les intentions d'action imposées :

Ces actions concernent les différents types de mouvements, si bien que Schreber fait le constat que chez lui, « tout le système de commande des mouvements humains n'a plus été soutenu qu'artificiellement, par voie de miracles divins directs »<sup>509</sup>. Schreber est par exemple « poussé à quitter [son] lit par un mouvement intérieur »<sup>510</sup>, ou alors on cherche à l'empêcher de jouer du piano :

Paralysie des doigts, changement de la direction des yeux pour que je ne puisse pas voir les notes justes, déplacement des doigts sur des touches fausses, accélération du tempo en déclenchant trop tôt mes articulations, étaient et sont encore choses quotidiennes.<sup>511</sup>

---

<sup>505</sup> *Ibid.*, p. 187.

<sup>506</sup> *Ibid.*, p. 125.

<sup>507</sup> *Ibid.*, p. 147.

<sup>508</sup> *Ibid.*, p. 220.

<sup>509</sup> *Ibid.*, p. 82.

<sup>510</sup> *Ibid.*, p. 75.

<sup>511</sup> *Ibid.*, p. 145.

On s'arrange pour qu'il constate au plus vite les miracles opérés autour de lui :

On communique donc à mes yeux, par une action appropriée sur mes muscles oculaires, l'orientation nécessaire pour que mon regard tombe sur les choses qui viennent d'apparaître<sup>512</sup>

Certaines de ces intentions d'action sont plus spécifiquement relatives à l'articulation de paroles :

pendant un certain temps, j'ai été amené à prononcer certaines formules conjuratoires surprenantes telles que celle-ci : « Je suis le premier cadavre lépreux et je mène un cadavre lépreux »<sup>513</sup>

On a même l'insolence sans bornes – je ne puis qualifier cela autrement – de m'inciter à exprimer à voix haute ce délire fabriqué de toutes pièces, comme s'il procédait en quelque sorte de ma pensée à moi.<sup>514</sup>

les rayons divins lisaient mes pensées non point en les falsifiant, comme cela a été le cas depuis lors sans exception, mais correctement, et ils les transposèrent d'eux-mêmes en expressions parlées<sup>515</sup>

Parfois, ce n'est pas à la prononciation de mots ou de phrases que Schreber est contraint, mais à des « accès de hurlements »<sup>516</sup>.

Les phénomènes xénopathiques que nous venons d'évoquer auraient pu être insérés dans une autre grille de lecture sémiologique : le tableau, complété par certains symptômes que nous n'avons pas évoqués (puisque ne pouvant être qualifiés de xénopathiques), est celui d'un triple automatisme mental (idéo-verbal, sensitif et moteur), selon la terminologie de de Clérambault. Le syndrome d'influence est très nettement au premier plan, et signe donc, d'un point de vue nosographique classique, la psychose hallucinatoire chronique de Schreber. Le diagnostic de psychose paranoïaque, traditionnellement associé à ce cas, et qui se fonde sur le repérage d'un délire interprétatif de persécution systématisé, nous apparaît discutable. Ici, le mécanisme hallucinatoire n'est certes pas exclusif (on note le recours à l'imagination, à

---

<sup>512</sup> *Ibid.*, p. 201.

<sup>513</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>514</sup> *Ibid.*, p. 116.

<sup>515</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>516</sup> *Ibid.*, p. 223.

l'illusion, et plus rarement à l'interprétation), mais il prime ; quant à la thématique délirante, nous verrons qu'elle déborde largement le cadre restreint de la persécution.

#### 2.4.1.2. Le fantasme de pénétration chez Schreber

Dans la *Lettre ouverte à M. le professeur Flechsig* qui introduit ses *Mémoires*, Schreber écrit :

Actuellement, je sens encore tous les jours et à toute heure que sont à l'œuvre en moi les miracles destructeurs qui relèvent de cette « âme examinée ». [...] nul doute pour moi que le *primum movens* de ce qui a toujours été considéré par mes médecins comme de banales « hallucinations », et qui en revanche a pour moi la signification d'une relation avec des forces surnaturelles, consistât en une *commande exercée par votre système nerveux sur mon système nerveux*.<sup>517</sup>

La référence au dedans (« en moi ») et à l'emprise (la « commande ») situe l'expérience de Schreber dans une dialectique de la pénétration : une relation entretenue avec un intérieur vécu comme étranger, et sous son emprise. Il est passif face à ce qu'il vit comme des « expériences intérieures »<sup>518</sup> :

n'auriez-vous pu, vous, en personne, entretenir avec mes nerfs – et au début, je veux bien le croire, dans un but thérapeutique – une relation d'ordre hypnotique, suggestive ou autre, et cela, aussi bien, en dépit de la distance qui nous séparait ?<sup>519</sup>

Dans son effort pour donner du sens à son expérience psychotique, Schreber la compare à la relation hypnotique, prêtant même à celui qui le pénètre (son médecin) des intentions thérapeutiques. Il nous indique ainsi que ce qu'il vit partage avec l'hypnose la forme de la pénétration. Il donne le nom de « meurtre d'âme » au « fait d'exercer une emprise sur le système nerveux de quelqu'un que l'on tient dans une certaine mesure prisonnier de sa volonté – comme cela se produit dans l'hypnose ». Cette expression traduit la massivité de son expérience.

Nous avons tenté précédemment de démontrer que le vécu de Schreber est très largement dominé par une xénopathie : il ressent nombre de ses manifestations internes comme étrangères, imposées depuis l'extérieur par une force qui le surpasse. Cette forme du vécu délirant nous suffit à considérer que Schreber est l'objet d'une pénétration, telle qu'on l'a

---

<sup>517</sup> *Ibid.*, p. 12.

<sup>518</sup> *Ibid.*, p. 25.

<sup>519</sup> *Ibid.*, pp. 12-13.

définie : un autrui occupe activement l'espace interne. Nous allons maintenant nous attacher à comprendre comment cette pénétration *formelle* s'articule au *contenu* du délire. Nous faisons l'hypothèse que chez Schreber, la thématique délirante traduit la réalisation d'un désir nié de pénétration passive.

### **La pénétration *incorporelle* signe la problématique hystérique**

Schreber se vit comme pénétré sexuellement par Dieu :

Quelque chose d'analogue à la conception de Jésus-Christ par une vierge immaculée, c'est à dire par une vierge qui n'a jamais couché avec un homme, s'est produit dans mon propre corps. A deux reprises différentes déjà [...] j'ai possédé des organes génitaux féminins quoique imparfaitement développés, et j'ai ressenti dans le corps des tressautements comme ceux qui correspondent aux premières manifestations vitales de l'embryon humain : des nerfs de Dieu correspondant à la semence masculine avaient été projetés dans mon corps par un miracle divin ; une fécondation s'était ainsi produite.<sup>520</sup>

La pénétration à l'origine de sa « fécondation » par Dieu est *incorporelle*, comme en atteste d'ailleurs la référence de Schreber au dogme catholique de la *Conception Virginale* de Jésus, qui décrit comment Dieu féconde Marie par le truchement de l'Esprit Saint, le *souffle divin*. Cette doctrine, qui semble trouver ses origines dans des mythes antérieurs au Christianisme, apparaît comme une métaphore emblématique d'un tel fantasme de pénétration sans corps, qui traduit l'ambivalence face à la pénétration (être pénétré sans pénétration). Dieu-le-père pénètre donc Schreber *sans corps* : la « semence masculine » est introduite dans le corps de Schreber, non par une action mécanique, mais par un « miracle divin ». D'ailleurs, Schreber précise que « Dieu, avant tout, n'est que nerfs, non corps ; il est donc comme qui dirait apparenté à l'âme humaine »<sup>521</sup>. La référence aux « nerfs », aux « rayons », à l'« âme » traduit cette incorporité de l'objet pénétrant :

la possibilité subsistait, dès qu'en survenait le besoin, de connaître l'intérieur d'un être humain par voie de raccordement nerveux<sup>522</sup>

j'ai longtemps été raccordé nerveusement avec le Professeur Paul Théodore Flechsig et avec Daniel Fürchtgott Flechsig [...] et j'ai eu dans le corps des fractions de l'âme de chacun d'eux.<sup>523</sup>

---

<sup>520</sup> *Ibid.*, note 1 p 21.

<sup>521</sup> *Ibid.*, p. 24.

<sup>522</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>523</sup> *Ibid.*, p. 36.

les nerfs de Dieu franchissent à contrecœur les limites de mon corps<sup>524</sup>

La relation à Dieu a ceci d'idéale, au regard de la problématique hystérique, qu'elle est intrinsèquement *incorporelle*. Nous évoquons plus haut (voir 2.1.4.) à quel point les phénomènes d'extase mystique, en tant que pénétration par un être dépourvu d'existence physique (Dieu, les âmes, etc.), se prêtent bien à la résolution de l'ambivalence hystérique, qui se traduit par le désir d'être pénétré(e), associée à la crainte face à la présence effective du corps de l'autre en soi.

Dieu n'est pas le seul à pénétrer, par le truchement des nerfs ou de l'âme, le corps de Schreber :

j'ai passagèrement eu dans le corps, l'âme, et toute l'âme vraisemblablement, du professeur Flechsig. C'était une boule assez volumineuse ou une pelote que je comparerais au mieux avec son volume équivalent d'ouate ou de fils d'araignée, et qui avait été catapultée dans mon ventre par un miracle, sans doute en vue de l'y faire aller à sa perte. Il eût été vraisemblablement impossible, de toutes façons, de conserver cette âme dans mon corps, étant donné son volume, de la digérer en quelque sorte ; et, en tout état de cause, me laissant aller à un mouvement de compassion, je la lâchai lorsqu'elle s'efforça de se libérer volontairement ; elle se précipita alors de ma bouche vers l'extérieur. [...] je garde tout spécialement le souvenir très net du mauvais goût et de la mauvaise odeur que ces âmes impures laissent à celui dont elles envahissent le corps en y pénétrant par la bouche.<sup>525</sup>

On retrouve à nouveau la réalisation délirante d'un fantasme de pénétration sans corps : cette fois, c'est « l'âme » (de Flechsig, et d'autres) qui pénètre. Il est intéressant de noter qu'ici, la pénétration est décrite en termes oraux : les âmes semblent entrer et sortir du corps « par la bouche », et occupent le « ventre » de Schreber, qui ne peut les « digérer » ; elles y laissent un « mauvais goût » et une « mauvaise odeur ». Nous évoquons précédemment (voir 1.1.1.) de quelle façon la pénétration trouvait son origine dans l'incorporation.

Le corps de Schreber héberge par ailleurs « sous les espèces d'une âme, plus précisément contenue dans [son] bas-ventre, le "dieu" ou "apôtre" » des « hommes nouveaux faits d'esprit Schreber »<sup>526</sup>, ainsi que « des nerfs appartenant à [sa] femme »<sup>527</sup>. Il constate par ailleurs que « les âmes les plus amicales se dirigeaient toujours davantage au voisinage de [ses] parties

---

<sup>524</sup> *Ibid.*, p. 42.

<sup>525</sup> *Ibid.*, p. 80.

<sup>526</sup> *Ibid.*, p. 104.

<sup>527</sup> *Ibid.*, p. 109.



sexuelles »<sup>528</sup>, ce qui va dans le sens d'une relation entre occupation de l'espace interne et excitation sexuelle, comme dans le coït.

Cette occupation interne trouve cependant à se figurer substantiellement dans les selles :

Comme tout ce qui arrive dans mon corps, le besoin de déféquer est lui aussi provoqué par des miracles ; cela consiste à pousser l'étron vers l'avant (bien souvent, il est repoussé vers l'arrière) [...] Quand alors, sous la pression d'un besoin, je décharge réellement [...] chaque fois cela s'accompagne d'un déploiement extrêmement intense de la volupté d'âme. [...] c'est la même chose quand j'urine.<sup>529</sup>

La « verge d'excréments », pour reprendre l'expression freudienne<sup>530</sup>, est manipulée par une force extérieure comme un pénis allant et venant dans l'orifice anal, et procurant un plaisir intense. Ce recours aux fèces permet à la pénétration de prendre corps. Mais l'on verra que la matérialisation de l'objet pénétrant n'est pas indispensable à la jouissance.

### **La pénétration procure une jouissance partagée**

La question de la « volupté » parcourt tout le texte des *Mémoires*, partageant la scène avec son opposé, la torture physique et mentale dont se plaint l'auteur, et qui se traduit notamment par le « jeu forcé de la pensée ». Ainsi, si la pénétration du moi est vécue comme une « torture », la pénétration du corps est intensément voluptueuse. Schreber ajoute que les « miracles de chaud et de froid » visent à « entraver le bien-être naturel du corps qu'apporte la volupté d'âme » : le plaisir pris par Schreber est puni par les souffrances qu'on lui inflige. On peut y voir des débris pseudo-névrotiques : ceux de la culpabilité associée à la jouissance sexuelle. Essayons maintenant de situer ce qui est source de jouissance dans l'univers de Schreber.

Il est d'abord question de la jouissance des « âmes », dont Schreber estime qu'elles « sont seulement compétentes pour le *jouir* »<sup>531</sup> :

---

<sup>528</sup> *Ibid.*, note 57 p. 104.

<sup>529</sup> *Ibid.*, pp. 187-188.

<sup>530</sup> Freud S. (1917) Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 110.

<sup>531</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 196.

Les âmes complètement lavées de la corruption par la purification montaient au ciel et atteignaient alors la béatitude. La béatitude consistait en un état de jouissance ininterrompue, associée à la contemplation de Dieu. L'idée d'un rien-faire éternel est pour l'homme une perspective quelque peu pesante puisqu'il est habitué au travail et que, comme le dit le proverbe, c'est d'abord le travail qui lui rend la vie douce.<sup>532</sup>

Cette description schreberienne de la béatitude peut être comprise comme une métaphore de la jouissance féminine : l'orgasme féminin (la « chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement »<sup>533</sup>), relativement à l'orgasme masculin, a quelque chose d'une « jouissance ininterrompue » obtenue dans la « contemplation » du partenaire, dans une certaine passivité (« un rien-faire »). En somme, l'homme peut apparaître tout aussi fasciné et circonspect devant la jouissance des « âmes » que face à celle des femmes. Cette hypothèse semble confirmée par ce qu'ajoute Schreber, qui distingue une « béatitude masculine » et une « béatitude féminine » : « cette dernière paraît avoir consisté en une sensation de volupté ininterrompue »<sup>534</sup>.

Les « rayons » de Dieu trouvent quant à eux la jouissance dans la pénétration du corps de Schreber : on l'a vu, la « dissolution » dans le corps de Schreber s'accompagne pour les nerfs divins d'une « volupté d'âme »<sup>535</sup>. Schreber écrit que « la volupté d'âme se fit si profuse dans [son] corps que les rayons commencèrent à prendre goût de venir s'y fondre ». Cette jouissance reproduit pour eux celle qui accompagne la « béatitude » : ils retrouvent « dans [son] corps un substitut absolu ou approché de la béatitude céleste perdue pour eux, et qui probablement avait consisté en une jouissance voluptueuse du même ordre »<sup>536</sup>.

Dieu trouve son plaisir dans la pénétration du corps de Schreber par ses nerfs :

Le Dieu inférieur (Ariman) [...] ne trouvait pas si mauvais par le passé de venir s'absorber dans mon corps par le truchement d'une partie de ses nerfs chaque fois renouvelée, pour cause de la volupté d'âme qu'il pouvait presque toujours compter y rencontrer<sup>537</sup>

Outre la forme du délire, c'est donc aussi son contenu qui figure la réalisation du fantasme de pénétration.

---

<sup>532</sup> *Ibid.*, p. 31.

<sup>533</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>534</sup> *Ibid.*, p. 32.

<sup>535</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>536</sup> *Ibid.*, pp. 152-153.

<sup>537</sup> *Ibid.*, p. 153.

Qu'en est-il de la jouissance de Schreber lui-même ?

Le sentiment d'euphorie provient de la volupté d'âme qui à certains moments atteint un degré élevé, et il n'est pas rare qu'elle devienne si forte, par exemple quand je suis au lit, qu'il suffit alors d'une dépense minimale d'imagination pour me procurer un bien-être qui donne une claire prescience de ce que peut être la jouissance féminine dans le coït.<sup>538</sup>

Schreber décrit le « va-et-vient » formé par l'alternance de rapprochements et d'éloignements des nerfs de Dieu, et ses effets sur le corps de Schreber : lorsque Dieu se rapproche, « les nerfs de la volupté [...] affleurent », le « sein se gonfle », et la volupté s'accroît ; l'éloignement a l'effet contraire, la « texture nerveuse de la volupté » reflue « vers l'intérieur du corps », les « seins s'aplatissent notablement »<sup>539</sup>, et la volupté fait place à « toutes sortes d'accès douloureux » dès que « Dieu se retire »<sup>540</sup>. La présence de Dieu en lui procure donc à Schreber une jouissance. En lui fournissant ainsi une « prescience de ce que peut être la jouissance féminine dans le coït » par des mouvements de « va-et-vient », le délire de Schreber réalise le fantasme initial « d'être une femme en train de subir l'accouplement ».

Voici comment s'articulent la jouissance de Dieu et celle de Schreber :

Dieu exige un *état constant de jouissance* [...] c'est alors mon devoir de lui offrir cette jouissance [...] sous la forme du plus grand développement possible de la volupté d'âme. Et si, ce faisant, un peu de jouissance sensuelle m'échoit en retour, je me sens justifié à l'accepter à titre de léger dédommagement pour l'excès de souffrances et de privations qui ont été mon lot depuis tant d'années<sup>541</sup>

Nous voyons donc que la pénétration incorporelle de Dieu en Schreber occasionne une jouissance réciproque : la psychose de Schreber peut être comprise comme un équivalent coïtal.

Les modifications opérées sur le corps de Schreber contribuent à sa jouissance :

mon corps tout entier est parcouru des pieds à la tête de nerfs de la volupté, comme cela ne se rencontre que s'agissant d'un corps de femme adulte, alors que chez l'homme – que

---

<sup>538</sup> *Ibid.*, p. 220.

<sup>539</sup> *Ibid.*, pp. 226-228.

<sup>540</sup> *Ibid.*, p. 221.

<sup>541</sup> *Ibid.*, p. 230.

je sache – les nerfs de la volupté sont uniquement localisés à une zone circonscrite au sexe et à son voisinage immédiat.<sup>542</sup>

Lorsque j'exerce une légère pression sur l'une quelconque des parties de mon corps, je *sens* sous la surface cutanée une texture faite de filaments et de cordons [...] En exerçant sur cette texture une pression, je puis me procurer une sensation de volupté de l'ordre de celle de la femme, surtout si je pense en même temps à quelque chose de féminin.<sup>543</sup>

Cette représentation d'un corps tout entier parcouru de terminaisons nerveuses, telle une muqueuse, sur laquelle toute pression fournit une satisfaction masturbatoire, traduit le vécu d'un *corps-organe sexuel*. L'accès à une telle configuration du corps implique, nous le verrons, sa féminisation.

Plus qu'un bénéfice de la relation à Dieu, la jouissance en constitue la nécessité :

s'il m'était possible d'assumer *sans cesse* le rôle de la femme aux prises avec moi-même dans l'étreinte sexuelle, si je pouvais *sans cesse* reposer mon regard sur des êtres féminins, si je pouvais *sans cesse* contempler des images féminines, etc., Dieu n'entreprendrait jamais plus de se retirer de moi (ce qui aussitôt porte un préjudice notable à mon bien-être corporel), mais il se laisserait aller avec une régularité plus constante et sans aucune résistance à la force d'attraction.<sup>544</sup>

Cette idée lui a été confirmée « par le Dieu inférieur lui-même (Ariman) » qui formule ces recommandations : « La volupté est désormais une chose pieuse » ou encore « Excitez-vous donc sexuellement » :

dans la relation entre Dieu et moi, la volupté est devenue une chose « pieuse », c'est-à-dire qu'on doit la considérer comme le meilleur moyen par lequel (dans des conditions contraires à l'ordre de l'univers) le conflit d'intérêts qui est né pourra trouver une issue satisfaisante<sup>545</sup>

Dieu exige de Schreber qu'il cultive la volupté en permanence, qu'il s'excite, et qu'il assume « le rôle de la femme aux prises avec [lui]-même dans l'étreinte sexuelle » (c'est-à-dire, qu'il se masturbe). Le système délirant schreberien fournit donc un compromis idéal entre les désirs sexuels et les exigences morales<sup>546</sup> : il est du devoir moral de Schreber que de jouir, il rend ainsi service à Dieu. Schreber note lui-même que « tous les concepts moraux se trouvent

---

<sup>542</sup> *Ibid.*, p. 224.

<sup>543</sup> *Ibid.*, p. 226.

<sup>544</sup> *Ibid.*, pp. 231-232.

<sup>545</sup> *Ibid.*, p. 232.

<sup>546</sup> Nous verrons plus loin (voir 2.4.1.4.) que ces exigences morales ont constitué la toile de fond de l'éducation autoritaire et perverse orchestrée par le père de Schreber.

mis sens dessus dessous dans la relation [qu'il] entreten[t] avec Dieu », car chez les humains, « jamais [la volupté] n'a passé en elle-même pour être quelque chose de particulièrement méritoire ». L'opposition entre le désir et la morale sonne comme un débris de conflit névrotique, auquel Schreber fournit une solution magistrale (puisque psychotique).

Une telle exigence divine de jouissance trahit la menace qui pèse sur Dieu, confronté à la « force d'attraction » de Schreber.

### **La « force d'attraction »**

La relation entretenue avec Dieu, si elle est entièrement orientée par des enjeux liés à la pénétration, n'est toutefois pas une simple relation de viol psychique. Schreber se vit comme pénétré par Dieu, mais il décrit aussi de quelle façon Dieu cherche à échapper au corps de Schreber, si bien qu'on ne sait plus qui est actif et qui est passif :

Dieu croit pouvoir refluer de moi dès que je me laisse aller à ne penser à rien, comme il le ferait d'un présumé dément.<sup>547</sup>

les nerfs de personnes *vivantes*, surtout en état d'hyperesthésie, ont un tel pouvoir d'attraction sur les nerfs divins, que Dieu ne pourrait se libérer d'elle et se sentirait par conséquent menacé dans son existence même.<sup>548</sup>

Au Royaume de Dieu avait probablement prévalu de tout temps le sentiment que, pour grand et souverain qu'il fût, l'Ordre de l'Univers n'était point sans son talon d'Achille, dans la mesure où la vertu des nerfs humains d'attirer les nerfs de Dieu contenait en germe une menace, justement, pour le Royaume de Dieu.<sup>549</sup>

Ainsi, cette relation condense une forme de pénétration passive, et une activité d'ordre oral : Schreber est celui qui (fût-ce à son insu) retient Dieu à l'intérieur de lui, c'est-à-dire l'avale. Une telle condensation nous rappelle qu'en étudiant les prémisses de la pénétration dans le développement psychosexuel<sup>550</sup>, nous avons constaté que la dialectique de la pénétration trouve naissance dès la phase orale de la libido, lorsque le plaisir est lié à l'incorporation. Or cette opération condense justement les deux pôles actif et passif retrouvés dans la relation de Schreber à Dieu : avaler et être pénétré. Ainsi, la description contradictoire du comportement

---

<sup>547</sup> *Ibid.*, p. 26.

<sup>548</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>549</sup> *Ibid.*, pp. 140-141.

<sup>550</sup> Voir *supra*, la première partie de ce travail.

divin par Schreber (Dieu cherchant à la fois à le pénétrer et à s'arracher à son intérieur) s'éclaircit.

Nous voyons donc se déployer chez Schreber un pôle pulsionnel actif, aux côtés de la passivité (subir la pénétration). Pourtant, cette activité a ceci de singulier qu'elle n'est pas reconnue par Schreber comme relevant de son fait, mais simplement constatée par lui comme un fait objectif qu'il tente de s'expliquer : « qu'une force d'attraction soit à l'œuvre, c'est là pour moi un fait tout à fait incontestable ». Il propose, pour la compréhension de ce phénomène, de se représenter « que les rayons sont des *êtres animés* et qu'il s'agit, parlant de cette force d'attraction, non d'une force agissante mécanique, mais de quelque chose d'analogue aux *ressorts psychologiques*. "Attirant", cela désigne en effet pour les rayons ce qui les intéresse. »<sup>551</sup>. Plutôt que d'être attiré par Dieu, Schreber est *attirant* pour Dieu (et pour ses rayons). Pour autant, il semble qu'on puisse rapporter cette « force » à un dynamisme d'ordre pulsionnel, qui aurait été exporté sur la scène délirante. Ce désir, qui trouve initialement une voie d'expression dans la représentation selon laquelle « ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement »<sup>552</sup>, avant d'être éjecté, correspond à ce que nous avons proposé de situer comme la *composante vaginale* de la sexualité, composante qui, on l'a vu, prend naissance dès les phases pré-génitale de la vie psychique, et doit trouver sa place ultime comme composante de la sexualité féminine : c'est une activité à but passif (désirer être pénétré). Le corps de Schreber attire justement en lui les appendices divins comme le vagin attire le pénis : « la vertu d'attraction de mes nerfs ne cessait de s'affirmer chaque jour plus irrésistiblement »<sup>553</sup>. L'« activité à but passif » est ici explicite. La « force d'attraction » apparaît comme une métaphore limpide de la *vaginalité* dans le délire schreberien.

Cette idée d'une « force d'attraction » introduit la dynamique d'un conflit, qui oppose un mouvement d'attraction des âmes vers l'intérieur du corps, à la lutte des âmes pour « se maintenir au rang céleste », au prix de manœuvres complexes (« arrimage aux rayons », « arrimages aux terres »<sup>554</sup>). C'est dans la bataille ainsi menée pour s'extraire du corps de Schreber que prennent sens les supplices qu'on lui inflige :

---

<sup>551</sup> *Ibid.*, note 5 p. 27.

<sup>552</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>553</sup> *Ibid.*, p. 141.

<sup>554</sup> *Ibid.*, p. 112.

Toutes les atteintes qui, au cours des ans, ont été portées à ma vie, à mon intégrité corporelle, à ma virilité et à ma raison, se sont toujours fondées sur cette idée unique qui est de se soustraire autant que possible au pouvoir d'attraction de mes nerfs surexcités, pouvoir qui surpasse de loin tout ce qui a jamais pu exister<sup>555</sup>

tout ce qui se dit et se fait là est en connexion immédiate avec l'arrivée de rayons à proximité et avec leurs efforts consécutifs pour se dégager et battre en retraite<sup>556</sup>

Ces « atteintes » infligées à Schreber témoignent de la « menace » que représente la pénétration pour l'objet pénétrant :

pour éviter que les rayons ne soient à la merci de la force d'attraction des nerfs humains, susceptibles à la longue de devenir une menace pour Dieu, il fallait qu'ils puissent, une fois leur objectif atteint, opérer un dégagement rapide<sup>557</sup>

Cette « menace » est fonction de la « force d'attraction » des nerfs de celui qui est pénétré, relative à leur degré d'excitation. Les nerfs « surexcités » de Schreber rendent cette menace très sérieuse pour les rayons divins. L'objet pénétrant est donc d'autant plus menacé que l'objet pénétré est excité. Nous retrouvons ici, de façon à peine déguisée, la représentation d'un vagin fantasmé par l'homme à la fois comme source de jouissance, et comme bouche menaçante, d'où il pourrait être impossible de se retirer sans dommage.

La notion de « force d'attraction » traduit aussi la disparition du désir : ni Schreber ni Dieu ne désirent cette pénétration qui les réunit ; Dieu se sent irrémédiablement attiré vers l'intérieur du corps de Schreber, à leur insu à tous les deux. Le désir n'est ni renversé dans son contraire (« je ne le désire pas, je le hais »), ni projeté comme dans l'érotomanie (« ce n'est pas moi qui le désire, c'est lui qui me désire »), ni même soumis à la somme de ces deux processus, tel qu'on l'observe dans la paranoïa (« il me hait »), il est purement nié. Pankow dit que dans la psychose hystérique, « à la place vide du désir nous trouvons le processus de la psychose »<sup>558</sup>. A la force pulsionnelle (amour, haine) s'est substituée la force gravitationnelle (« force d'attraction »), débris déshumanisé, résultant de la disparition du désir. La jouissance (« volupté d'âme ») ne peut être associée à aucun désir. Schreber est sans cesse affairé à lutter contre des miracles, qui sont eux-mêmes prodigués par un dieu qui doit mettre « tout le temps en place des systèmes nouveaux »<sup>559</sup> et user d'ingéniosité pour s'extraire de la « force

---

<sup>555</sup> *Ibid.*, p. 113.

<sup>556</sup> *Ibid.*, p. 170.

<sup>557</sup> *Ibid.*, pp. 125-126.

<sup>558</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 143.

<sup>559</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 186.

d'attraction » du corps de Schreber. Dans cette interaction, la force d'attraction n'appartient donc ni à l'un ni à l'autre, comme deux corps célestes subissent entre eux une force de gravitation qui ne leur appartient pas, mais procède d'une loi universelle qui les dépasse. S'il y a lutte, elle n'est pas entre eux deux, mais entre chacun d'eux (« en état de légitime défense »<sup>560</sup>) et la force extérieure qui les étreint. Cette force extérieure a pris la place du désir.

### **La « place vide » du désir**

Nous avons tenté d'illustrer comment le délire de Schreber, de par sa forme (la xénopathie), mais aussi au regard du contenu des idées délirantes, peut être compris comme la réalisation du fantasme de subir la pénétration sans corps. Nous avons souligné cependant que cette réalisation semble s'être substituée au désir lui-même, qui laisse une « place vide », et dont il ne reste plus de trace chez Schreber, pas même sous forme intervertie ou projetée. Cette absence de désir est incompatible avec l'hypothèse d'un délire paranoïaque, dont le mécanisme essentiel consiste en une projection du désir, et non en son abolition. Dans l'univers schreberien, personne ne veut rien, tous les protagonistes subissent, et même la pire persécution n'a pas le caractère de la *malveillance* (qui est une forme de « vouloir », comme en témoigne son étymologie). Dieu (tout comme Flechsig, à qui Schreber prête même brièvement des intentions thérapeutiques) n'est pas un persécuteur. Il est victime, au même titre que Schreber, de la « faille »<sup>561</sup> dans l'ordre de l'univers : les « atteintes » que l'on porte à Schreber « se sont toujours fondées sur cette idée unique qui est de se soustraire autant que possible au pouvoir d'attraction de [ses] nerfs surexcités »<sup>562</sup>. Autrement dit, si Dieu se montre cruel, ce n'est que pour se prémunir de la « dissolution » dans le corps de Schreber.

Voici comment Schreber raconte sa première décompensation psychotique (l'entrée dans la seconde « maladie nerveuse ») :

Un jour, cependant, un matin, encore au lit (je ne sais plus si je dormais encore à moitié ou si j'étais déjà réveillé), j'eus une sensation qui, à y repenser une fois tout à fait éveillé, me troubla de la façon la plus étrange. C'était l'idée que, tout de même ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement. Cette idée était si étrange à toute ma nature que si elle m'était venue en pleine conscience, je

---

<sup>560</sup> *Ibid.*, note 97 p. 187.

<sup>561</sup> *Ibid.*, p. 197.

<sup>562</sup> *Ibid.*, p. 113.



l'aurais rejetée avec indignation, je peux le dire ; après ce que j'ai vécu depuis, je ne peux écarter la possibilité que quelque influence extérieure ait joué pour m'imposer cette représentation<sup>563</sup>

Ce fantasme de pénétration passive, dont la prise de conscience constitue un tournant dans la maladie de Schreber, n'est interprété que *rétroactivement* comme ayant été le fruit d'une « influence extérieure » : il n'est d'abord pas vécu comme tel. On peut même faire l'hypothèse que ce n'est que dès lors qu'il n'a plus été accepté comme un fantasme, c'est à dire comme une partie de soi, homogène au reste du moi, mais au contraire rejeté, qu'il a été remplacé par le vécu généralisé de pénétration que constitue le délire d'influence.

Schreber décrit les premiers phénomènes d'un vécu psychotique. Il voit sa femme telle « une image humaine bâclée à la six-quatre-deux ». Puis vient la nuit qu'il estime « décisive » pour son « effondrement spirituel » :

durant cette seule nuit, j'eus un nombre en vérité tout à fait inhabituel de pollutions (sans doute une demi-douzaine). C'est de ce moment que datent les premières manifestations de collusions avec des forces surnaturelles, notamment d'un raccordement de nerfs que le professeur Flechsig avait branché sur moi, de sorte qu'il parlait par le truchement de mes nerfs sans être personnellement présent.<sup>564</sup>

Les premières manifestations psychotiques sont donc contemporaines d'une série de « pollutions », c'est-à-dire d'orgasmes spontanés, survenus au cours de la même nuit. Quelle activité fantasmatique a pu ainsi induire à la fois un tel degré d'excitation sexuel, et la décompensation délirante décrite par Schreber ? Cette hyper-excitation sexuelle est manifestement associée à la première expérience de pénétration sans corps : Schreber est pénétré par Flechsig « par le truchement de [ses] nerfs sans être personnellement présent ». Le désir de subir la pénétration (« être une femme en train de subir l'accouplement ») se voit réalisé dans le délire. Autrement dit, le réveil de la composante vaginale, insupportable au moi, précipite la décompensation psychotique ; et c'est précisément cette composante vaginale qui va être abolie, et à laquelle va se substituer le délire d'influence, dont on a vu qu'il traduisait chez Schreber, dans sa forme comme dans son contenu, un équivalent coïtal.

Outre la pénétration passive, c'est aussi son corrélat, l'éviration, qui est vécue hors de tout désir.

---

<sup>563</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>564</sup> *Ibid.*, pp. 51-52.

## La féminisation, ou l'accession au *corps-vagin*

Le « mouvement immanent à l'ordre de l'univers » implique l'« éviration de quiconque a été admis à un commerce intime permanent avec les rayons » :

cette nécessité est en rapport avec le plan qui est, semble-t-il, au fondement de l'ordre de l'univers, et qui prévoit le renouveau de l'espèce pour le cas où une catastrophe cosmique mènerait à la destruction inéluctable (qu'elle soit préméditée ou non) du peuplement de l'un ou l'autre corps céleste.<sup>565</sup>

Celui qui entretient avec Dieu un « commerce intime permanent » doit donc être transformé en femme, pour procurer à Dieu la jouissance de ses « nerfs », et pouvoir être fécondé par lui en vue d'assurer un éventuel « renouveau de l'espèce ». Schreber prend l'exemple d'un homme qui, seul survivant d'un « cataclysme », et destiné à assurer la « conservation de l'espèce », « *devait obligatoirement avoir subi l'éviration* (avoir été transformé en femme), pour pouvoir mettre au monde des enfants »<sup>566</sup>. L'éviration est « concomitante à la fécondation »<sup>567</sup>.

Voici comment Schreber décrit le processus d'éviration :

L'éviration se pratiquait de manière à ce que les organes génitaux (externes) masculins (scrotum et membre viril) se rétractassent à l'intérieur du ventre, et par une déformation concomitante les organes génitaux internes étaient changés en leurs homologues pour le sexe féminin – ce processus s'opérait peut-être lors d'un sommeil plus que séculaire, puisqu'il fallait en effet qu'interviennent de surcroît des modifications du système osseux (bassin, etc.)<sup>568</sup>

Cette éviration comporte une menace pour Schreber :

Longtemps j'ai ressenti moi-même le risque d'éviration comme celui d'une ignominie menaçante, aussi longtemps qu'il a pu être question notamment d'un abus sexuel de mon corps qui serait le fait d'autres hommes. Les nerfs féminins ou nerfs de la volupté qui avaient déjà pénétré en masse dans mon corps, n'ont pu pendant plus d'un an parvenir à exercer la moindre influence sur mon comportement ou sur mon caractère. Je réprimais

---

<sup>565</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>566</sup> *Ibid.*, p. 58. Cette préoccupation pour la « conservation de l'espèce » peut probablement être reliée, d'une façon ou d'une autre, à l'échec des tentatives répétées du couple Schreber pour avoir un enfant, qui les occupèrent durant l'intervalle qui sépara les deux « maladies nerveuses » de Schreber : ces « huit années de bonheur » furent « assombries seulement passagèrement par la déception plusieurs fois renouvelée de [leurs] espérances de voir un jour [leur] union bénie par la venue d'un enfant » (*ibid.*, p. 45).

<sup>567</sup> *Ibid.*, p. 123.

<sup>568</sup> *Ibid.*, p. 58.

leur excitation en protestant de mon sentiment de l'honneur viril et de la sainteté des représentations qui me dominaient presque exclusivement.<sup>569</sup>

A nouveau, on note que Schreber veut être pénétré par les nerfs, les âmes, mais surtout pas par un corps : il ne peut supporter de désirer que la présence *immatérielle* de l'autre en lui ; toute présence *physique* est perçue comme une « ignominie ». Le mécanisme qui mène à l'éviration consiste justement en l'influence sur son corps de « nerfs féminins », qu'il associe aux « nerfs de la volupté », ayant « pénétré en masse dans [son] corps » :

du fait de mon pouvoir d'attraction, les nerfs des âmes en cause sont venus se perdre dans mon corps, où ils ont alors reçu la qualité de nerfs de la volupté féminine, ce qui a d'ailleurs donné à mon corps un aspect plus ou moins féminin, et en particulier ma peau a pris la douceur caractéristique du sexe féminin.<sup>570</sup>

On constate donc que la transformation du corps de Schreber en corps de femme n'est pas seulement une *nécessité* exigée pour la pénétration par Dieu ; elle est en même temps la *conséquence* de la pénétration par les « nerfs ». La pénétration effective, physique, qui pourrait s'ensuivre, loin d'être souhaitée, ne constitue qu'une potentialité indésirable associée à cette transformation. Nous ferons donc l'hypothèse que le désir de Schreber n'est pas d'être pénétré *par un homme*, comme le suggère sa thématique délirante, mais d'être pénétré *comme l'est une femme*, c'est-à-dire d'être identifié à un corps-contenant accueillant dans la jouissance un corps contenu : un corps-réceptacle (un *corps-vagin* ?). Autrement dit, l'accent du fantasme n'est pas mis sur l'objet de la pulsion (l'homme), mais sur son but (être pénétré). D'ailleurs, l'énonciation du fantasme « être une femme en train de subir l'accouplement » insiste clairement sur le but tout en escamotant l'objet. Dans sa pseudo-génitalité, la psychose de Schreber traduit cela en termes de différenciation des sexes : des hommes (Dieu, le Pr Flechsig, etc.) pénètrent son corps, qui se transforme en corps de femme. C'est à cette pseudo-génitalité qu'il faut semble-t-il attribuer le fantasme d'éviration : devenir une femme équivaut, en termes prégénitaux, à devenir un contenant.

Quel effet produit la féminisation de Schreber sur sa relation à Dieu ?

Tout ce qui est féminin exerce sur les nerfs de Dieu un effet d'attraction ; de là vient que, dès que l'on souhaite se soustraire à nouveau à mon attraction, on s'efforce

---

<sup>569</sup> *Ibid.*, p. 114.

<sup>570</sup> *Ibid.*, p. 83.

immédiatement de contenir par voie de miracle les symptômes de féminité qui fleurissent sur mon corps<sup>571</sup>

L'éviration de Schreber n'est donc pas souhaitée par Dieu, mais crainte par lui. La féminité du corps de Schreber est associée à une augmentation de la force d'attraction qu'il exerce sur Dieu, et menace celui-ci.

Pourtant, on porte atteinte à sa « virilité » en vue de « se soustraire » au « pouvoir d'attraction de ses nerfs »<sup>572</sup>. Cela apparaît contradictoire avec l'idée selon laquelle sa féminisation accentuerait son pouvoir d'attraction. Schreber note cette contradiction, et s'interroge :

on méditait seulement de m'infliger un outrage de plus, en imaginant, étrangement [...] qu'un corps une fois éviré perdait son pouvoir d'attraction sur les rayons.

On peut penser que, dans la mesure où c'est l'excitation de ses organes génitaux mâles qui alimente son fantasme d'être pénétré, c'est-à-dire d'attirer l'autre en lui, Schreber pressent qu'une privation de son appareil excitable (donc une éviration, une castration) revient à le priver de son excitabilité (même si cette excitabilité vise des buts passifs), et par conséquent de son « pouvoir d'attraction ».

Quoi qu'il en soit, au même titre que la pénétration passive, l'éviration semble être vécue par Schreber hors de tout désir. Le désir initial d'être une femme (qui vise, semble-t-il, la possibilité de subir l'accouplement, c'est-à-dire d'être pénétré) n'est pas l'objet d'une projection : cela se traduirait par la conviction chez Schreber que des persécuteurs veulent faire de lui une femme. Or ici, le *désir* de féminisation a disparu : la féminisation est vécue plutôt que désirée. Schreber ne peut que constater que son corps se transforme, sans que personne ne l'ait prémédité, ni même souhaité.

### **Pseudo-généralité et pseudo-homosexualité : les débris d'un Œdipe lacunaire ?**

Schreber est pénétré par Dieu pour lui procurer la jouissance qu'il réclame : « dès que je suis seul avec Dieu [...] ce m'est nécessité de m'efforcer par tous les moyens [...] de donner aux rayons divins [...] l'image d'une femme plongée dans le ravissement de la volupté ».

---

<sup>571</sup> *Ibid.*, pp. 226-227.

<sup>572</sup> *Ibid.*, p. 113.

Pourtant, on l'a vu, le désir de pénétration, nié chez Schreber et qui trouve à se réaliser dans le délire, n'est pas un désir homosexuel : *être pénétré par un homme*. Il est pré-génital, donc antérieur à l'acquisition de la différence des sexes. Son apparence d'homosexualité est à attribuer à la relecture de la pré-génitalité au sein d'un psychisme adulte, qui dès lors a une certaine conception, ne serait-ce qu'intellectuelle, de la différence des sexes ; par conséquent, sa thématique délirante est emprunte de ces notions : la pré-génitalité se déploie sur une pseudo-génitalité. A nouveau se pose la question des débris oedipiens dans la psychose hystérique. Cet état de fait explique peut-être l'aspect hermétique du discours de Schreber à propos de son « devoir » de « cultiver la volupté » :

ce qui est exigé, c'est que je me regarde moi-même comme homme et femme en une seule personne, consommant le coït avec moi-même, et que je recherche sur moi les pratiques qui ont pour but l'échauffement sexuel, etc., dussent ces pratiques être par ailleurs considérées comme obscènes – bien évidemment elles n'ont ici rien à voir avec les représentations habituelles de l'onanisme ou autres choses semblables.<sup>573</sup>

L'aspect pré-génital de la sexualité de Schreber est ici clairement énoncé : il vient balayer les débris d'une pseudo-génitalité, c'est-à-dire d'une différenciation des sexes connue mais non vécue. Cela nous permet de mieux comprendre cette remarque de Schreber :

Ainsi se perpétra le complot dirigé contre moi (à peu près vers mars ou avril 1894), qui visait, une fois qu'aurait été reconnu ou admis le caractère incurable de ma maladie nerveuse, à me livrer à un homme de telle sorte que mon âme lui soit abandonnée, cependant que mon corps changé en corps de femme à la faveur d'une interprétation ambiguë du dynamisme immanent à l'ordre de l'univers dont j'ai parlé plus haut, cependant que mon corps, donc, aurait été livré à cet homme, en vue d'abus sexuels, pour être ensuite tout bonnement « laissé en plan » c'est à dire sans doute abandonné à la putréfaction.<sup>574</sup>

Seule une « interprétation ambiguë du dynamisme immanent à l'ordre de l'univers » donnerait lieu à une transformation du corps de Schreber en un « corps de femme », car ce que vise Schreber en dernier ressort, ce n'est pas d'être transformé en femme, mais d'acquérir un corps pénétrable. Son désir (nié) s'inscrit dans une problématique antérieure à la différenciation des sexes, en amont de l'opposition masculin/féminin, autour de son précurseur, l'opposition contenant/contenu. L'élément de persécution *vraie* ici exprimé (le « complot ») concerne, lui, effectivement un désir homosexuel (le corps de Schreber « livré à [un] homme, en vue d'abus sexuels ») : ce désir n'a pas été réalisé (et ainsi aboli) comme le désir de pénétration sans

---

<sup>573</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>574</sup> *Ibid.*, p. 61.

corps, mais projeté. Nous constatons la complémentarité de ces deux mécanismes, qui, nous le pensons, doivent coexister dans la plupart des cas de psychose hystérique, fondant la parenté de celle-ci avec la paranoïa.

L'hypothèse de l'homosexualité de Schreber (qui implique l'accès à la génitalité) est aussi infirmée par les sources hétérosexuelles auxquelles il puise l'excitation :

Lorsque j'exerce une légère pression sur l'une quelconque des parties de mon corps, je *sens* sous la surface cutanée une texture faite de filaments et de cordons [...] En exerçant sur cette texture une pression, je puis me procurer une sensation de volupté de l'ordre de celle de la femme, surtout si je pense en même temps à quelque chose de féminin.<sup>575</sup>

lorsque je dis que cultiver la volupté est devenu pour ainsi dire de mon devoir, *il ne s'ensuit nullement que je doive me mettre à poursuivre de ma concupiscence sexuelle d'autres personnes (des femmes)*<sup>576</sup>

si je pouvais *sans cesse* reposer mon regard sur des êtres féminins, si je pouvais *sans cesse* contempler des images féminines, etc., Dieu n'entreprendrait jamais plus de se retirer de moi<sup>577</sup>

A une telle pseudo-génitalité doit pouvoir être associé un « pseudo-Œdipe ». Or, nous avons plusieurs fois qualifié de *pseudo-névrotiques* des éléments de fonctionnement psychique repérés chez Schreber. Nous avons notamment vu à l'œuvre des débris du traditionnel conflit névrotique qui oppose le désir (et en particulier le désir sexuel) à la morale, aux interdits, aux préceptes religieux. La psychose de Schreber y apporte une résolution ingénieuse, en substituant au désir une exigence morale de jouissance. On a vu aussi que Schreber associe certaines de ses souffrances à des punitions infligées en réaction à l'excès de « volupté » dont il jouit, rappelant la culpabilité et l'auto-punition des névrosés face à la jouissance. Enfin, on a repéré des préoccupations pour la castration, non seulement à travers la thématique de l'éviration où c'est évident, mais aussi de façon plus discrète derrière l'angoisse prêtée à Dieu vis à vis de la dissolution de ses « nerfs » une fois pénétrés dans le corps de Schreber : ici, c'est la pénétration active qui est source d'angoisse.

Ces quelques éléments sporadiques n'ont évidemment pas la fonction structurante d'une configuration oedipienne, comme en témoigne la désorganisation psychique de Schreber. Pour autant, n'ont-ils d'oedipiens que l'apparence, ou ont-ils un jour pu jouer une quelconque

---

<sup>575</sup> *Ibid.*, p. 226.

<sup>576</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>577</sup> *Ibid.*, p. 231.

fonction dans la structuration psychique de Schreber ? Ont-ils le moindre rapport avec l'Œdipe lacunaire dont on a fait l'hypothèse, et dont on cherche les débris, un pseudo-Œdipe qui permettrait de distinguer les psychoses délirantes non-dissociatives des schizophrénies ? Car les premières trouvent malgré tout le plus souvent (comme c'est le cas ici) à se prémunir efficacement contre l'effondrement schizophrénique. Qu'est-ce qui permet chez ces fonctionnements de suppléer partiellement à une structuration oedipienne aboutie et opérante ?

Nous avons pointé précédemment l'incapacité de la théorie de la « forclusion du Nom-du-Père » à rendre compte de l'existence de formes non-dissociatives de la psychose : nous avons vu notamment de quelle façon Jean-Claude Maleval est forcé de situer le délire hystérique du côté de la névrose, dès lors qu'il ne peut le considérer comme schizophrénique. Nous aimerions disposer d'une conception étiopathogénique plus souple, moins binaire, qui permette de situer cet entre-deux que constitue le champ des pathologies psychotiques non-schizophréniques. Autrement dit, la différence observée dans le degré de structuration identitaire entre ces pathologies et les diverses formes de schizophrénies donne à penser qu'entre l'acquisition de l'Œdipe dans la névrose et la catastrophe identitaire de la schizophrénie, doivent pouvoir être repérés des situations intermédiaires de structuration. Pankow, on l'a vu, replace cette distinction dans sa théorie de l'image du corps : la « dissociation » concerne la première fonction de l'image du corps, c'est-à-dire sa forme, dans les schizophrénies ; elle intéresse la deuxième fonction, relative au contenu, aux fonctions, etc., dans les autres psychoses. Il serait intéressant de s'interroger sur les dysfonctionnements dans la structuration oedipienne auxquels renvoient de telles « failles ».

Quoi qu'il en soit, c'est aussi d'une « faille » dont atteste Schreber : il témoigne du cataclysme phénoménologique qu'il a traversé. Il évoque un « état de choses contraire à l'ordre de l'univers » : « la conjoncture s'est trouvée bouleversée »<sup>578</sup>. Il « s'est produit dans cette “construction prodigieuse” une faille qui présente un lien des plus étroits avec mes destinées personnelles »<sup>579</sup> ; une « faille » a « disjoint fondamentalement les pièces maîtresses de l'ordre de l'univers »<sup>580</sup>. Cette « crise », métaphore de l'entrée dans la psychose, et que Schreber traduit comme une transgression de l'ordre de l'univers, Pankow la décrit comme une transgression des « lois immanentes du corps » : c'est la survenue d'une *dissociation*, qui

---

<sup>578</sup> *Ibid.*, pp. 25-26.

<sup>579</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>580</sup> *Ibid.*, p. 197.

rompt les relations du tout à la partie, et fait basculer le fantasme en délire, la pensée en hallucination, etc.

Notre analyse des thématiques délirantes chez Schreber nous a amené à plusieurs conclusions : le fantasme organisateur vise une pénétration sans corps ; au désir associé à ce fantasme (un désir vaginal) s'est substituée la réalisation de ce fantasme, accompagnée de l'abolition du désir ; la pseudo-homosexualité condense prégénitalité et pseudo-génitalité. Nous pouvons donc situer la pathologie de Schreber dans le cadre de la psychose hystérique.

Il est maintenant temps de situer nos hypothèses au regard des conclusions freudiennes.

#### 2.4.1.3. Freud et la « paranoïa » de Schreber

Dans son article célèbre consacré au cas du « Président Schreber », Freud pose les bases d'une compréhension psychanalytique de la psychose. Il met en évidence que le délire a un sens : il est la réalisation d'un désir.

L'intérêt que porte le psychiatre praticien à des idées délirantes [de la sorte de celles de Schreber] est en général épuisé quand il a constaté les effets du délire et évalué son influence sur le comportement général du malade ; l'étonnement du médecin, en présence de ces phénomènes, n'est pas chez lui le point de départ de leur compréhension. Le psychanalyste, par contre, à la lumière de sa connaissance des psychonévroses, aborde ces phénomènes armé de l'hypothèse d'après laquelle même des manifestations psychiques si singulières, si éloignées de la pensée habituelle des hommes, découlent des processus les plus généraux et les plus naturels de la vie psychique, et il voudrait apprendre à connaître les mobiles comme les voies de cette transformation. C'est dans cette intention qu'il se mettra à étudier plus à fond l'évolution et les détails de ce délire.<sup>581</sup>

Cette idée selon laquelle le délire est accessible à une forme de compréhension est une révolution, car elle situe la psychose et les malades psychotiques infiniment plus près de la névrose que la clinique asilaire ne le laissait jusqu'à présent supposer : qu'ils soient névrotiques ou psychotiques, les deux séries de symptômes sont deux formes de traduction du même inconscient ; elles possèdent, pourrait-on dire, un socle commun. Cette étude paraît la même année que la *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*<sup>582</sup> d'Eugène Bleuler, qui a lui aussi largement contribué à réduire la distance qui sépare le médecin du malade, en

---

<sup>581</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*, p. 270.

<sup>582</sup> Bleuler E., 1911, *op. cit.*



donnant du sens à l'étrangeté schizophrénique, et en abandonnant l'hypothèse de l'inexorable détérioration associée à la démence précoce.

Freud postule que **le délire paranoïaque de Schreber est la réalisation d'un désir homosexuel projeté dans la réalité**. Nous ne remettons pas ici en cause l'essentiel des hypothèses freudiennes concernant la psychose : le délire comme tentative de retour au monde à la condition du narcissisme<sup>583</sup> ; le recours à la double opération clivage/déni, qu'après avoir décrite comme spécifique de la perversion et notamment du fétichisme en 1927, il étend à la psychose<sup>584</sup>. Ces deux piliers de la compréhension psychanalytique des psychoses nous semblent avoir gardé toute leur richesse. En revanche, nous proposons de discuter brièvement les trois points sur lesquels Freud fonde sa compréhension du cas Schreber : le caractère homosexuel du désir ; le recours au mécanisme projectif ; le diagnostic de paranoïa.

### **Le désir homosexuel.**

Freud cite le Dr Weber qui a expertisé Schreber. Celui-ci considère que « l'ambition de jouer au rédempteur [est] le promoteur de cet ensemble d'idées délirantes et que l'*émasculat*ion [n'est], elle, qu'un moyen d'atteindre à ce but ». Freud s'écarte de cette hypothèse en postulant, à l'inverse, que la thématique de la « transformation en femme » constitue « le délire primaire », et que « ce n'est que secondairement qu'elle entra en rapport avec le thème de rédemption ». Selon Freud, « un délire de persécution sexuel s'est transformé par la suite chez le patient en une mégalomanie mystique ». Le fantasme d'« être une femme en train de subir l'accouplement » confirme pour Freud la primauté du thème de l'éviration : « l'idée d'une transformation en femme avait été le trait saillant, le premier germe du système délirant »<sup>585</sup>.

La thématique délirante de transformation en femme traduit selon Freud un désir homosexuel inassumable, hypothèse sur laquelle repose l'essentiel de sa compréhension de la psychose de Schreber : Freud note que « Schreber rapporte à la file » les rêves à propos de sa première maladie, au cours de laquelle il fut soigné par le Pr Flechsig, et le fantasme d'être une femme en train de subir l'accouplement ; il en déduit « que le souvenir de la maladie éveilla aussi

---

<sup>583</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*

<sup>584</sup> Voir notamment 1938a, *op. cit.*

<sup>585</sup> Freud S., 1911, *op. cit.*, pp. 270-272.

celui du médecin et que l'attitude féminine manifestée dans le fantasme se rapportait dès l'origine au médecin ». Freud conclut : « la cause occasionnelle de cette maladie fut donc une poussée de libido homosexuelle »<sup>586</sup>. Il va plus loin, en généralisant ses conclusions :

Nous considérons donc que ce fantasme de désir homosexuel : *aimer un homme*, constitue le noyau du conflit dans la paranoïa de l'homme.<sup>587</sup>

Freud semble associer ce désir à la constellation oedipienne, dans le cadre d'un Œdipe négatif : le désir incestueux du garçon pour son père, par identification à la mère. Il parle alors de « désir féminin » :

Nous n'avons, je pense, plus besoin de nous élever contre l'hypothèse d'après laquelle un fantasme de désir de nature féminine (homosexuel passif) aurait été la cause occasionnelle de la maladie, fantasme ayant pris pour objet la personne du médecin<sup>588</sup>

le « fantasme de désir féminin » chez Schreber n'est que l'une des formes classiques que revêt le complexe nucléaire de l'enfant<sup>589</sup>

Schreber peut très bien s'être imaginé que, s'il était une femme, il aurait mieux su s'y prendre pour avoir des enfants, et c'est ce qui lui ouvrit la voie de la régression jusqu'aux premières années de son enfance en lui permettant de se replacer dans l'attitude féminine envers son père qu'il avait eue alors.<sup>590</sup>

D'ailleurs, Freud précise que ce désir pathogène n'est pas spécifiquement paranoïaque :

Nous avons jusqu'ici traité du complexe paternel qui domine le cas de Schreber et du fantasme dominant de désir pathogène. Il n'y a là rien de caractéristique de la paranoïa, rien que l'on ne puisse retrouver dans d'autres cas de simple névrose, et qu'on n'y retrouve en effet. Le trait distinctif de la paranoïa (ou de la démence paranoïde) doit être recherché ailleurs : dans la forme particulière que revêtent les symptômes, et de cette forme il convient de rendre responsables non point les complexes, mais le mécanisme formateur des symptômes ou celui du refoulement.<sup>591</sup>

Pour autant, Freud situe la « fixation » responsable de la paranoïa en amont de l'Œdipe, au stade « narcissique » de l'organisation de la libido, lorsque l'objet du désir est le corps propre :

---

<sup>586</sup> *Ibid.*, p. 291.

<sup>587</sup> *Ibid.*, p. 308.

<sup>588</sup> *Ibid.*, p. 295.

<sup>589</sup> *Ibid.*, note 1 p. 302.

<sup>590</sup> *Ibid.*, p. 304.

<sup>591</sup> *Ibid.*, pp. 304-305.

Comme nous voyons dans nos analyses que les paranoïaques cherchent à *se défendre contre une telle sexualisation de leurs investissements pulsionnels sociaux*, nous sommes forcés d'en conclure que le point faible de leur évolution doit se trouver quelque part aux stades de l'autoérotisme, du narcissisme et de l'homosexualité et que leur prédisposition pathogène, peut-être plus exactement déterminable encore, réside en cet endroit.<sup>592</sup>

Si le désir de Schreber de subir l'accouplement, la pénétration, s'inscrit dans une sexualité pré-génitale, nous préférons ne pas parler d'homosexualité, notion qui implique l'accès à une triangulation, à une différenciation des sexes. Nous pensons que la « poussée de libido » pathogène est associée à la *composante vaginale* qu'on a postulée, plutôt qu'à une homosexualité constituée. Ce que représente la « femme » dans le délire de Schreber ne semble pas être d'ordre génital (la femme en tant que compagne du père dans le couple parental, prototype d'une relation hétérosexuelle), mais d'ordre pré-génital : la femme comme emblème d'un corps concave, *corps-vagin* susceptible d'accueillir l'autre en soi, d'être pénétré par l'autre. Le fantasme initiateur de la pathologie n'est donc pas « être pénétré par le père comme par un autre moi-même », mais « être pénétré comme le fut le corps-vagin maternel ». On le répète, la spécificité du fantasme de Schreber nous semble résider dans son but (être pénétré) plutôt que dans son objet (l'homme, le père). Schreber ne s'identifie pas à sa mère en tant que femme désirée par le père ; il s'identifie au corps-vagin maternel archaïque.

Vers la période finale de son délire, la sexualité infantile connaît chez Schreber un triomphe grandiose : la volupté devient emplie de la crainte de Dieu, Dieu lui-même (le père) ne se lasse jamais de l'exiger de lui. La menace la plus redoutée que puisse faire le père : la castration, a elle-même fourni la matière du fantasme de désir de la transformation en femme, fantasme d'abord combattu, et ensuite accepté. L'allusion à un forfait que recouvre la formation substitutive de l'*assassinat d'âme* constitue une allusion plus que transparente.<sup>593</sup>

Le télescopage du pré-génital et du génital, qui se traduit ici par une relecture psychotique du thème de la castration, traduit le remodelage du matériau oedipien dans le délire. Cela nous renvoie une fois de plus à l'hypothèse d'un Œdipe lacunaire dans les psychoses non-dissociatives.

---

<sup>592</sup> *Ibid.*, p. 307.

<sup>593</sup> *Ibid.*, p. 302.

les paranoïaques possèdent une *fixation* au stade du *narcissisme*, nous pouvons dire que la somme de *régression* qui caractérise la paranoïa est mesurée par le chemin que la libido doit parcourir pour revenir de *l'homosexualité sublimée au narcissisme*.<sup>594</sup>

La « régression » de l'homosexualité au narcissisme semble donc impliquer qu'une forme d'Œdipe a été atteinte, avant d'être abandonnée. Selon nous, c'est là qu'il faut trouver une explication à l'apparente génitalité du délire schreberien : pour un homme, la *composante pulsionnelle vaginale* trouve dans l'homosexualité masculine passive sa plus proche figuration.

### **La projection.**

Le cas Schreber est l'occasion pour Freud d'approfondir sa conceptualisation du mécanisme de la projection. Il le définit ainsi :

Une perception interne est réprimée et, en son lieu et place, son contenu, après avoir subi une certaine déformation, parvient au conscient sous forme de perception venant de l'extérieur.<sup>595</sup>

Freud précise l'effet de la projection sur le désir :

la proposition : « Je le hais » se transforme, grâce à la *projection*, en cette autre : « *Il me hait* (me persécute) », ce qui alors justifie la haine que je lui porte.<sup>596</sup>

En somme, pour Freud, à l'issue de la projection, le désir n'est plus vécu comme une poussée venant du dedans (vers la réalisation d'un but), mais comme une volonté provenant d'un autre, subie par le sujet à son corps défendant, et dans l'angoisse : « le fond même du fantasme de désir devint le contenu de la persécution ». Freud ajoute que « ce même schéma général se montrera applicable à d'autres cas encore de délire de persécution »<sup>597</sup>.

Pourtant, Freud est forcé de constater que cet état de choses ne correspond qu'imparfaitement au vécu de Schreber. Lorsque Freud décrit le processus qui mène du fantasme au délire constitué, il montre que l'idée de subir l'« émasculatation » est d'abord vécue dans la

---

<sup>594</sup> *Ibid.*, p. 316.

<sup>595</sup> *Ibid.*, p. 311.

<sup>596</sup> *Ibid.*, p. 308.

<sup>597</sup> *Ibid.*, p. 295.

persécution, avant d'être acceptée à la faveur du thème de « rédemption ». Freud parle alors de réconciliation :

Schreber lui-même indique le mois de novembre 1895 comme étant la date où s'établit le rapport entre le fantasme d'émasculation et l'idée de rédemption, ce qui commença à le réconcilier avec ce fantasme<sup>598</sup>

Il était impossible à Schreber de se complaire dans le rôle d'une prostituée livrée à son médecin ; mais la tâche qui lui est à présent imposée, de donner à Dieu lui-même la volupté qu'il recherche, ne se heurte pas aux mêmes résistances de la part du moi<sup>599</sup>

Freud reconnaît donc que la « persécution » de Schreber n'a constitué qu'une étape, d'une durée relativement brève, dans le processus psychopathologique de Schreber. Qu'est-il alors advenu du désir ? Il faut distinguer cette « réconciliation » d'une réappropriation du fantasme : en effet, le désir demeure éjecté, non-reconnu comme partie du moi, l'émasculation fût-elle alors tolérée dès lors qu'elle est associée au thème de la rédemption. En d'autres termes, l'éviration n'a pas retrouvé le statut de fantasme, et demeure une transformation subie, à laquelle Schreber n'a fait que se « résigner », comme il le dit dans le passage des *Mémoires* cité par Freud<sup>600</sup>.

Quel mécanisme à l'œuvre a permis de lever en grande partie le vécu de persécution, sans opérer la réappropriation du désir ? On a vu que l'éviration n'est plus vécue comme une menace imposée par un persécuteur, mais comme un fait dont Schreber prend acte, et dont, pour tout dire, il s'accommode franchement : il en tire des bénéfices narcissiques (grâce au délire de rédemption) mais aussi physiques, puisque l'opération n'est pas exempte de jouissance. On a proposé précédemment de postuler l'existence d'un mécanisme propre, distinct de la projection, et qui consiste en l'abolition du désir au profit de sa réalisation. C'est la composante vaginale de la pulsion (le désir d'être pénétré) qui est soustraite à la projection, pour être réalisée dans le délire xénopathique et dans le même temps abolie en tant que désir.

---

<sup>598</sup> *Ibid.*, p. 272.

<sup>599</sup> *Ibid.*, p. 295.

<sup>600</sup> *Ibid.*, p. 272.

## La paranoïa.

Freud qualifie régulièrement Schreber de paranoïaque, et associe ses conclusions théoriques à la compréhension de la paranoïa. Mais le titre même de l'article traduit l'indécision diagnostique : Freud y évoque « un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*) ». Une note du traducteur précise que « Freud emploie ici ces termes pour désigner un cas que la clinique psychiatrique française rangerait parmi les délires hallucinatoires systématisés ou bien les psychoses paranoïdes de Claude »<sup>601</sup>.

Freud, on l'a vu, a décrit dans le détail le renversement délirant chez Schreber :

la maladie de Schreber avait au début le caractère d'un délire de persécution, caractère qui ne s'effaça qu'à partir du moment critique où la maladie changea de face (« réconciliation »)<sup>602</sup>

A quelle source Schreber puisa-t-il le délire des grandeurs qui lui permit, de façon si heureuse, de se réconcilier avec sa persécution [...] ?<sup>603</sup>

Difficile, dans ces conditions, de parler de psychose paranoïaque, qui se caractérise par un délire interprétatif de persécution. Freud propose donc de créer une nouvelle entité nosographique pour Schreber :

les phénomènes paranoïaques et schizophréniques peuvent se combiner dans toutes les proportions possibles, de telle sorte qu'un tableau clinique tel que celui offert par Schreber en résulte, tableau clinique qui mérite le nom de démence paranoïaque. Le fantasme de désir et les hallucinations, d'une part, en effet, sont des traits d'ordre paraphrénique ; mais la cause occasionnelle et l'issue de la maladie de Schreber, ainsi que le mécanisme de la projection, sont de nature paranoïaque.<sup>604</sup>

Henri Ey, considère pour sa part « le cas Schreber comme un cas de Délire parvenu à un stade de paraphrénie mégalomaniacale après une phase de systématisation paranoïaque »<sup>605</sup>.

Le tableau clinique dont témoigne l'autobiographie de l'auteur suggère l'absence de syndrome dissociatif manifeste : le discours du magistrat, c'est le moins que l'on puisse dire, ne présente aucune désorganisation ; son état thymique n'apparaît à aucun moment incongru,

---

<sup>601</sup> *Ibid.*, note 2 p. 263.

<sup>602</sup> *Ibid.*, p. 287.

<sup>603</sup> *Ibid.*, p. 296.

<sup>604</sup> *Ibid.*, p. 320.

<sup>605</sup> Ey H., 1973, *op. cit.*, p. 999.

discordant, mais suit au contraire de façon tout à fait syntone l'évolution des préoccupations délirantes ; les conduites de Schreber, d'une façon générale, semblent toujours motivées (fût-ce par des considérations délirantes), jamais hermétiques. Bref, Schreber ne semble pas avoir perdu le *contact vital avec la réalité*<sup>606</sup>, et l'on peut exclure a priori le diagnostic de schizophrénie. L'omniprésence de la xénopathie dans le tableau clinique nous a plutôt conduit à évoquer l'hypothèse d'une psychose hallucinatoire chronique. Toutefois, compte-tenu de notre compréhension de la psychopathologie de Schreber comme résolution délirante de l'ambivalence vis-à-vis du désir vaginal, nous proposons de qualifier sa pathologie de psychose hystérique.

Les conceptions freudiennes à propos de la projection dans la paranoïa gardent tout leur intérêt ; cependant, le cas Schreber ne semble pas le mieux à même de les illustrer, puisqu'on a vu chez Schreber la xénopathie succéder rapidement à la persécution. Notons toutefois qu'alors, la persécution n'a été que partiellement levée : elle demeure, atténuée, aux côtés de la xénopathie. Ces deux facettes du vécu délirant peuvent être comprises comme traduisant deux traitements distincts réservés à des parties distinctes d'un même désir : la composante affective est projetée, alors que la composante érotique vaginale est réalisée (et abolie). Ainsi, la persécution demeure, mais seulement au second plan, formant une toile de fond d'hostilité ambiante ; mais elle ne concerne pas le cœur de la problématique de Schreber, à savoir son fantasme de pénétration passive.

Par conséquent, la psychose hystérique apparaît comme une proche parente de la paranoïa, l'une et l'autre pouvant se combiner et/ou se succéder à titre de composantes psychopathologiques, au sein de tableaux cliniques complexes et variés comme celui de Schreber.

#### 2.4.1.4. La psychose hystérique de Schreber : une réalisation du désir du père ?

Daniel Paul Schreber appartient à une famille de notables et d'intellectuels. Son père, Daniel Gottlieb Moritz Schreber, est une figure de la médecine du XIX<sup>ème</sup> siècle en Allemagne, célèbre pour ses nombreux ouvrages relatifs à la gymnastique thérapeutique. Il a aussi donné son nom aux jardins associatifs, qui existent encore aujourd'hui en Allemagne : les *Schrebergarten*. Morton Schatzman, psychiatre américain, dans une approche influencée à la

---

<sup>606</sup> Minkowski E. (1927) *La schizophrénie*. Paris : Payot, 2002.

fois par les idées des systémiciens (et notamment la théorie de la communication) et par le mouvement anti-psychiatrique, s'est intéressé à la personnalité de Moritz Schreber, à travers ses ouvrages qui traitent de gymnastique, et prônent des valeurs éducatives et patriotiques. Morton Schatzman cherche à montrer que le contenu du délire du fils est fortement influencé par la relation précocement entretenue avec son père, associée au mode de communication dysfonctionnant imposé par le père. En cela, les idées du fils ne seraient pas *folles* : elles décrivent la réalité de ce qu'il a vécu enfant. Du point de vue de Morton Schatzman, le texte le plus emblématique du Dr Schreber s'intitule *Kallipädie ou l'éducation de la beauté par la promotion naturelle et équilibrée d'une croissance normale du corps et dédié au salut des générations futures*, dont il nous a été impossible de nous procurer une traduction française ou anglaise. Nous nous référerons donc uniquement aux citations rapportées par Schatzman<sup>607</sup>, qui sont suffisamment abondantes et judicieusement sélectionnées par l'auteur pour traiter les questions qui nous préoccupent. En nous appuyant sur ses travaux, nous allons envisager l'hypothèse selon laquelle le désir inconscient du parent peut se trouver réalisé dans le délire de l'enfant.

### **L'interdit d'existence**

Voici ce que vise l'éducation prônée par Schreber père :

La pensée que sa volonté est contenue ne doit jamais venir à l'esprit de l'enfant [...] au sens qu'il a d'une loi, doit s'ajouter le sens de l'impossibilité de lutter contre cette loi<sup>608</sup>

La « loi » de Schreber père n'est pas un cadre contenant, une limite qui sépare un dedans d'un dehors (pour cela faudrait-il pouvoir envisager un « hors-la-loi ») ; ça n'est pas un repère face auquel peut se positionner l'enfant, choisissant de se soumettre ou de se confronter à ses figures tutélaires, de les séduire ou de les attaquer, et ainsi s'individuant. Au contraire, la « loi » contre laquelle il doit être impossible de lutter est un déni de pensée, et même d'existence. Comme le souligne Schatzman, dans les principes éducatifs persécutifs de Schreber père, « on veut arriver à ce que l'enfant agisse comme le souhaitent *ses parents*, tout

---

<sup>607</sup> Schatzman M. (1973) *L'esprit assassiné*. Paris : Stock ; 1974. Le titre original est *Soul Murder* ; on aurait préféré qu'il soit traduit par « L'assassinat d'âme » ou « Le meurtre d'âme », pour coïncider avec les traductions françaises de l'expression schreberienne à laquelle il fait référence.

<sup>608</sup> Schreber DM., cité par Schatzman M., *ibid.*, p. 50.



en pensant qu'il agit comme *il* le veut. »<sup>609</sup> ; « Tout en apprenant [à l'enfant] à faire ce que souhaitent ses parents, il lui apprend à croire qu'il fait ce qu'il souhaite lui-même. »<sup>610</sup>. Schreber père va plus loin, et pose l'équivalence paradoxale : obéissance = indépendance :

L'enfant doit apprendre progressivement à admettre que, s'il a la *possibilité physique* de souhaiter agir autrement, il s'élève, *en toute indépendance*, en atteignant l'*impossibilité morale* de le souhaiter.<sup>611</sup>

Schreber père fait donc bien plus qu'imposer à ses enfants un régime militaire, fait de règles strictes, d'interdits omniprésents et de punitions sadiques. Il instaure un climat pervers systématisé, qui s'efforce en toute circonstance de dénier à l'enfant le droit de disposer d'un désir propre qui diffère de celui de ses parents, donc en dernier ressort, le droit d'exister psychiquement. A la fin de non-recevoir opposée au désir de l'enfant, sur laquelle se fonde toute loi, donc toute société humaine, et d'une certaine façon tout système éducatif, Schreber père substitue le déni du désir. L'enfant est ainsi poussé, pour protéger les objets parentaux idéaux et se prémunir de la perte de leur amour, à nier la réalité de son vécu, à sacrifier le sentiment de propriété qu'il devrait accorder à ses manifestations internes. Schatzman le dit à sa façon :

Pour ajuster sa conscience aux exigences de ce système, un enfant peut être forcé de renier, réprimer, scinder, projeter, déplacer (et j'en passe !) une grande partie de ce qu'il perçoit.<sup>612</sup>

Il est alors troublant de constater que, plusieurs dizaines d'années plus tard, Schreber fils vivait dans le délire un désir inassumable dans le fantasme : « être une femme en train de subir l'accouplement », comme si une faille l'avait définitivement dépossédé de son désir. Nous pouvons ajouter que l'interdit de désirer qui a baigné les premières années de Daniel Paul fait écho à notre hypothèse selon laquelle la réalisation du désir, qui se traduit dans la forme comme dans le contenu du délire, est associée à l'abolition de ce désir.

Paul-Claude Racamier parle de « disqualification » à propos d'un tel déni de pensée :

---

<sup>609</sup> *Ibid.*, p. 53.

<sup>610</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>611</sup> Schreber DM., cité et souligné par Schatzman M., *ibid.*, p. 52.

<sup>612</sup> *Ibid.*, p. 71.

c'est une disqualification qui est opérée à l'encontre de l'enfant qui, de retour de l'école, annonce qu'elle a faim, et à qui sa mère répond : « Mais non, tu n'as pas faim. » (Notons bien que cette mère ne dit pas à l'enfant qu'il ne faut pas manger ou que ça n'en est pas l'heure ; bien au contraire, l'intervention porte sur le propre vécu de l'enfant, et c'est en cela qu'elle est disqualifiante.) [...] Nous voyons à l'évidence que l'enfant dont la perception est disqualifiée est placé dans l'alternative de croire au témoignage de ses sens, ou de croire son objet ; il doit choisir entre la confiance en son *moi* et l'amour de l'objet [...] Il deviendra en soi conflictuel de percevoir, de sentir et, dans la même foulée, de penser. [...] Schreber n'aurait-il pas dit que c'est un assassinat d'âme ?<sup>613</sup>

Paul-Claude Racamier ajoute qu'il s'agit d'une frustration « non pas des pulsions du ça, mais des pulsions du *moi* » : une telle disqualification empêche en effet le moi d'opérer son travail intégratif.

nous pouvons maintenant mieux comprendre le vécu d'intrusion, voire de possession, qui est si prévalent non seulement chez les schizophrènes, mais aussi chez les prépsychotiques et dans tous ces cas marginaux, caractères paranoïdes et névroses bâtarde, dont Anzieu a bien montré qu'ils relèvent d'une pathologie paradoxale.<sup>614</sup>

On peut ainsi supposer qu'un tel interdit de penser, de ressentir, et de désirer, s'il est suffisamment répété et non reconnu comme tel par celui qui le subit, peut conduire à la psychose. La conflictualisation morbide du moi qui s'opère dans un climat narcissiquement pervers comme celui prôné par le Docteur Schreber, conduit à l'hétérogénéisation du moi qui, à l'instar du corps dans les maladies auto-immunes, ne reconnaît plus ses parties comme telles, mais les perçoit et se comporte à leur égard comme s'il s'agissait de corps étrangers. Le moi peut alors se retrouver pénétré par des parties de lui-même qui ont cessées d'être reconnues comme telles, ayant acquis le statut d'entités autonomes et exogènes. Morton Schatzman note qu'aux yeux de Schreber père, « les parents doivent faire plus que de régenter les *actes* de l'enfant. Ils doivent régenter ses *sentiments*, ses *motivations* ». N'a-t-on pas là en germe le phénomène xénopathique, qui consiste en un vécu de contrôle des manifestations internes (pensées, sensations, affects, intentions) par une force extérieure ? Schatzman d'ailleurs ne s'y trompe pas : l'objectif de ce système éducatif est « de plonger l'enfant dans une sorte de transe où il perçoit le regard du père comme une commande automatique »<sup>615</sup>. Le délire xénopathique du fils peut donc être compris comme la réalisation du fantasme du père de contrôler l'espace psychique du fils, en d'autres termes, de le pénétrer psychiquement.

---

<sup>613</sup> Racamier PC. (1980) *Les schizophrènes*. Paris : Payot ; 2001, p. 151.

<sup>614</sup> *Ibid.*, p. 152.

<sup>615</sup> Schatzman M., 1973, *op. cit.*, pp. 70-71.

En 1919, Victor Tausk écrit que « la lutte pour le droit de posséder des secrets à l'insu des parents est un des facteurs les plus puissants de la formation du moi, de la délimitation et de la réalisation d'une volonté propre ». Le modèle éducatif qui se traduit par l'interdiction faite à l'enfant de jouir d'un espace psychique différencié, ouvre sur la « perte des limites du moi »<sup>616</sup>. On ne s'étonnera donc pas, par conséquent, qu'il fût impossible à Schreber fils de disposer d'un espace psychique solidement différencié. Paul-Claude Racamier s'interroge sur le « disqualifieur » :

D'où procède ce besoin qui, lorsqu'il est constant, prend des allures franchement perversives ? (Qu'on songe seulement au père de Schreber.) Ces attaques intrusives sont préventives ; leur fonction est de préserver un narcissisme vulnérable, qui ne peut se « tenir » qu'aux dépens du moi de l'Autre le plus proche ; cette fonction est anti-dépressive.<sup>617</sup>

A nouveau, nous constatons que la visée première de la pénétration, active ou passive, est défensive : elle permet de se prémunir contre la perte. Chez Schreber père, elle prend une forme perverse.

### **Le fantasme de pénétration active du père dans le fils**

Le père nourrit une préoccupation marquée pour le contenu de l'espace psychique de ses enfants :

Lorsque l'enfant se trouve au milieu de ses camarades de jeu, tout le naturel de sa personnalité transparait clairement. Il n'est ni intimidé ni contraint, et l'on voit s'entrouvrir les replis les plus profonds de sa vie intérieure. C'est alors que l'enfant peut-être examiné le plus complètement...<sup>618</sup>

L'enfant doit être pénétré du sentiment qu'il lui est impossible de vous cacher quoi que ce soit en son cœur, sciemment et de façon durable.<sup>619</sup>

Schatzman note que « le père parle de façon répétée de “pénétrer un enfant” (dringen ou eindringen) ; c'est à dix reprises qu'il le recommande sur soixante-quinze pages d'un même livre »<sup>620</sup>. C'est ainsi que le Docteur Schreber nous livre la nature de son fantasme : pénétrer

---

<sup>616</sup> Tausk V. (1919) De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *La psychanalyse* 1958 ; 4 : 227-265, p. 243.

<sup>617</sup> Racamier PC., 1980, *op. cit.*, p. 153.

<sup>618</sup> Schreber DM., cité par Schatzman M., 1973, *op. cit.*, p. 125.

<sup>619</sup> Schreber DM., cité par Schatzman M., *ibid.*, p. 251.

<sup>620</sup> *Ibid.*, p. 163.

le psychisme de son enfant, et se prémunir contre tout développement d'une individualité, c'est-à-dire d'une part d'être qui puisse lui échapper. Un détail du délire du fils est tout particulièrement associé à ce fantasme paternel ; il s'agit du « système de prise de notes » :

On tient à jour *des livres ou autres écritures*, dans lesquels depuis des années déjà sont consignées toutes mes pensées<sup>621</sup>

Le devinement de la pensée semble trahir la réalisation, dans le délire du fils, du fantasme de pénétration active du père sur son fils.

Ce désir incestueux du père pour ses enfants ne se traduit pas seulement dans des manœuvres de pénétration psychique. Il trouve aussi à s'exprimer dans des conduites qui visent le corps. Schreber père insiste longuement sur l'attention portée au corps de l'enfant :

Il est d'une grande importance que les membres de l'enfant soient exercés et se développent tout à fait également. [...] il importe que ni un côté ni l'autre ne soit négligé, que ni bras ni jambe ne demeure en-dehors de quelque mouvement ou de quelque occupation que ce soit...<sup>622</sup>

Il préconise aussi le recours à des ustensiles. Schatzman évoque divers instruments de tortures inventés par le père, tels que le « Geradhalter »<sup>623</sup>, croix métallique qui appuyait sur les clavicules de l'enfant lorsqu'il se penchait en avant, ou le « Kopfhalter »<sup>624</sup>, qui tirait les cheveux de l'enfant lorsqu'il ne tenait pas sa tête droite. Il décrit aussi l'utilisation des « bretelles de nuit » destinées à ligoter l'enfant au lit. On peut se demander quelles pulsions sont ainsi sublimées lorsqu'avec passion le Dr Schreber manipule le corps de ses enfants, ne laissant aucun de leurs membres hors de son contrôle et de sa palpation, et recourant à des objets de son invention, tantôt en guise de châtiment corporel, tantôt au prétexte d'une rééducation voire d'une prophylaxie.

Morton Schatzman rapporte aussi que Schreber père « traitait les “souillures” par des lavements », et conseillait certains exercices musculaires pour lutter contre la sexualité naissante des adolescents<sup>625</sup>. De tels procédés offrent ici une voie de sublimation à la pulsion sexuelle du père, en permettant à celui-ci de jouir d'un contact répété avec le corps de

---

<sup>621</sup> Schreber DP., 1903, *op. cit.*, p. 113.

<sup>622</sup> Schreber DM., cité par Schatzman M., 1973, *op. cit.*, p. 130.

<sup>623</sup> *Ibid.*, p. 91.

<sup>624</sup> *Ibid.*, p. 95.

<sup>625</sup> *Ibid.*, pp. 143 *sqq.*

l'enfant, dans un simulacre de viol, tout en servant avec force la défense, puisque ces pratiques sont entourées de rationalisations morales anti-sexuelles.

Il apparaît difficile de ne pas envisager, derrière ces conduites éducatives, ces fantasmes, et cette pulsion d'emprise, la nature incestueuse de tels rapports père-enfants. Schatzman souligne d'ailleurs le symbolisme sexuel qui transparaît derrière la métaphore agricole qu'utilise Schreber père pour définir la finalité de l'éducation des enfants : « Pour être cultivable, le sol du champ doit être gonflé, réceptif, perméable, plein de sève et de force, afin que la graine qu'on y implante puisse fleurir ».

### **Le délire du fils réalise le désir du père**

Schatzman s'interroge sur les conséquences de ces pratiques sur le développement psychologique des enfants :

Si un garçon voit son père le considérer comme quelqu'un qu'il faut pénétrer, cultiver, ensemer, cela peut devenir caractéristique de sa relation personnelle avec ce père : soit de souhaiter se sentir pénétré, cultivé, pourvu de semences, etc., soit, au contraire, de ressentir tout cela, mais en souhaitant fortement ne pas le ressentir.<sup>626</sup>

On peut rejoindre l'intuition de Schatzman en disant, d'une autre manière, que le vécu de pénétration de Schreber adulte est une réalisation délirante du désir dénié du père, désir dans lequel a baigné le fils pendant son enfance, ou encore que ce vécu morbide est une répétition, dans le délire, du vécu de pénétration psychique dans lequel il a grandi. On voit d'ailleurs de façon troublante se rejoindre les préceptes du père et le vécu du fils, dans le recours à la représentation de « rayons » pénétrants :

Lorsque l'esprit de l'enfant sera complètement pénétré par l'amour, le respect et tous les chauds rayons qui en jaillissent, la volonté de l'enfant sera gouvernée dans cette perspective et sera doucement conduite dans la direction pure et noble.<sup>627</sup>

A plus de quarante années d'intervalle, père et fils décrivent le même phénomène de pénétration à visée d'emprise, dont ils sont respectivement l'acteur et l'objet, et pour laquelle ils utilisent le même mot (rayons, *Strahlen* en allemand), l'un à titre de métaphore, l'autre dans le réel de son vécu délirant.

---

<sup>626</sup> *Ibid.*, p 172.

<sup>627</sup> Schreber DM., cité par Schatzman M., *ibid.*, p. 249.

Le fantasme de pénétration passive de Schreber fils, qui se réalise dans la xénopathie, fait donc écho au désir équivalent chez le père : pénétrer activement son fils.

#### **2.4.2. Le cas Natalia A... de Victor Tausk : à propos de la parenté entre psychose hystérique et schizophrénie**

En 1919, Victor Tausk, jeune psychanalyste brillant et prometteur publie, quelques mois avant son suicide, un article devenu célèbre intitulé *De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie*<sup>628</sup>. Il y défend l'hypothèse selon laquelle le thème délirant de l'appareil à influencer n'est que l'aboutissement d'un processus qui amène progressivement les sentiments d'étrangeté à être mis sur le compte d'une force extérieure malveillante. Nous proposons de relire les éléments du cas à la lumière de la notion de psychose hystérique, et défendons l'hypothèse selon laquelle, chez la patiente de Victor Tausk, le délire d'influence est instauré en réaction contre la menace dissociative.

##### 2.4.2.1. L'« appareil à influencer » de Natalia : corps-pénis ou corps-vagin ?

Victor Tausk détaille les « principaux effets produits par cet appareil à influencer », qui agit à distance sur l'esprit et le corps du patient. Il s'agit pour l'essentiel de symptômes que l'on peut qualifier de xénopathiques : l'appareil « présente des images au malade » ; il « produit et dérobe les pensées et sentiments » ; il est qualifié d'« appareil à suggestionner » ; « l'appareil produit des actions motrices dans le corps du malade, des érections, des pollutions » ; « l'appareil produit des sensations » ; enfin, il est responsable « d'autres phénomènes somatiques ».

L'auteur précise qu'à sa connaissance, « ce sont exclusivement des ennemis du sexe masculin qui utilisent cet instrument, et l'on retrouve très fréquemment parmi les persécuteurs les médecins<sup>629</sup> qui ont prodigué leurs soins au malade »<sup>630</sup> : on peut supposer que la volonté de

---

<sup>628</sup> Tausk V. (1919) De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *La psychanalyse* 1958 ; 4 : 227-265.

<sup>629</sup> Notons que Victor Tausk se contredit quelques pages plus loin, lorsqu'il écrit (*ibid.*, p. 260) que « l'on peut compter parmi les persécutés et non parmi les persécuteurs [...] les médecins qui prodiguent actuellement leurs soins aux malades », à moins de considérer que la nuance entre soins actuels et soins passés expliquent une telle opposition concernant la place du médecin dans le délire. Il nous paraît plus intuitif de supposer que le médecin,

nuire par le recours à une telle modalité de pénétration est attribuée aux figures masculines/paternelles. Cependant, Tausk « ne peu[t] guère expliquer pourquoi l'on ne trouve exclusivement que des hommes parmi les persécuteurs qui utilisent la machine à influencer ». Il accorde si peu d'importance à cette observation essentielle qu'il envisage même de la mettre sur le compte du « hasard du matériel clinique rencontré »<sup>631</sup>. L'auteur ne se propose donc à aucun moment d'interpréter la création délirante de cet « appareil à influencer » comme la manifestation d'une position libidinale féminine, aux prises avec un désir à but passif : être pénétré(e) (par un individu nanti d'un ustensile capable de pénétrer, soit un homme, en langage génital).

Tausk présente le cas d'une malade, « Mlle Natalia A..., âgée de 31 ans, ancienne étudiante en philosophie », qui souffre de surdité totale depuis « une infection maligne de l'oreille moyenne ». Il nous apprend que cette jeune femme, « depuis six ans et demi [...] se trouve sous l'influence d'un appareil électrique qui est fabriqué à Berlin », et que cet appareil « a la forme d'un corps humain, et même la forme de la malade elle-même ». Fait inhabituel, « sa mère ainsi que ses amis, hommes et femmes, se trouvent soumis à l'influence de cet appareil ou d'appareils analogues. [...] Le tronc a la forme [...] d'un couvercle de cercueil ordinaire ». Elle est reliée à lui « par une sorte de télépathie ». La patiente rapporte qu'« on manipule cet appareil d'une manière quelconque et que tout ce qui arrive à l'appareil se passe effectivement au niveau de son propre corps ». « L'intérieur de l'appareil est constitué par des batteries électriques dont la forme est probablement celle des organes internes de l'homme. Les malfaiteurs qui manipulent l'appareil, provoquent chez la malade des sécrétions nasales, des odeurs répugnantes, des rêves, des pensées, des sentiments. Ils perturbent sa pensée, ses paroles et son écriture. Auparavant, on lui avait même provoqué des sensations sexuelles, en manipulant les organes génitaux de l'appareil ».<sup>632</sup>

La malade sait qui agit sur elle par l'intermédiaire de l'appareil à influencer : on apprend que « l'homme qui, pour pers cutter la malade, se sert de l'appareil, agit par jalousie. Il s'agit d'un prétendant  conduit, un professeur d'université. Peu de temps après avoir repoussé sa

---

en tant que figure transférentielle paternelle privilégiée, est à même d'occuper la place du persécuteur pénétrant. Plusieurs des cas de psychoses hystériques rapportés dans ce travail plaident en faveur de cette dernière hypothèse.

<sup>630</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>631</sup> *Ibid.*, p. 261.

<sup>632</sup> *Ibid.*, pp. 237-238.

demande en mariage, elle avait senti que le prétendant l'influçait aussi bien que sa mère au moyen de suggestions<sup>633</sup>. Il suggçrait que toutes deux devraient se lier d'amitiç avec sa belle-sœur. Il pensait manifestement obtenir ainsi l'acceptation ultçrieure de sa demande en mariage, gråce à l'influence de sa belle-sœur. Lorsque la suggestion échoua, le prétendant eu recours à l'appareil à influencer ».<sup>634</sup>

Notons d'abord que l'aspect romanesque et érotisé de la thématique délirante apparaît plus évocateur des divagations de l'hystçrique que des bizarreries mortifçres du schizophrène. Par ailleurs, on peut constater que le fantasme de pçnçtration sans corps, dont on a fait l'hypothèse qu'il est organisateur dans la psychose hystçrique, recourt chez cette patiente au stratagème ingénieux qui consiste à placer entre le corps propre et celui de l'objet du désir à but passif niç (le « prétendant éconduit ») un certain nombre d'intermédiaires : l'instigateur du complot a chargé des « malfaiteurs » de manipuler un appareil dont Tausk démontre sans difficulté qu'il est une figuration du corps de la patiente, qu'il représente « le *corps de la malade* projeté dans le monde extçrieur » (il a la forme du corps de la malade, et elle n'en voit pas la tête, de même que nul ne peut voir sa propre tête sur son propre corps), cet appareil agissant à distance « par une sorte de télépathie » sur le corps de la patiente. Malfaiteurs et appareil apparaissent donc comme des relais pour la pçnçtration du Professeur d'université dans le corps de la malade, relais dont la fonction semble être de *désincarner* l'objet du désir rejeté, prix à payer pour pouvoir s'accorder d'en être pçnçtrée. Aux « suggestions » insistantes du Professeur, qui constituent une *pçnçtration éthérée*, platonique, psychique, dans le *corps réel*, s'est substituée dans un second temps chez Natalia une forme de pçnçtration à la fois plus distante et plus proche, une *pçnçtration réelle* dans un *substitut du corps propre* : la machine. Le Professeur n'agit maintenant plus directement, mais les effets de ses manœuvres se font sentir plus concrètement dans le corps. On voit là la fonction de la mise en place de ces relais : mieux désincarner l'objet pour mieux se laisser pçnçtrer par lui. Tantôt c'est l'objet qui est désincarné (ses suggestions en lieu et place de son pénis), tantôt c'est le corps propre qui subit ce traitement (la machine en lieu et place du vagin). Le fait qu'ainsi le corps pçnçtrant ne se trouve désincarné que lorsqu'il est aux prises avec le corps propre réel milite en faveur de l'hypothèse d'un fantasme spçcifique, référé à la pçnçtration sans corps, ainsi que nous l'avons proposé. Tausk remarque d'ailleurs que « la malade dit expressément que

---

<sup>633</sup> Dans la troisième partie de ce travail, nous tentons de montrer comment la suggestion, dans un contexte non-délirant, constitue un équivalent coital incorporel.

<sup>634</sup> *Ibid.*, pp. 238-239.



son persécuteur ne se sert de la machine qu'après l'échec de sa tentative d'influence par la suggestion »<sup>635</sup> : la succession des deux états lui apparaît, à elle-même, significative. Cela doit nous conforter dans l'hypothèse d'une convergence fonctionnelle des deux stratagèmes délirants, le second venant suppléer aux défaillances du premier. Quoi qu'il en soit, suggestion et manipulation par le truchement d'un appareil, constituent deux modalités de réalisation de la pénétration sans corps.

L'auteur propose une seconde hypothèse, qui semble d'abord annuler la première, et selon laquelle la machine représente, non plus le corps entier, mais une partie significative de celui-ci, les organes génitaux, conformément à l'opinion de Freud sur la symbolique de la machine dans les rêves<sup>636</sup>. Tausk s'excuse de l'aspect apparemment inconciliable de ces deux propositions. C'est seulement après « un long détour » qu'il propose une réponse à cette énigme :

La régression de la libido à ces stades infantiles très précoces suppose le retour de la libido qui, entre temps, avait été centrée sur la génitalité, à une position libidinale pré-génitale, où le corps tout entier est zone libidinale, où *le corps tout entier est un organe génital*. [...] Ce phantasme provient du complexe du corps maternel, et a généralement comme contenu le désir du sujet de réintégrer l'organe génital dont il est issu [...] L'homme tout entier est un pénis. Les malades de sexe masculin empruntent également, de façon surdéterminée, pour la formation de ce symptôme, la voie de l'identification au père (pénis du père). Il faut concevoir ce symptôme, également au cours de la névrose, comme une régression à un stade de libido organique narcissique diffuse et il est lié le plus souvent à une impuissance sexuelle.<sup>637</sup>

Ce que Tausk décrit du télescopage d'une représentation génitale du corps avec une représentation pré-génitale, et qui aboutit à la représentation d'un *corps-organe génital*, rappelle ce qu'à partir des années 1950 Gisela Pankow désigna par le terme de dissociation, qui consiste à prendre le tout et la partie pour équivalents, et à transgresser ainsi l'une des lois immanentes du corps : l'appareil à influencer de Natalia est une figuration du *corps-pénis*, corps pénétrant à même de réintégrer la matrice.

---

<sup>635</sup> *Ibid.*, pp. 239-240.

<sup>636</sup> *Ibid.*, p. 242.

<sup>637</sup> *Ibid.*, p. 262. On est frappé de lire une proposition très proche de celle de Tausk, et associée au même symptôme (l'impuissance sexuelle), sept ans plus tard sous la plume de Freud : « la fantaisie du retour dans le ventre maternel est le substitut du coït de l'impuissant (de celui qui est inhibé par la menace de la castration). Au sens de Ferenczi, on peut dire que l'individu qui, pour le retour dans le ventre maternel, voulait se faire représenter par son organe génital, remplace maintenant régressivement cet organe par sa personne toute entière. » (Freud S. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF ; 2009, pp. 52-53).

Il est intéressant de noter qu'à partir de ce même matériel clinique, nous arrivons à une conclusion opposée à celle de Tausk : alors qu'il voit dans cette machine la figuration d'un corps tout entier confondu avec le pénis, dévolu à retourner dans le sein maternel, à le pénétrer, soit un *corps-pénis*, nous avons cru y repérer un corps identifié à un contenant pénétrable, au vagin maternel, un *corps-vagin*. Lorsqu'ensuite Tausk évoque, à propos de Natalia, « le phantasme du sein maternel et l'identification à la mère » qui « trouvent leur expression dans la forme bombée du couvercle, qui représente peut-être le corps gravide de la mère », on peut s'étonner qu'il ne finalise pas son raisonnement, en proposant tout naturellement que les femmes puissent s'identifier à l'organe génital maternel, comme les hommes au pénis paternel. Que fait-il du *corps-organe génital* qu'il vient de postuler ?

#### 2.4.2.2. Les destins du désir dans la psychose hystérique

Victor Tausk détaille le processus à l'origine de la formation du symptôme d'influence, et cherche à « attirer l'attention sur *le mécanisme de la projection partielle de tendances ambivalentes* » :

La malade rapporte qu'après avoir repoussé le prétendant, elle eut le sentiment qu'il la suggestionnait ainsi que sa mère, pour les forcer à se lier d'amitié avec sa belle-sœur ; il poursuivait manifestement le but de faire accepter après-coup sa demande en mariage. Ce qui apparaît ici comme une suggestion du prétendant, n'est que la projection de la tendance inconsciente de la malade elle-même à accepter la proposition de mariage. La malade n'avait pas décliné la demande sans que cela provoquât chez elle un conflit : elle avait hésité entre l'acceptation et le refus. Tout en permettant au refus de se réaliser elle projeta son penchant inconscient à accepter dans l'objet de son désir conflictuel. Son penchant est ressenti ainsi comme une tentative d'influence de la part de cet objet, et introduit comme tel dans la symptomatologie. La malade est ambivalente à l'égard du prétendant. Elle projette la part libidinale positive du conflit, cependant que la valence négative, le refus, pour autant qu'il appartient au moi, s'exprime par le passage à l'acte. Le choix de la valence qui doit ainsi aboutir à une projection aurait pu être l'inverse dans un cas différent.<sup>638</sup>

Le délire de suggestion, modalité du syndrome d'influence, est interprété par Tausk comme résultant de la « projection de la tendance inconsciente [...] à accepter la proposition de mariage » : refusant le désir de se marier, la malade prête ce désir au prétendant, par projection. Il faut cependant distinguer deux modalités de projection ici à l'œuvre : dans un cas, le désir est prêté tel quel à l'objet (le prétendant cherche à convaincre la malade de l'épouser : thématique érotomaniaque), et la projection apparaît partielle ; dans un autre cas,

---

<sup>638</sup> *Ibid.*, note 1 pp. 248-249.

la projection est complète, c'est-à-dire qu'elle inclut le retournement dans son contraire du désir en haine (le prétendant cherche à nuire à la malade : thématique persécutive). Il semble que ces deux pôles projectifs puissent trouver à s'agencer dans toutes les proportions ; chez Natalia c'est la valence érotomaniaque qui est indéniablement dominante.

L'ambivalence pointée par Tausk considère les deux valences *affectives* du lien qui unit la patiente au prétendant, à savoir le désir et le refus de se marier. Qu'en est-il de la composante *érotique*, sexuelle, de ce lien ? On peut sans trop de risque postuler que le désir sexuel ici en cause est organisé autour d'un désir « à but passif », *vaginal*, qui vise la pénétration par le Professeur. Nous pensons que cette composante libidinale érotique n'est ni acceptée, ni projetée. Elle est éjectée, mais suivant un destin, une dérivation, distincte de celle empruntée par le courant affectif (le désir de se marier) : elle est *réalisée* dans le délire. Le Professeur pénètre en effet la malade psychiquement, par suggestion, puis il pénètre le double mécanique extérieur de son corps, la machine, qu'il fait manipuler par des « malfaiteurs ». Si cette composante vaginale avait été projetée, elle se traduirait par l'idée délirante que l'on cherche à la violer par exemple (persécution sexuelle). Il n'en est rien : on ne cherche qu'à la manipuler pour la convaincre de se marier. Le *contenu* de l'idée délirante traduit la *projection de la composante affective* du désir (projection partielle, puisque non-aboutie : il manque le retournement de l'amour en haine), alors que la *forme* empruntée par le symptôme (vécu d'influence) traduit la *réalisation de la composante érotique*, la pénétration. Le désir sexuel à but pseudo-génital passif (la composante *vaginale*), au lieu d'être refoulé, est éjecté ; il fait retour, « prend le dessus » et « domine la conscience »<sup>639</sup>. La formation symptomatique est une réalisation délirante de la pulsion éjectée : la malade est pénétrée par le Professeur, à son corps défendant. Il s'agit, comme dans la symbolisation de la conversion somatique, d'un *compromis* entre le désir et son rejet : la pénétration est *réalisée*, mais à la condition de sa *désincarnation* (pénétration incorporelle).

On constate ici, comme chez Schreber, la grande parenté qu'entretiennent la paranoïa et la psychose hystérique. On pourrait dire que la psychose hystérique traduit l'échec du processus paranoïaque (rappelons d'ailleurs que Freud, dans son *Manuscrit H*, parle d'« échec de la défense » au sujet de la psychose hystérique) : une certaine quantité de libido éjectée, celle qui touche au désir partiel lié spécifiquement à la pénétration, trouve à se satisfaire, envers et

---

<sup>639</sup> Freud, à propos de la représentation chassée hors du moi dans la psychose hystérique (Manuscrit H, 1895, in Freud S., 1887-1902, *op. cit.*, p. 102).

contre le moi, dans une forme incorporelle de pénétration, que traduit le phénomène xénopathique, essence du délire d'influence. Cette parenté explique la coexistence fréquente, au sein du tableau de la psychose hystérique, de composantes paranoïaques et érotomaniaques aux côtés des manifestations xénopathiques. Le vécu de persécution est le résultat de la projection complète, c'est-à-dire *aboutie*, de la *composante affective* de la pulsion (« je l'aime » devient « il me hait ») ; la xénopathie marque, quant à elle, la réalisation dans le délire, et en opposition au moi, de la *composante partielle vaginale* du désir génital (« je souhaite être pénétrée par lui » devient « il me pénètre à mon insu »). Cela illustre une nouvelle fois, semble-t-il, la proposition de Gisela Pankow : « Dans la psychose hystérique [...] l'accès au désir n'est plus possible ; à la place vide du désir nous trouvons le processus de la psychose »<sup>640</sup>. La psychose hystérique met ainsi à jour un destin original pour le désir : il n'est ni refoulé (comme dans la névrose), ni projeté (comme dans la psychose paranoïaque), ni *simplement* réalisé dans le délire (comme dans la confusion hallucinatoire, qui fournit au désir une réalisation délirante, hallucinatoire, dans la jouissance<sup>641</sup>). Dans la psychose hystérique, la pénétration est *vécue plutôt que désirée*. La réalisation du désir a bien lieu, mais elle se *substitue* au désir lui-même, qui s'en trouve *aboli* (d'où sa « place vide », selon l'expression de Pankow). Le but pulsionnel qui y était associé se retrouve, à titre de vestige, dans la *forme* du délire, la xénopathie, comprise comme une pénétration passive (et parfois également dans le *contenu* du délire, comme c'est le cas, on l'a vu, chez Schreber et Natalia).

Notons que cette parenté entre psychose paranoïaque et psychose hystérique est évoquée par Henri Ey, qui souligne les « relations profondes qui unissent les délires hystériques d'influence aux psychoses de structures paranoïaques »<sup>642</sup>. Elle n'est pas non plus sans évoquer l'écho d'autres paires d'opposés : névrose obsessionnelle et névrose hystérique, rigidité et labilité, activité et passivité et, en dernier ressort, masculin et féminin.

---

<sup>640</sup> Pankow G., 1977, *op. cit.*, p. 143.

<sup>641</sup> Manuscrit H, 1895, in Freud S., 1887-1902, *op. cit.*

<sup>642</sup> Ey H., 1948-1949, *op. cit.*, p. 29.

### 2.4.2.3. Le délire d'influence comme défense anti-schizoïde

Victor Tausk évoque des malades qui ressentent une étrangeté sans l'attribuer à une influence extérieure :

Il est hors de doute que les symptômes de ce groupe de malades appartiennent à la période de début de la démence précoce, même si on les retrouve parfois à des stades évolutifs avancés. Dans bon nombre de cas il paraît certain [...] qu'à partir de sentiments de transformation [...] se forment des sentiments de persécution dans lesquels le sentiment de transformation est attribué à l'action d'une personne étrangère, « suggestion » ou « influence télépathique ». Dans d'autres cas, on voit l'idée de persécution et d'influence déboucher dans la construction d'un appareil à influencer. *Partant de là nous serions sur le point d'admettre que l'appareil à influencer est le terme final de l'évolution du symptôme, qui a débuté par de simples sentiments de transformation.*<sup>643</sup>

Pour Tausk, le délire d'influence, qu'il prenne la forme d'une influence suggestive ou d'un appareil, est donc une étape du processus dissociatif, et est instauré consécutivement à des sentiments de « transformation », d'« étrangeté ». Nous proposons de faire un pas de plus, en postulant que le recours à cette forme du délire, au décours d'une schizophrénie, joue un rôle défensif : le vécu d'invagination par l'objet, par le monde extérieur, dans l'espace intime, vise à tenir à distance l'indifférenciation, à freiner le processus de « *perte des limites du moi* »<sup>644</sup>. Un tel vécu de pénétration maintient une hétérogénéité, donc une différenciation. A ce titre, il peut être qualifié de défense anti-schizoïde.

Tausk ne semble pas partager nos vues, puisqu'il ne distingue pas les manifestations d'influence de celles qui relèvent d'une indifférenciation. Par exemple, il ne différencie pas les deux symptômes du vol de la pensée et du forçage de la pensée quant à leur fonction : « L'appareil produit et dérobe les pensées et sentiments » ; « sa fonction est de permettre au ou aux persécuteurs de transmettre ou de dérober pensées et sentiments »<sup>645</sup> ; « Le symptôme : “*On fait des pensées au malade*” découle de la conception infantile que les autres connaissent ses pensées », les considérant tous deux comme l'expression de la « *perte des limites du moi* », qui se traduit par une indifférenciation entre la pensée propre et celle des autres<sup>646</sup>. Or il nous semble indispensable de distinguer le vécu selon que les contenus

---

<sup>643</sup> Tausk V., 1919, art. cit., p. 231.

<sup>644</sup> *Ibid.*, p. 243.

<sup>645</sup> *Ibid.*, p. 229.

<sup>646</sup> *Ibid.*, pp. 243-244.

psychiques sont imposés, ou partagés, c'est-à-dire répandus, du fait d'un espace psychique illimité : dans le premier cas, on a affaire au vécu de pénétration caractéristique de la xénopathie, dans le second il s'agit d'une indifférenciation intersubjective. Celle-ci témoigne effectivement de la perte des limites du moi, caractéristique de la schizophrénie, alors même que celle-là indique justement le maintien d'une différenciation, qui se dialectise dans un rapport contenu-excitant / contenant-soumis. Nous pensons d'ailleurs que c'est pour se défendre contre l'indifférenciation, contre l'effondrement schizophrénique, la *Zerspaltung* bleulerienne, que le moi recourt à une identification archaïque, massive, narcissique au contenant initial : le corps-vagin de l'objet primaire. Le forçage de la pensée, contrairement au partage des pensées, a encore lieu dans un espace psychique délimité, bien qu'invaginé.

### **2.4.3. Deux patients de Sven Follin et collaborateurs : Benjamin M et Hélène G**

Dans un article paru en 1961, Sven Follin et al. présentent plusieurs cas de malades chez qui ils diagnostiquent une psychose hystérique<sup>647</sup>. Ils y défendent l'existence de cette entité clinique contestée. Ils retracent d'abord brièvement l'histoire de la notion d'hystérie, et rappellent que de nombreux auteurs classiques ont mis en évidence chez leurs patients hystériques des symptômes de la lignée psychotique (principalement le délire). Ils se réfèrent à la sémiologie de Philippe Chaslin, puis aux *Etudes sur l'hystérie* de Freud et Breuer<sup>648</sup>.

Le problème ancien des "délires hystériques" [n'a été résolu que] par leur incorporation soit dans le cadre extensif des schizophrénies, soit pour une compréhension plus rigoureuse de ce cadre, dans celui des bouffées délirantes aiguës ou subaiguës ou périodiques.<sup>649</sup>

En nous appuyant sur les éléments cliniques *bruts* des deux principales observations rapportées dans cet article, nous tenterons de mettre en évidence ce qui, chez ces deux patients, spécifie le phénomène hystérique dans la psychose.

---

<sup>647</sup> Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *Evolution Psychiatrique* 1961 ; 26(2) : 257-286.

<sup>648</sup> Freud S, Breuer J., 1895, *op. cit.*

<sup>649</sup> Follin S, Chazaud J, Pilon L., 1961, art. cit., p. 260.

La première observation concerne un homme de 55 ans (Benjamin M), traité pour un « état dépressif atypique avec quelques traits hypomaniaques ». Les auteurs notent chez leur patient, lors d'une crise, une « grande théâtralité » et « un besoin submergeant de dramatisation », qui prend les traits d'une symptomatologie schizophréniforme teintée de « facticité ». Voici ce que dit le patient à l'entrée :

il y a un changement en moi : il y a 2 mois j'ai été voir un médecin parce que les poils de mes jambes tombaient, il m'a dit qu'il me ferait des piqûres qui faisaient pousser la barbe aux femmes. [...] il y a 2 mois, j'ai perdu la tête, mon contrôle. Il y a quelque chose qui pense là-dedans. Je cherche à me concrétiser par la volonté, à unir, à bloquer le dedans. Je ne sais pas, c'est là, ça pense, une transformation en moi, pourtant je suis le même, sauf le cerveau je suis moi quand-même, je me touche, je me regarde dans la glace, je me dis c'est bien moi [...] Je me suis trouvé dans une passivité, possible et impossible, j'ai été dirigé là-dedans (montre sa tête) : tantôt on me dit « arrête-toi », tantôt « marche » ! Ce n'est pas des voix, ça pense en moi...<sup>650</sup>

Sur un plan sémiologique, on relève un petit automatisme mental, circonscrit à la sphère idéoverbale : « quelque chose qui pense là-dedans » ; « ce n'est pas des voix, ça pense en moi » ; « j'ai été dirigé là-dedans (montre sa tête) ». La référence au « dedans » situe l'expérience psychotique dans une dialectique contenant-contenu : le dedans est devenu étranger (« ça pense »), alors que le contenant a conservé sa familiarité, comme en témoigne le contact tactile et visuel avec l'enveloppe : « je me touche, je me regarde dans la glace, je me dis c'est bien moi ». Le patient est mis dans la position d'une femme pénétrée à son insu : il s'est « trouvé dans une passivité », et a cherché « à bloquer le dedans ». Il est sous l'emprise de cet étranger en lui, ce « dedans » devenu autonome et qui « pense ». Le patient a « perdu la tête » et son « contrôle » après qu'on lui a dit qu'on lui « ferait des piqûres qui faisaient pousser la barbe aux femmes », c'est à dire qu'on le pénétrerait comme une femme. Lorsque plus tard les psychiatres lui feront une « injection d'eunoctal », le patient se dira soulagé : « vous m'avez mis les mains de Dieu »<sup>651</sup>. Lors d'un « épisode crépusculaire », le fantasme de pénétration apparaît plus explicitement, dans ce que le patient désigne lui-même comme des « visions », qui apparaissent particulièrement sensibles à la suggestion des auteurs : « il y a plusieurs Jésus ; il y en a un qui fait des mauvais gestes, il me prend, il me laisse [...] il me dit pervers, homosexuel [...] Il dit qu'il y a l'hormone femelle qui prend le dessus sur l'homme ». Après une éviscération au couteau, il se souvient du contexte dans lequel il s'est mutilé : « j'avais un scorpion dans le ventre comme ça [les auteurs précisent

---

<sup>650</sup> *Ibid.*, pp. 261-262.

<sup>651</sup> *Ibid.*, pp. 266-267.

qu'il « fait avec le bras un geste d'érection »] j'ai pu le remplacer par une fleur »<sup>652</sup>. Le symbolisme transparent révèle le sens des coups de couteau : châtrer l'objet pénétrant, recouvrer une virginité, dans sa valence féminine (n'avoir jamais été pénétré).

On voit donc se dessiner une *dialectique de la pénétration* : le dedans devenu étranger, la présence de l'autre en soi vécue dans la passivité ou au contraire la lutte contre cette emprise.

Le second cas rapporté par les auteurs est celui d'Hélène G, une « jeune femme de 30 ans, célibataire », décrite comme fervente religieuse, élevée dans une atmosphère de piété rigoriste et masochique. Elle présente « un état aigu psycho-oniroïde, extatique, mystique et sexuel ». Les auteurs notent un automatisme mental à thème de « possession divine » accompagné d'un « sentiment très prononcé d'extase ». Ils notent d'ailleurs que l'extase apparaît comme une « constante structurelle permanente de toutes [leurs] observations » de psychoses hystériques.<sup>653</sup>

Les auteurs, qui ont eu accès au journal intime de la patiente, y mettent clairement en évidence la configuration oedipienne du triangle malade – Dieu – Vierge Marie, et la dynamique (corrélative) du désir interdit. Ils relèvent dans ce matériel clinique un « besoin obsédant de déculpabiliser la recherche radieuse du Seigneur, de l'Époux, par la médiation d'une soumission parallèle, et scrupuleusement attentive, à la Très Sainte Vierge (qu'elle appelle "Maman") ». La malade décrit aussi par écrit ses premières expériences extatiques : « Comment peut-on expliquer avec des mots comment Dieu se sent, comment Dieu se voit dans l'âme, c'est impossible, mais le ciel je crois que c'est cela ». La malade se vit comme pénétrée par Dieu. Les auteurs s'interrogent sur « le rôle de l'accident physique dans le déterminisme de la psychose » de la malade Hélène. Ils rappellent que « l'hospitalisation en tant que telle est liée dans son esprit à un événement particulier significatif » : elle a déjà été hospitalisée 6 ans auparavant, et a reçu une injection, ainsi qu'une intraveineuse lors d'un EEG, toutes deux ayant eu pour elle une signification toute particulière, et lui ayant provoqué des symptômes évocateurs d'une crise hystérique (« une atroce brûlure, une paralysie des membres, de la parole »). Chez Hélène G. (comme d'ailleurs chez Benjamin M.), une

---

<sup>652</sup> *Ibid.*, pp. 263-265.

<sup>653</sup> *Ibid.*, pp. 268-269.



injection a donc eu un rôle déclenchant dans la psychose<sup>654</sup>. Hélène a aussi déliré subir une insémination artificielle pour porter l'enfant d'un prêtre.

Elle « prêche », « les bras en croix » : « Il n'y a que Dieu qui puisse donner la lumière comme ça, je crois que Dieu est en moi, je sens tout en beau, je crois que je vis beaucoup par mes sens... Seul Dieu peut me donner un bonheur pareil [...] j'éprouve une joie corporelle depuis que je suis ici [...] c'est l'acte conjugal que je n'ai jamais voulu faire parce que j'étais à Dieu, avant les joies n'étaient pas ressenties, je les empêchais ». Une fois de plus, la survenue d'un syndrome d'influence dans un contexte de dévotion et d'abstinence sexuelle féminine semble plaider en faveur de notre hypothèse, selon laquelle l'influence délirante (et l'extase mystique, qui en constitue, pourrait-on dire, une forme sublimée) constitue un équivalent coïtal exempt d'angoisse. D'ailleurs, les jours suivants, Hélène garde « le sentiment d'avoir été comme “possédée sexuellement par un homme” ». « Actuellement, ce qui la frappe c'est de sentir son corps sexuellement, d'une façon infiniment plus intense qu'avant. Elle critique cependant ses sensations en les ramenant à des phénomènes naturels (il y a donc disparition de tout sentiment de possession mystique) ». La faille, la dissociation portant sur la fonction génitale, s'est résorbée : Hélène peut maintenant « sentir son corps sexuellement », ce qui lui était jusqu'alors impossible. Elle ne délire plus et critique les phénomènes psychotiques dont elle a fait l'expérience.

Chez cette jeune patiente, tout s'est passé comme si la conflictualité oedipienne s'était jouée, non plus sur un terrain intra-psychique mais, des suites d'une dissociation, dans le champ de la psychose. Pour autant, comme dans la névrose hystérique, le corps est ici centre de gravité, lieu d'expression du désir génital, espace de réalisation du fantasme.

---

<sup>654</sup> Rappelons que la patiente de Manuella De Luca évoquée plus haut (voir 2.2.) avait vécu une injection d'anxiolytique « comme un équivalent de pénétration », et avait présenté les jours suivant un syndrome d'influence (Luca M de. Psychose hystérique, aspects cliniques et historiques. *Perspectives psychiatriques* 2009 ; 48(2) : 149-158).

#### 2.4.4. Mademoiselle P. : un cas d'école

En 1999, Caroline Dubertret et Philip Gorwood rapportent succinctement le cas d'une malade qui, de notre point de vue, illustre de façon limpide les liens entre désir sexuel féminin et xénopathie<sup>655</sup>. Il s'agit d'une « femme âgée de 71 ans, hospitalisée pour la première fois en psychiatrie » pour des « plaintes contre un jeune homme qui lui rendrait la vie impossible depuis des années ».

De son histoire, on sait que « vers l'âge de vingt ans elle quitte sa famille [...] Elle élève seule son fils et reste célibataire dans un désir de fidélité pour le père de son enfant, décédé durant la seconde guerre mondiale. [...] Elle partage sa vie entre son travail d'employée de bureau et son fils. Ses contacts sociaux se limitaient à des relations de voisinage perdues depuis quelques années, et à une amitié ancienne avec un homme de son âge, Paul, qu'elle a toujours conservée. ».

Elle est d'abord traitée pour « un syndrome dépressif teinté d'idées sub-délirantes à tonalité persécutive », puis « son fils l'amène deux ans plus tard aux urgences pour aggravation des troubles du comportement à type de quérulence incessante ». Son « histoire délirante [...] évolue depuis cinq ans, date à laquelle un jeune homme est venu aménager l'appartement au-dessus de celui qu'elle occupait [...] depuis plus de quarante ans ». Elle se plaint de « troubles du sommeil qu'elle attribue à de vagues “bruits de perceuse” et “d'écoulement provenant de chez ce nouveau locataire”. Puis elle “entend des mots, des bouts de phrases qu'elle ne comprend pas bien, des pas sur un plancher qui craque” [...]. Elle “comprend bientôt qu'il lui reproche ses ronflements nocturnes et, ne pouvant trouver le sommeil, il semble l'observer”. Tous ses “faits et gestes sont commentés”, les idées qu'elle trouve pour diminuer la nuisance de ses ronflements sont “répétées, décortiquées et jugées” [...]. Le “jeu” de ce voisin se poursuit bientôt durant la journée par “des conseils et des critiques” sur toutes ses activités ».

La patiente « se dit très affectée de “cette intrusion dans sa vie privée” [...]. Elle s'inquiète d'autre part de l'apparition récente d'éternuement et d'une toux nocturne que son médecin traitant prend pour de l'asthme, mais qu'elle attribue à “des malfaisances de son voisin pour

---

<sup>655</sup> Dubertret C, Gorwood P. Psychose hallucinatoire chronique. A propos d'un cas clinique traité par Risperidone. *Nervure* 1999 ; 12(2) : 15-17.

rendre son sommeil difficile”. Elle s’installe dans la ville voisine et “comprend rapidement que son jeune persécuteur l’a suivie pour poursuivre ses manipulations sur elle”. Elle explique les affections des voix aériennes qu’elle présente, par la diffusion d’une poudre irritative jaune qui est “envoyée par la tuyauterie du chauffage central et par le conduit de sa cheminée”. Tout son corps la démange [...]. Elle “se sent de plus en plus sous le contrôle de cet homme qui a placé des caméras et des micros dans tout l’appartement [...] il lui envoie des odeurs nauséabondes de boules puantes ou de gaz. Il devient grossier, l’accuse de n’avoir pas respecté la fidélité qu’elle devait au père de son enfant disparu” ».

Rapidement, « son fils lui propose un hébergement en foyer-logement qu’elle accepte » mais après deux semaines, elle « “retrouve des traces” de cette poudre jaune [...]. Elle “entend la nuit le jeune homme dialoguer à son propos avec le vieil homme du dessus” [...]. Les “moqueries, les commentaires sur son physique lorsqu’elle se douche, les accusations de relations sexuelles avec son ancien ami Paul” lui font penser que son voisin est jaloux et complotte avec son suiveur contre elle. “Ils se sont de nouveau introduits chez elle pour poser des caméras et des micros qu’elle n’arrive pas à localiser, et elle se demande par quel moyen ils arrivent à tout savoir d’elle, à percevoir ses pensées, à les devancer, et à les répéter de façon idiote”. Elle “ressent des picotements sur tout le corps continuellement, un mauvais goût salé dans la bouche au réveil”, attribué à cette poudre “qui lui rentre dans le nez la nuit” ».

Au total, les auteurs notent « un délire chronique à thème persécutif avec syndrome d’influence de mécanisme richement hallucinatoire », et relèvent un « grand automatisme mental de Clérambault ». Ils soulignent aussi qu’« aucune symptomatologie déficitaire ou élément dissociatif ne fait partie du tableau clinique ».

Voici donc une septuagénaire qui s’est imposée, par fidélité à son époux défunt, une abstinence sexuelle totale depuis l’âge d’une vingtaine d’années (condition qui n’est pas sans rappeler celle des religieuses et des *vieilles filles*, populations d’élection privilégiées de la psychose hystérique). Et au-delà du mariage et de l’acte sexuel, il semble que le tabou se soit porté jusque sur le désir lui-même, si l’on en croit son rejet et sa projection tels qu’ils apparaissent dans son délire : le jeune persécuteur « l’accuse de n’avoir pas respecté la fidélité qu’elle devait au père de son enfant disparu », et le « vieil homme du dessus » l’accuse « de

relations sexuelles avec son ancien ami Paul ». Il ne semble pas excessivement audacieux de supposer que le désir ainsi rejeté concerne la pénétration passive : un désir vaginal, et l'on pourrait sans la désavouer prêter à Mlle P. la formule de Schreber : « ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement ».

Est-ce un hasard si elle tombe malade lors de l'arrivée dans le voisinage d'un « jeune homme » ? On peut supposer qu'un désir sexuel naquit de cette irruption, suscitant des fantasmes qui se sont trouvés en conflit avec l'idéal d'abstinence qu'elle s'est imposé et qui, au fil des décennies, a acquis un statut de totem, d'appendice narcissique : « je *suis* ma fidélité à mon mari défunt » pourrait-on lui faire dire. Eugène Minkowski écrit à propos de l'un de ses malades que « les idées d'influence semblent [...] se rapporter à des *réactions*, à des *tendances* et à des *désirs* qui, d'après le malade, sont en contradiction avec les idées élevées sur lesquelles il vit et auxquelles il assimile sa propre personne. Les éléments de l'étage supérieur ne reconnaissent plus les liens de parenté qui les rattachent à ceux de l'étage inférieur et les repoussent comme des étrangers. Le malade le traduit par des idées d'influence »<sup>656</sup>. Cette idée d'*assimilation* à sa propre personne des préceptes moraux opposés au désir s'appliquent particulièrement à Mlle P. : la survenue d'un désir sexuel est apparue inconciliable, non seulement avec les exigences idéales/surmoïques, mais avec le moi lui-même ; il est alors devenu inévitable, face à la menace de vacillement des assises narcissiques, d'éjecter ce désir, qui a profité d'une vulnérabilité identitaire pour emprunter la voie psychotique : laissant une « place vide », il a resurgi dans la réalité de son délire, selon différentes modalités de la pénétration passive :

- on pénètre son domicile : on diffuse dans son appartement de la « poudre irritative » par divers *orifices* (tuyauterie du chauffage central et conduit de cheminée) ; on s'introduit chez elle ; on y dépose caméras et micros (qui peuvent eux-mêmes être considérés comme des équivalents d'orifices, en ceci qu'ils constituent pour l'autre des voies d'accès à l'univers intime de la malade) ;

- on pénètre son esprit : on la « contrôle », on se livre à des « manipulations sur elle », on devine ses pensées, on les commente, on les répète, etc. ;

---

<sup>656</sup> Minkowski E, Targowla R. (1923) Contribution à l'étude des idées d'influence. *Encéphale* 2003 ; 29(2) : 27-32, p. 32.

- on pénètre, enfin, son corps : par l'orifice auditif (elle entend des « bruits de perceuse » et « d'écoulement »<sup>657</sup> qui la réveillent, puis des moqueries et des commentaires), par l'orifice olfactif (on lui impose des « odeurs nauséabondes », on lui introduit de la poudre jaune par le nez), par l'orifice buccal (elle se réveille avec « un mauvais goût salé » dans la bouche).

Par ailleurs, il faut noter que les persécuteurs sont tous deux des hommes : le jeune homme d'au-dessus, puis le « vieil homme du dessus », qui en devient le complice. Le désir sexuel qu'on lui reproche de nourrir (donc qu'elle se reproche de nourrir) concerne, enfin, son vieil ami Paul. Dans sa *Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique*, Freud parvient à trouver chez sa malade un attachement érotique homosexuel, derrière l'hétérosexualité manifeste, et ainsi à ne pas démentir sa théorie de l'étiologie de la paranoïa qui repose sur l'hypothèse de la projection d'un désir homosexuel<sup>658</sup> (théorie largement fondée sur l'analyse du cas Daniel Paul Schreber). Chez Mlle P. cependant, une telle démonstration semble s'avérer plus délicate : les seuls renseignements fournis par les auteurs qui rapportent le cas ne nous permettent aucunement d'envisager une homosexualité latente, derrière ce vécu de persécution. Si l'on se fie aux seuls éléments dont on dispose, c'est bien le rejet d'un désir *hétérosexuel* féminin<sup>659</sup>, donc en lien avec la pénétration passive, qui est à l'origine de cette psychose ; or celle-ci, pour autant qu'elle se traduit par la réalisation délirante de la *pénétration sans corps* comme résolution d'une problématique d'ambivalence à l'égard du désir vaginal, mérite selon nous d'être qualifiée d'hystérique.

---

<sup>657</sup> En poussant un peu plus loin l'analyse, nous pourrions voir dans ces hallucinations une expression métaphorique de l'activité phallique, qui consiste en particulier à « percer des trous partout » (Freud S., 1908a, *op. cit.*, p. 21), et qui se résout, chez l'homme adulte, par un « écoulement ». On pourrait aussi se demander si la localisation spatiale des deux persécuteurs (qui ont ceci de commun qu'ils sont situés « au-dessus » de la malade), n'est pas à mettre en lien avec la position sexuelle de l'homme surplombant la femme, dans la forme la plus banale de l'acte sexuel, dont Jacques André rappelle qu'elle est « la seule position autorisée par l'Eglise » (André J., 1994, *op. cit.*, p. 13).

<sup>658</sup> Freud S. (1915a) *Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique*, in *Névrose, Psychose et Perversion*. Paris : PUF ; 1978, 209-218.

<sup>659</sup> En réalité, nous pensons qu'à l'instar du cas Schreber, cette psychose est à mettre en lien avec le rejet d'un désir *prégénital* de pénétration passive. C'est pourquoi il prend, chez l'homme, une apparence d'homosexualité, et d'hétérosexualité chez la femme. Par conséquent, parler comme nous le faisons au sujet de Mlle P. d'un désir *hétérosexuel* n'est qu'un raccourci, en référence à l'« homosexualité » de Schreber, présumée par Freud.

### 2.4.5. Le cas Dominique : psychothérapie d'une psychotique hystérique

Dominique est une jeune femme de 34 ans, à la présentation soignée et au contact avenant. Lorsque nous la rencontrons, elle est suivie au Centre Médico-Psychologique depuis plusieurs années, où elle bénéficie d'un suivi médical (il lui est prescrit un anti-psychotique à dose minimale). Elle se dit « schizophrène », et évoque volontiers ses « voix » ; cet *insight*, cette reconnaissance de la dimension morbide des phénomènes psychotiques, co-existe, comme souvent chez les patients ayant reçu pendant des années une éducation à la maladie, aux côtés d'une conviction délirante intacte, des suites d'un clivage probablement favorisé par cette psychoéducation. Elle vit chez sa mère, avec qui elle entretient une relation de confusion. Elles semblent n'avoir qu'un espace psychique pour deux : tout dans son discours n'est qu'indifférenciation, le « on » et le « nous » ont remplacé le « je » ; elles partagent les mêmes activités, les mêmes fréquentations, les mêmes opinions, les mêmes projets. Lorsqu'un désir différencié vient à naître entre elles, surgit immédiatement de part et d'autre un risque d'effondrement dépressif : « En ce moment j'ai envie de fumer des cigarettes, ma mère me l'interdit [...] elle se sert un verre, elle me dit qu'elle va partir » ; une autre fois, Dominique pleure en évoquant l'intérêt nouveau de sa mère pour la vie associative, c'est-à-dire pour un tiers. Dominique n'a pas d'activité professionnelle, et elle sort très peu. L'ambiance générale du monde extérieur telle qu'elle la décrit est teintée d'un *erotisme hostile diffus* : à la télévision, elle supporte mal le « genre sexy » qu'exhibent les femmes ; dans un parc où elle se promène parfois, elle est témoin de scènes qu'elle qualifie de sexuelles et qui l'agressent, au point qu'elle renonce à ses ballades. L'une de ses rares sorties est pour se rendre à un atelier de peinture animé chaque semaine par des infirmières du Centre Médico-Psychologique. Elle y dessine inlassablement les mêmes natures mortes : tasses, vases, bocaux, pots, etc., l'obnubilation pour les contenants semblant trahir la façon dont elle vit son corps. Elle y vivra l'un des rares émois sentimentaux de son existence, avec un jeune patient qui fréquente également ce groupe : la présence de cet homme suscita, semaine après semaine, une telle tension chez elle, qu'elle fut contrainte de quitter transitoirement l'atelier. Ce sont les infirmières qui nous rapportèrent cet épisode, dont il ne fut jamais question pendant les entretiens psychothérapeutiques. Par ailleurs, elle fréquente (avec sa mère) un « centre de médecines parallèles », où on lui parle du « troisième œil », du « corps énergétique », où l'on soigne par la « chromothérapie », et où l'on valorise ses phénomènes psychotiques considérés comme de la « médiumnité ».

Elle a été hospitalisée brièvement à deux reprises, à l'occasion de deux décompensations survenues à 27 et 30 ans. Ces crises ont pris la forme de bouffées délirantes aiguës : délire à thèmes et à mécanismes variés, automatisme mental, éléments dissociatifs (troubles du cours de la pensée). Après quelques mois d'évolution des troubles sans rémission complète, le diagnostic de schizophrénie a été posé. En-dehors de ces phases aiguës, la personnalité est intacte ; seules persistent des « voix », terme générique utilisé par la patiente pour qualifier ce qui, à l'examen, se révèle être un grand automatisme mental : automatisme idéoverbal (hallucinations psychiques qui commentent les actes, insultent ou au contraire font l'éloge de la patiente) ; automatisme sensitif (images qui s'imposent à la patiente, à mi-chemin entre la rêverie et l'hallucination) ; automatisme moteur (la « voix » est capable de prendre le contrôle du corps, parfois sur commande, parfois à l'insu de la patiente). Dominique cultive ce phénomène, notamment dans une pratique « d'écriture automatique », dont elle remplit un cahier, ainsi que dans une activité motrice qui s'inscrit pour elle dans la pratique d'un art martial et d'une théorie qui l'englobe, en lien avec les quatre éléments de la nature (cet art martial existe, et lui a été effectivement enseigné, au « centre de médecines parallèles »). Elle se livre volontiers à une démonstration de cette automatisation des fonctions psychiques, se regardant agir avec la même extériorité (attente curieuse, réactions de surprise, etc.) que son interlocuteur.

Dominique a toujours vécu chez sa mère. Jusqu'à sa première décompensation à 27 ans, elle préparait des concours et travaillait dans le même établissement scolaire que sa mère. De son enfance, nous ne savons que très peu de choses. Dominique aurait été « conçue le jour du décès du grand-père de [sa] mère ». Son père, traité pour une psychose (« il était paranoïaque ; parfois, il parlait avec les murs »), a vécu presque toute sa vie chez ses propres parents. Il s'est suicidé avant que Dominique n'ait 16 ans. Sa mère nous apprendra que, pour « protéger » Dominique, on lui a dit que son père était tombé en se penchant par la fenêtre pour la voir arriver (!). C'est à la même époque que Dominique a connu son unique relation amoureuse, qui s'est soldée par « une dépression dont [elle n'est] sortie qu'à la mort de [son] père » (sic). Elle s'est ensuite « réfugiée dans les études ». A 26 ans, elle a perdu brutalement son oncle maternel, qui avait joué depuis le décès du père le rôle d'un « père bienveillant ». Cet événement, cataclysmique à l'échelle de la famille, a précipité la première décompensation de Dominique.

Le discours de la malade révèle une préoccupation ancienne et soutenue pour la région de la bouche. Elle a souffert dès la fin de l'adolescence d'un « blocage de la mâchoire », sur lequel sont intervenus au fil des années de nombreux praticiens médicaux, paramédicaux, et guérisseurs. Son délire est saturé de fellations : elle « voit » des scènes de fellation entre les gens qui l'entourent ; on veut lui en faire subir ; ses parents ont été contraints d'en faire au proviseur de son lycée ; lors de l'opération sur sa mâchoire, l'anesthésiste a introduit son sexe dans sa bouche. Par ailleurs, elle a développé des idées délirantes érotomaniaques et de télépathie après qu'un ostéopathe lui a mis un doigt dans la bouche.

Nous proposons à Dominique de la terre. Elle modèle de façon « automatique » (c'est à dire clivée) : elle est comme spectatrice de l'objet qui se constitue sous ses yeux. Il s'agit d'un « bas du corps », c'est à dire un pénis, qu'elle nous présente avec gêne. Elle est invitée à modeler quelque chose entre chaque séance. La fois suivante, elle amène sur le même bloc de terre une forme à nouveau pénienne : « les voix m'ont dit que c'était une langue », puis elle a entendu « tu caresses le pénis du Christ ». Les semaines suivantes, elle modèle plusieurs mâchoires, et des langues de différentes tailles, un crâne, un pied, un visage, un sein. Puis elle apporte les premiers modelages réalisés « sans laisser faire les mains » : la silhouette du proviseur du lycée (l'auteur déliré des fellations forcées) revient à plusieurs reprises. Une autre fois, Dominique a modelé « une bouche, mais c'est bizarre, il y a une bouche fermée, plus petite, et une bouche ouverte, avec les lèvres... ». Elle tourne son modelage pour le placer à la verticale et constate en souriant : « tient, ça peut aussi être un sexe de femme [...] il est ouvert ». En sortant de la consultation, les voix lui récitent un poème qu'elle entend comme « une invitation à l'acte sexuel ». Peu après cette séance, elle raconte pour la première fois un rêve, dans lequel un « homosexuel » tente de la sodomiser.

On constate donc un télescopage des pulsions liées à la génitalité, non intégrées du fait de l'absence de l'*organisateur psychique* qu'est le complexe oedipien, et des dynamismes oraux vers lesquelles elles rebroussent chemin : ceci se traduit dans les représentations pénis-langue, vulve-bouche, lèvres-lèvres, ainsi que dans certains thèmes délirants prégnants. La localisation de la *faille*, de la dissociation, semble avoir permis une amorce de levée du clivage, puisque pour la première fois le désir vaginal peut être réapproprié comme partie d'un tout plutôt qu'expulsé comme entité autonome : il est rêvé plutôt que déliré. La dissociation concerne, non pas la forme spatiale du corps, mais la fonction de certaines de ses parties : la fonction génitale est déniée à la zone génitale, et attribuée à la sphère orale. Il



s'agit donc, en termes *pankowiens*, d'une dissociation de la seconde fonction de l'image du corps, ce qui situe les troubles du côté d'une psychose non-schizophrénique. Ce diagnostic concorde avec l'observation clinique (absence de syndrome dissociatif, en dehors des états aigus). Ce télescopage génital/oral peut être schématiquement décomposé en deux temps. Des suites d'une substitution du tout à la partie, le fantasme oedipien d'une pénétration par le pénis du père devient fantasme d'une pénétration par le corps du père. Puis une seconde opération intervient, de sens opposé à la première, et substitut au père sa voix : la *voix* est souvent la voix du père. Cette fois, c'est la partie qui est prise pour le tout. Cette dernière opération réalise le fantasme d'une pénétration sans corps.

Pourquoi ne pas simplement parler d'un déplacement du bas vers le haut, tel qu'on l'observe par exemple dans la formation du symptôme de dégoût chez Dora<sup>660</sup>, et qui consisterait ici en un déplacement de la représentation « pénis » vers la représentation « voix » ? Pankow confronte ces deux mécanismes de déplacement et de dissociation, à propos d'une malade de 40 ans, chez qui un délire de grossesse se traduit par « l'hallucination des os croissants du visage » : « Bien sûr, on pouvait parler d'un simple déplacement. Que la partie inférieure du corps soit remplacée par le visage, c'est bien connu depuis le début des recherches psychanalytiques. » Mais un « hiatus » rend la malade « incapable de retrouver la fonction propre de la partie inférieure du corps. Donc, il existe une dissociation de l'image du corps concernant la relation entre les parties du corps et leurs fonctions ou leurs significations propres »<sup>661</sup>. La confusion entre le tout et la partie, à l'œuvre chez Dominique, signe la dissociation de l'image du corps. Ce télescopage génital/oral se traduit, en dernier ressort, par une substitution d'une activité de la zone orale à une activité de la zone génitale : la « voix » en lieu et place du coït.

Dans la xénopathie de Dominique, la présence étrangère au-dedans se personnifie dans des figures masculines, objets d'un désir génital : le père, ses substituts (l'ostéopathe, Dieu, Jésus), ou encore Mathieu le jeune homme convoité.

Au moment où je vous parle M. A, ostéopathe à la clinique X qui sort de l'ombre comme Dominique accepte de communiquer avec vous. Ne m'insulte pas

---

<sup>660</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*

<sup>661</sup> Pankow G., 1969, *op. cit.*, p. 107.

Dominique, ça c'est lui qui me le dit, ne me laissez pas seul avec Dominique et là c'est M. A qui s'exprime. Elle me fait souffrir Dominique, je fais souffrir M. A<sup>662</sup>

Dominique a « un petit copain *virtuel* », elle fait « l'amour avec lui par l'intermédiaire de sa voix ». Dans cette *dialectique de la pénétration*, la présence étrangère à l'intérieur du corps est donc un *autre sans corps*, « virtuel » dit Dominique.

La thématique délirante de Dominique s'organise schématiquement autour de 3 pôles. 1/ Le pôle mystico-ésotérique se traduit par une relation privilégiée, parfois vécue dans l'extase, entretenue avec des personnages bibliques, qui lui apparaissent, lui délivrent un message, une mission, la guident, la « portent au pinacle » : la Vierge Marie se sert de sa voix pour lui annoncer comment « arrêter la guerre en Tchétchénie » ; Jésus-Christ lui apparaît avec « les yeux bleus », il lui fait boire « symboliquement » le Graal ; Dieu guide sa main dans « l'écriture automatique ». 2/ Le pôle délirant sexuel correspond à des messages à contenu sexuel reçus contre son gré et source d'une angoisse persécutive : les « voix » lui disent « des insanités, des choses très désagréables », elles « blasphèment » et lui parlent de « la sexualité des Saints » ; Dominique voit « des scènes orgiaques », des relations (souvent des fellations) entre des personnes qu'elle connaît ; elle pense que Romain, un collègue de travail, la désire sexuellement et veut la violer ; elle sent « comme si on [lui] passait dessus » ; elle devine qu'on lui reproche son désintérêt pour la sexualité, etc. 3/ Enfin, le pôle érotico-romanesque, vécu dans la volupté, où il est question de Mathieu, un élève qui l'a marquée dans l'établissement où elle a travaillé : elle entend sa voix, il lui fait des déclarations d'amour, des promesses de mariage et d'enfants, ou l'appelle « petite fiancée » ; « j'étais persuadée, avouet-elle, que j'allais vivre une grande histoire d'amour ».

On constate que ces trois pôles délirants visent des enjeux contradictoires. Mathieu tente ainsi de l'empêcher d'avoir des « ouvertures sentimentales ». La Vierge la met en garde contre « des choses » qu'elle ne doit « pas accepter » ; lui montrant son vagin, elle lui indique qu'on doit la « respecter », qu'on ne doit pas la « violenter ». Cette dimension conflictuelle rappelle la conflictualité interne entre instances, caractéristique de la névrose. Mais ici, l'affrontement entre tendances aurait été comme proscrit du champ intra-psychique, et exilé sur la scène délirante. On voit ainsi se confronter d'une part des fantasmes sexuels *vaginaux* (projetés, et

---

<sup>662</sup> Ces propos ne nous ont pas été adressés. Ils ont été recueillis par le médecin qui a reçu la malade lors de sa première admission à l'hôpital, plusieurs années avant notre rencontre avec Dominique. Le caractère sub-désorganisé de la pensée, qui transparait, ne fut jamais retrouvé chez la malade en-dehors de ces épisodes aigus.

donc vécus dans la persécution), et d'autre part une autorité (pour ne pas dire une instance), surmoïque puisque garante de l'interdit. Bref, tout se passe comme si le conflit entre désirs et interdits, expulsé, continuait de se jouer, à peine travesti, dans l'espace psychotique du délire. Chaque motion est attribuée, comme un rôle dramatique, à un personnage, lui-même réel ou imaginaire : Romain contre la Vierge Marie, etc. On pourrait alors désigner par l'expression aberrante de « *délire oedipien* » un tel phénomène psychotique dans lequel le désir *vaginal* dénié est projeté dans l'autre, électivement dans des figures masculines, et se trouve confronté à l'interdicteur personnifié dans des figures mystiques idéalisées (Jésus, la Vierge Marie, Dieu).

Dans ce contexte, la xénopathie apparaît comme un compromis, dans la mesure où elle réalise, comme on l'a vu, le fantasme d'une pénétration sans corps. Cette question de la corporéité apparaît justement, chez Dominique, organiser la modalité relationnelle, et ce autour de deux figures masculines. Romain représente l'archétype du porteur du désir projeté ; de ce fait, il est le « diable », celui qui n'a de cesse de vouloir entrer en elle. Il est l'*incarnation* de la génitalité, au sens le plus concret du terme : celui qui en est la représentation charnelle. Mathieu n'est pas persécutant, puisqu'il est au contraire désincarné. Dominique fait « l'amour avec lui par l'intermédiaire de sa voix ». Sa présence en elle est celle du prince charmant, il n'est que rêverie, mirage, pensée, voix : il est *virtuel* et ainsi il la pénètre sans corps. Il peut donc être aimé, attendu, et même *désiré*. Il est au cœur d'une construction romanesque : il va séduire Dominique, l'épouser, lui faire des enfants, ils vivront « une grande histoire d'amour ». L'ensemble donne ainsi à la symptomatologie une tonalité dramatique, et Dominique semble jouir, malgré tout, d'un « théâtre privé ».

Cette *mise au-dehors du conflit* bénéficie bien sûr au Moi qui fait l'économie d'une conflictualité interne. A ce titre, elle est une solution aux bouleversements intrinsèquement liés à la naissance du désir génital, la culpabilité, l'angoisse surmoïque d'être châtié, qui sont évacués ; s'y substitue une angoisse de persécution, dont la source se situe dans l'objet porteur du désir projeté, et qui donne au discours une teinte paranoïaque. Ce mécanisme de projection rappelle d'ailleurs le déplacement à l'œuvre dans l'hystérie d'angoisse, où la source de l'angoisse est située dans un objet extérieur, phobogène.

## **Apports du test de Rorschach** (voir Annexe I)

Nous proposons à Dominique la passation d'un test de Rorschach, moins dans une visée diagnostique (la psychose ne fait aucun doute, et les antécédents psychopathologiques sont suffisamment riches) qu'à titre de médiation thérapeutique. Au cours des 18 mois d'un suivi psychothérapique régulier, nous avons d'abord eu recours à l'écriture (exploitant le phénomène d'« écriture automatique » de Dominique), puis pendant environ 6 mois au modelage sur argile (d'abord pendant les séances, puis chez elle entre deux séances). Cette dernière médiation s'est progressivement essoufflée, Dominique ne l'investissant plus que de façon très superficielle. L'utilisation d'un outil projectif, sensible à l'image du corps, nous est apparue adaptée pour mettre en évidence le rapport au corps particulier de Dominique.

La patiente semble prendre un certain plaisir à se livrer à cet exercice. Elle est sublogorrhéique, répétant souvent plusieurs fois la même chose, revenant sur ses réponses sans vraiment y apporter d'élément, jusqu'à ce que nous prenions l'initiative de retirer la planche.

### La faille dans l'image du corps

Dans le Rorschach de Dominique, on constate d'emblée et de façon caricaturale l'**obnubilation de la conscience** telle qu'elle est décrite par Freud comme caractéristique de la psychose hystérique : la représentation chassée « prend le dessus » et « domine la conscience »<sup>663</sup>. Cela se traduit par l'omniprésence de la thématique sexuelle : 92% des réponses concernent la génitalité (vagin, utérus, ovaires, sang des règles, relation sexuelle, seins, pénis, testicules) ; cette proportion monte à 94% si l'on tient compte des réponses additionnelles. Cette *génitalité* est à entendre au sens large : elle regroupe la sexualité et la maternité. Cette observation concorde avec ce qu'on relève habituellement dans le discours de Dominique, où la thématique sexuelle est très présente, bien que sur un mode négatif : la sexualité est décrite comme étant l'objet d'un désintérêt, voire d'un dégoût, d'une colère, et d'un rejet. La symétrie, que Dominique repère à juste titre dans le matériel du test, et qu'elle associe au corps, se voit elle-même exclusivement renvoyée à l'organisation *sexuelle* du corps féminin (et, plus rarement, masculin) : « j'ai l'impression qu'il y a deux parties symétriques, comme dans le corps de la femme, ou même de l'homme en fait, deux ovaires, deux seins,

---

<sup>663</sup>Freud S., Manuscrit H, 1895, in Freud S., 1887-1902, *op. cit.*, p. 102.

deux testicules ». Bref, c'est comme si le corps était confondu avec l'une de ses fonctions, en l'occurrence la génitalité, signant ainsi la dissociation de l'image du corps, telle qu'elle est décrite par Pankow. On parlera comme elle d'une dissociation fonctionnelle, puisqu'elle touche la seconde fonction symbolisante de l'image du corps, soit la rapport du corps à ses fonctions. Le corps entier comme forme n'est pas nié, il est seulement faiblement investi, comme en témoignent les rares évocations des parties du corps situées à la périphérie de l'appareil génital, qui apparaissent rabougries (« le haut du corps serait un peu réduit » planche III ; « le corps un peu, mais pas bien formé » planche VII), et donnent le sentiment de vagues appendices sans importance. Il faut toutefois nuancer ce constat : le corps en tant que forme, en tant qu'unité, semble parfois pouvoir vaciller ; mais on verra comment le Moi se protège de la désagrégation.

#### La lacune comme contenant

La sensibilité au blanc, ou plus exactement le **surinvestissement des lacunes**, est systématique, ce qui se traduit évidemment, sur un plan quantitatif, par un nombre anormalement élevé de réponses Gbl et Dbl, qui représentent à elles seules 62% des réponses spontanées (65% si l'on tient compte des réponses additionnelles), soit près de deux réponses sur trois<sup>664</sup>. Aux planches dites bilatérales (II, III et VII), et aux autres planches offrant des espaces intramaculaires importants (IX et X), la prise en compte du blanc par Dominique est immédiate. On sera plus étonné de constater qu'aux planches dites compactes (I, IV et VIII), les processus de pensée semblent avoir été mis à contribution pour dégager coûte que coûte de l'engramme une délimitation, une lacune, susceptible d'être associée malgré tout à la représentation d'un contenant, même si c'est pour être secondairement soulignée dans son incapacité à jouer ce rôle, dans une série de dénégations : dans le « vagin » perçu à la planche I, il n'y a « pas de relation amoureuse possible », et « l'enfant ne peut pas se développer » dans l'utérus pourtant repéré ; à la planche IV, la patiente ne « voi[t] pas l'utérus ou l'endroit où se niche l'enfant » ; à la planche VIII enfin, la patiente ne « verrai[t] pas la formation d'un enfant » alors qu'elle perçoit « surtout l'utérus ». Cette insistance sur la valence négative de la contenance aux planches compactes témoigne ainsi d'une relative prise en considération de la

---

<sup>664</sup> Dans leur étude consacrée aux protocoles de Rorschach des patients diagnostiqués PHC selon les critères de la Classification française, Robert et al. ont observé, au contraire, chez leur 20 patients PHC (16 femmes et 4 hommes), une diminution du pourcentage moyen de réponses Dbl par rapport à la population générale (2,5% < 8%, t de Student significatif au seuil .001) (in Grivois H (sous la direction de), 1989, *op. cit.*). Les auteurs n'ont malheureusement rien indiqué quant au nombre de réponses Gbl.

réalité perceptive du matériel, qui n'est pas totalement niée à la faveur de l'obnubilation. Nous constatons d'ailleurs que les réponses banales, jamais mentionnées lors de la passation spontanée sont, pour la plupart d'entre elles, évoquées sans difficulté à l'enquête aux limites ; cela traduit l'effet d'un rétrécissement du champ de pensée (absorbé par la thématique obsédante), mais relativise le degré de rupture avec la « réalité socialisée », que le pourcentage de réponses de bonne qualité formelle annonçait catastrophique (le F+% et le F+% élargi étant respectivement de 20% et 19%, alors que la norme se situe à 70%).

La lacune à laquelle s'attache si souvent le découpage perceptif semble ainsi être perçue et traitée, non comme un manque objectal (perte de l'amour de l'objet, perte de l'objet d'amour) ou narcissique (castration, manque à être, défaut d'introjection du bon objet, perte de l'estime de soi, discontinuité identitaire), mais comme un contenant (« utérus », « vagin », « poche », « cavité », « ventre »), un espace délimité, plein ou vide, ouvert ou fermé, susceptible ou non d'être occupé par un contenu (« enfant », « pénis », « arme », quelque chose qu'on « introduit », « sang des règles »). C'est l'appui sur la frontière perceptive délimitante plutôt que sur la lacune en tant que telle qui donne à cette *Gestalt* sa valeur, non pas négative (manque, trou), mais positive (poche, réceptacle, contenant), et en dernier ressort relationnelle, puisqu'elle implique la relation à un contenu potentiel. La pénétration, dans sa forme passive, est investie dans ses deux dimensions féminine et maternelle : la pénétration sexuelle, c'est à dire la présence d'un corps étranger dans le vagin, de même que la présence et le développement d'un « enfant » (fœtus) dans l'utérus, sont tantôt possibles, tantôt impossibles. L'équivalence pénis-enfant, dont Freud postule qu'elle joue un rôle majeur dans le ressort de la sexualité féminine, est ici explicite : ce sont deux « corps étrangers » potentiellement contenus en soi. Nous retrouvons ici le fantasme d'un organe utéro-vaginal indifférencié (voir 2.1.1.).

La seule modalité relationnelle possible s'organise donc autour de la présence-absence du corps étranger contenu dans le corps-réceptacle. Mais sa présence n'est pas effective, elle est évoquée seulement dans sa potentialité : « y'aurait pas de relation amoureuse possible, et l'enfant on le verrait pas non plus » planche I ; « l'endroit où l'enfant se développe » planche II ; « un enfant pourrait s'y développer » planche VII ; « y'a la place » planche X. La seule présence effective du corps étranger dans le contenant (outre le cas particulier du « flux sanguin » qui « sort du vagin ») apparaît à la planche IV : « la relation amoureuse », « le sexe d'une femme, et là on introduit quelque chose dans... ». Cette planche est retenue comme

choix négatif<sup>665</sup> : « on dirait qu'on introduit une arme, enfin, un objet dans le sexe de la femme, c'est violent comme image ». Cette unique représentation d'une pénétration effective (d'une pénétration par un corps, plutôt qu'une pénétration sans corps, décrite seulement comme une potentialité) concerne donc un pénis qui rapidement se change en « quelque chose », puis « une arme » : l'objet pénétrant est la source d'une angoisse de pénétration (« c'est violent comme image »). On peut se demander si le « flux sanguin » évoqué deux planches plus loin, à la planche VI, sans support sensoriel particulièrement excitant (l'engramme est en nuances de gris, ce qui suggère plus l'estompement que la pulsionnalité associée au rouge ; quant aux sollicitations latentes de la planche, qui concernent la bisexualité, rien n'indique qu'elles aient été repérées), et dont l'évocation apparaît par ailleurs sans commune mesure avec le phénomène même auquel elle fait référence (les règles décrites comme une explosion sanguine), n'est pas l'expression, à retardement, de l'angoisse majeure suscitée à la planche IV par la représentation d'un coït fantasmé comme une blessure infligée. Quoi qu'il en soit, on ne peut pas ne pas associer cette évocation d'un pénis-arme à un fantasme de scène primitive, à la représentation d'une pénétration entendue comme menaçant l'intégrité interne de celui qui la subit. Ce n'est d'ailleurs peut-être pas un hasard si c'est justement entre ces deux mouvements, soit à la planche V, que la patiente associe le thème itératif de la maternité à sa propre conception (« je vois que j'ai été portée dans le ventre de ma mère avec amour »), et aux mouvements libidinaux intrafamiliaux qui l'ont entourée (« j'ai pas vraiment été désirée, mais j'ai été la bienvenue »).

On retrouve aussi dans les deux choix négatifs de Dominique le fantasme d'une pénétration sexuelle sans corps, qui apparaît avec une saillance particulière, dans une contradiction qui n'est qu'apparente : « c'est un sexe fermé, y'a pas la possibilité d'avoir de relation amoureuse donc ça me plaît pas » (planche VI) ; « on dirait qu'on introduit une arme, enfin un objet dans le sexe de la femme, c'est violent comme image » (planche IV). La pénétration doit être possible, mais non-effective, le corps doit être pénétrable, mais non-pénétré, ou seulement sous certaines conditions, celles du compromis que semble réaliser idéalement le vécu xénopathique : la présence « virtuelle » de l'autre en soi, par sa voix, sa pensée, son désir, en lieu et place de son corps.

---

<sup>665</sup> La passation du test de Rorschach se termine par la présentation au patient de l'ensemble des planches ; il lui est demandé de choisir les deux qu'il a préférées (choix positifs), puis les deux qu'il a le moins aimées (choix négatifs), et il est invité à motiver ses choix.

## La lutte contre l'effondrement identitaire

La différenciation dedans-dehors est régulièrement déniée, dans des représentations aberrantes où apparaissent simultanément des parties externes et internes : « la poitrine d'une femme et le soutien-gorge, l'utérus, et les ovaires » (réponse additionnelle à la planche VII, où l'on peut faire l'hypothèse d'un télescopage de la réponse « utérus » de la passation spontanée avec une représentation d'une partie externe du corps humain, Hd) ; « les ovaires, les seins, le buste » (enquête à la planche VIII). De telles transgressions trahissent la grande vulnérabilité de l'identité, de l'intégrité du corps vécu, chez Dominique. Comment s'articulent l'« obnubilation » pour la contenance génitale et la menace de perte des limites du moi ? Nous pouvons ici mentionner les trois réponses « bustier », « corset » et « carapace » à la planche III : elles correspondent à des représentations enveloppantes qui évoquent plus un carcan qu'une étoffe. On peut penser qu'elles peuvent traduire la lutte des processus de pensée pour délimiter une cavité, à une planche où la lacune intramaculaire s'évase dans sa partie supérieure, et se laisse par là-même moins bien *refermer*. On devine ici l'absolue nécessité pour la patiente de pouvoir ramener tout percept à une dialectique du contenant et du contenu, et les enjeux identitaires d'une telle lutte : on peut s'interroger sur la fonction anti-schizoïde d'une telle *dialectisation*.

On a repéré un surinvestissement, non pas de la lacune en tant que telle, mais de sa délimitation ; celle-ci joue le rôle d'une surface de contact et d'échange, sur laquelle s'étaye la différenciation première, non pas *simplement* entre un dedans et un dehors (le fameux *Moi-peau*), mais, dans ce cas particulier, entre un dedans-contenant et un dehors-contenu, celui-là se caractérisant par sa capacité ou non à être pénétré par celui-ci, à accueillir l'autre en soi (ouvert/fermé, plein/vide, développé/non-développé) : si l'on filait la métaphore de Didier Anzieu, on parlerait volontiers du *Moi-endomètre* dans la psychose hystérique. Le corps (et par étayage le moi) est vécu comme une cavité susceptible de contenir l'autre en soi. On peut supposer qu'un tel vécu procède d'une identification à la cavité utéro-vaginale maternelle qui accueille l'autre en soi (le père, le bébé, etc.<sup>666</sup>). Il nous semble possible, une nouvelle fois, de comprendre cette identification comme une défense anti-schizoïde, c'est-à-dire qui protège le moi face à la menace de désintégration, au prix cependant d'une dépendance vitale à l'objet primaire, dont il constitue dès lors une partie : le sujet se confond avec la fonction *vaginale* de

---

<sup>666</sup> Ici comme chez Schreber, le ressort de l'identification à la mère ne repose pas sur l'objet du désir *vaginal* (l'objet pénétrant), mais sur son but : *être pénétré(e) comme le fut l'objet primaire*.



son objet primaire. On peut voir dans cette identification à la cavité féminine/maternelle le pendant du phallique narcissique : s'identifier au vagin/pénis, moins pour séduire ses objets (l'identification de Dora aux maux de sa cousine<sup>667</sup>), que pour tenter de se prémunir contre les discontinuités du sentiment d'exister.

Nous allons voir maintenant, à partir de l'analyse de deux autres cas cliniques, que la fonction jouée par une telle identification permet de repérer deux types différenciés de traitement psychotique de la problématique hystérique.

## **2.4.6. Carole et Florence : psychose hystérique *versus* hystérie psychotique**

### 2.4.6.1. Carole : l'organisation hystérique comme défense anti-schizoïde

Carole est une jeune femme de 25 ans, hospitalisée dans un service de psychiatrie suite à une alcoolisation massive associée à une symptomatologie psychotique, dans un contexte de marginalité. La patiente a plusieurs antécédents d'hospitalisation en psychiatrie depuis quatre ans. Nous la rencontrons à la demande de l'équipe médicale pour une évaluation du fonctionnement psychique, dans un contexte de grande indétermination quant à sa structure : des diagnostics de tous ordres ont été posés depuis qu'elle est suivie en psychiatrie, de la « névrose hystérique » à la « schizophrénie désorganisée », en passant par les troubles de la personnalité « borderline » et « schizotypique ». Nous la recevrons à un rythme hebdomadaire pendant toute la durée de son hospitalisation, soit un peu plus de trois mois, et perdrons tout lien avec elle dès sa sortie de l'hôpital, la malade n'ayant jamais honoré ses rendez-vous avec nous en consultation ambulatoire.

Carole est originaire d'une autre région, mais elle est venue vivre chez sa grand-mère paternelle. Cette femme, on va le voir, joua un rôle central dans les préoccupations délirantes de la malade. Son père n'a plus de contact avec cette grand-mère (sa mère à lui), mais la patiente ignore pourquoi.

---

<sup>667</sup> Freud S., 1905a, *op. cit.*

La présentation de Carole est soignée, on note même une certaine coquetterie. En revanche, le contact est rendu difficile par de nombreux troubles du cours de la pensée : diffusions, imprécisions, tangentialité, hermétisme, associations courtes, coq à l'âne, logique arbitraire. On s'interroge : s'agit-il d'un syndrome dissociatif, ou d'une fuite des idées relevant d'un état maniaque ?

Le discours de la malade est centré sur un vécu d'influence, associé à un grand automatisme mental : principalement un écho de la pensée, une diffusion de la pensée<sup>668</sup>, mais également des pensées, des actes et des sensations imposées. Elle ressent une occupation étrangère en elle : des « bulles de force » passent à travers ses bras ; lorsqu'elle parle, c'est une force étrangère qui parle à travers elle ; elle en a « plein la tête » de cette chose qui est entrée en elle. On note aussi des idées de persécution, souvent teintées de sexualité. Mais globalement, la construction délirante est pauvre et mal systématisée. Enfin, notons que cette symptomatologie psychotique s'accompagne d'une angoisse parfois très intense, et de fluctuations thymiques sur les deux versants dépressif et hypomaniaque, relativement congruentes à la réalité de la situation de la malade.

L'association de troubles du cours de la pensée à une idéation délirante mal systématisée, est évidemment évocatrice d'une schizophrénie. Cependant, contrastant avec cette sémiologie des plus alarmantes, demeure une relative syntonie chez une patiente qui, même dans les grandes dérivations hermétiques de sa pensée, ne semble jamais rompre tout à fait le lien affectif, le *contact vital*<sup>669</sup>, avec le monde, la réalité, l'autre.

Le transfert sur le psychologue est essentiellement positif, souvent marqué par la séduction. Elle avoue attendre des rapports avec lui une relation privilégiée, et aimerait pour cela le rencontrer « tous les jours si c'était possible ». Lors d'un entretien, elle voudrait que l'on ferme les rideaux et que l'on allume la lumière (ainsi qu'il en était lors de la séance précédente), car elle a trouvé cela plus « intime et chaleureux ». Lorsque nous lui annonçons notre départ prochain en congés, elle le regrette : « vous êtes quelqu'un de réconfortant », etc. Elle souhaiterait continuer à nous voir après sa sortie, au centre médico-psychologique du secteur (où, on l'a dit, elle n'honorera aucun de ses rendez-vous). Par ailleurs, Carole semble

---

<sup>668</sup> Carole a le sentiment que sa pensée se diffuse dans l'espace jusqu'à une distance qu'elle peut estimer : elle parle à ce sujet de son « kilométrage » !

<sup>669</sup> Selon l'expression d'Eugène Minkowski (1927, *op. cit.*).

chercher à faire plaisir au psychologue, en reprenant régulièrement à son compte les remarques et interprétations de celui-ci, ou en soulignant volontiers le bénéfice qu'elle trouve à la psychothérapie. Conjointement à cette modalité transférentielle, apparaissent transitoirement chez la patiente des mouvements persécutifs (réactionnels à ce transfert ?) : la présence des hommes auprès d'elle, et notamment celle du psychologue, est source d'angoisse (ce qui l'amènera même un jour à quitter précipitamment le bureau) ; elle est parfois gênée par notre regard, dans lequel elle croit lire du désir<sup>670</sup>.

La décompensation est située très précisément par la patiente, cinq ans plus tôt, lors d'une nuit qu'elle est capable de dater. Elle se trouvait alors dans une voiture avec un homme rencontré quelques semaines auparavant, un photographe pour qui elle posait, et qui aurait fait d'elle une « péripatéticienne » (sic). Plus tard, elle se corrigera : il ne voulait pas la prostituer, mais la « posséder ». Elle aurait eu avec lui une relation sexuelle qu'elle présente comme tarifée, puis comme non-consentie (elle parle d'un « viol »). Puis elle dira qu'il lui a seulement fait des avances, qu'il lui a demandé une fellation, et qu'elle a refusé. Quelque chose est alors « entré en [elle] », elle s'est sentie « possédée ». Elle dit que depuis lors, « tout se condense dans [sa] gorge », et qu'elle ressent un « mauvais goût » ; lorsqu'elle fréquentait cet homme, elle avait d'ailleurs beaucoup de mal à manger : tout se passe comme si elle faisait réellement une fellation, comme si l'espace de sa bouche était effectivement occupé. Elle compare la chose qui l'a pénétrée au « zizi » (sic) du photographe.

Ainsi, il semble que l'émergence du syndrome d'influence coïncide avec le rejet d'un désir sexuel féminin de pénétration passive, un désir vaginal. La malade évoque très explicitement cette cooccurrence, lorsqu'elle fait le récit de son effondrement psychique : « j'ai refusé de coucher avec lui, et quelque chose est entré en moi, par derrière, par la nuque, j'ai essayé de vomir mais je n'ai pas réussi ». Il apparaît difficile de ne pas voir dans ce syndrome d'influence un équivalent coïtal, tant il est vrai que le délire de Carole se rapproche, formellement et chronologiquement, du coït refusé.

---

<sup>670</sup> Nous avons déjà rencontré une telle modalité transférentielle organisée autour de la projection du désir dans la psychose hystérique, chez la patiente de Frédéric Davion (voir 2.2.1.1.) ; l'auteur, on l'a vu, avait refusé, précisément, de voir dans le délire érotomaniaque puis persécutif de sa patiente une forme projetée, donc renversée, du désir de la malade pour lui.

Carole entend sans cesse prononcé le mot « arabe ». Il s'agit d'une manifestation atypique, qui peut prendre alternativement la forme d'une hallucination accoustico-verbale, d'une hallucination psychique (pensée imposée), d'une illusion, ou encore d'une pensée obsédante. Certains bruits (tels que le souffle du climatiseur) lui évoquent la sonorité du mot « arabe ». Parfois, elle entend le mot prononcé pendant les entretiens : « dès qu'on arrête de parler », les voix disent « c'est les arabes ! c'est les arabes ! », ou encore elle est contrainte de penser « elle aime pas les arabes ! elle aime pas les arabes ! ». Elle a alors très peur qu'on ne devine ses pensées, et qu'on ne lui prête des idées racistes. Elle décrit ce mot comme une condensation de deux onomatopées : le « aaaahhh » de la jouissance du photographe qui éjacule dans sa bouche, et le « beuhhh » de son dégoût à elle, dans la même situation. Le mot « arabe » semble ainsi être investi comme symbole de la fellation. Il lui arrive d'ailleurs d'avoir l'impression que l'on se masturbe dans sa gorge, mais c'est « spirituel » dit-elle (incorporel, dirions-nous).

Elle évoque un jour un secret de famille, qui met en évidence la surdétermination de l'investissement du mot « arabe » chez Carole. Elle raconte qu'au cours de la guerre d'Algérie, sa famille paternelle (des français d'Algérie qui seront rapatriés en 1962) a subi une attaque par des algériens qui ont tiré sur la voiture familiale : son oncle paternel y a trouvé la mort. Elle sait que quelqu'un d'autre de sa famille paternelle s'est fait assassiner pendant la guerre d'Algérie, mais ignore de qui il s'agit : « c'est un peu tabou ! ». Je lui indique le lien avec le mot « arabe » si envahissant dans sa symptomatologie : elle est surprise, et témoigne d'un profond soulagement. Elle dit se sentir plus « légère » suite à cette interprétation. Je l'invite à demander à ses proches de lui en dire plus, ce qu'elle fera lors d'une permission chez sa grand-mère paternelle. Elle apprend que les parents de celle-ci ont été fusillés à la fin de la guerre d'Algérie ; cette révélation a pour effet, me dit-elle, de faire disparaître (transitoirement) ses voix<sup>671</sup>.

Carole utilise de façon itérative et paralogique le terme de « support » : elle a la sensation d'avoir en elle des choses qui ne lui appartiennent pas, dont elle est le « support » (par exemple, de l'agressivité). Sa grand-mère paternelle la persécute : elle a fait d'elle un « support sexuel ». Carole a aussi le sentiment d'être dépositaire de la haine de sa grand-mère. Elle dit être un « support » pour les « suppôts ». Nous verrons qu'au-delà du jeu phonique, ce

---

<sup>671</sup> Ces indications, disons-le à nouveau, doivent être entendues avec prudence, compte-tenu de l'appétence de la malade à souligner les bienfaits des interventions du psychologue.

couple s'est dialectisé chez Carole d'une façon qui nous intéresse tout particulièrement : Carole prête aussi au terme de « suppôt » une signification singulière. Je lui indique une autre homophonie, entre suppôt et suppo(sitoire). Elle associe à nouveau sur sa grand-mère paternelle, qui lui a un jour donné un « suppo » contre son gré. Elle pense que sa grand-mère a fait de son mari un « support sexuel », et que ce mari est devenu un « suppôt » à son tour, qui fait de la malade un « support », etc. Bref, l'opposition support/suppôt semble équivaloir chez Carole à l'opposition contenant/contenu, substitut régressif du couple vagin/pénis.

Au cours des entretiens, nous proposons à la malade de la pâte à modeler, de couleur marron. La première fois, elle accepte d'abord volontiers, saisit la pâte, la pétrit quelques secondes, avant de s'arrêter : « je ne peux pas, j'ai l'impression de manipuler de la merde ! », dit-elle en souriant. La semaine suivante, je la lui propose une nouvelle fois : elle modèle grossièrement une forme massive, comme un petit être trapu, sans membre (uniquement un tronc et une tête) : « voilà, c'est ça un suppôt ». Elle explique que c'est comme une « boule de nerf » qui entre dans un « support » à l'insu de celui-ci<sup>672</sup>.

Lors de l'entretien suivant, Carole se saisit spontanément du pot dans lequel est conservée la boule de pâte à modeler, sur le bureau. Elle l'ouvre, tente d'en sortir la pâte en vain, et le referme aussitôt (la pâte avait séché au fond du pot). Par la suite, nous changerons la pâte pour la remplacer par une boule plus fraîche. Une semaine après, elle ouvre à nouveau le pot, d'elle-même, et constate que la pâte a changé ; elle referme le pot et sourit : « je suis vexée ! ». Elle avoue être troublée à l'idée que quelqu'un d'autre ait pu utiliser la pâte à modeler. Nous y entendons la jalousie d'une femme trompée : le psychologue a offert à un(e) autre ce cadeau (dont Carole avait souligné la dimension fécale), en son absence. Puis Carole ajoute qu'elle vit cela comme un « viol » (sic), même si elle reconnaît que c'est excessif. Je lui rappelle qu'elle avait comparé la pâte à de la « merde » : le pot de « merde » est-il son anus, qu'un autre a pénétré ? Elle dit qu'elle a parfois l'impression qu'on lui met un doigt dans l'anus. Puis elle évoque l'époque où sa mère était *enceinte d'elle* : ses parents vivaient en Afrique, sa mère a mangé de la viande « trop saignante » et a attrapé le ver solitaire ; elle a du

---

<sup>672</sup> La « boule de nerf » de Carole rappelle la description par Schreber de son vécu délirant, de la pénétration par des « nerfs » et par des âmes qu'il compare à une « boule » : « j'ai passagèrement eu dans le corps, l'âme, et toute l'âme vraisemblablement, du professeur Flechsig. C'était une boule assez volumineuse ou une pelote que je comparerais au mieux avec son volume équivalent d'ouate ou de fils d'araignée, et qui avait été catapultée dans mon ventre par un miracle, sans doute en vue de l'y faire aller à sa perte. [...] je garde tout spécialement le souvenir très net du mauvais goût et de la mauvaise odeur que ces âmes impures laissent à celui dont elles envahissent le corps en y pénétrant par la bouche. » (1903, *op. cit.*, p. 80).

rentrer en France avec le père pour prendre un médicament. On ne peut s'empêcher de voir ici à l'œuvre la théorie infantile de l'enfantement, selon laquelle « on met l'enfant au monde quand on a mangé quelque chose de spécial (ainsi que dans les contes de fées) et les enfants naissent par l'intestin, comme lorsqu'on va à la selle »<sup>673</sup>. Sauf qu'ici, le fœtus de Carole est fantasmé par elle comme un parasite, nuisible, à éjecter (comme on avorte). Notons que le père n'est pas absent de cette scène (primitive ?), qui *s'envoie en l'air* (prend l'avion) avec la mère afin que celle-ci puisse accoucher de son ténia<sup>674</sup>.

Qu'est-ce que Carole nous apprend des défaillances de son analité ? Elle ajoute qu'elle se sent « bloquée du sexe jusqu'à la bouche » (à l'instar des anorexiques ?) : si l'on conçoit qu'un tel « blocage » est l'expression d'une analité, on voit qu'ici, elle opère sur les orifices oral et génital, fournissant à Carole une protection contre toute forme de pénétration.

Un autre jour, elle modèle une forme humaine : « c'est une dame, vous avez vu les yeux ? ». Pourquoi insiste-t-elle sur les yeux ? Parce qu'on lui a dit un jour qu'elle avait des « yeux de coquine ». Qui ? Un oncle par alliance, mais elle refuse d'en dire plus, si ce n'est qu'à cause de cela, elle s'est fâchée avec ses cousines. Son oncle aurait-il eu du désir pour elle ? Oui, mais elle est gênée, et refuse d'en parler.

Plus tard dans la séance, elle reprend la pâte et modèle une forme allongée : il s'agit d'une « voiture », puis de « deux zizis » (un à chaque extrémité de la forme), puis d'un « utérus avec les ovaires ». Elle évoque alors sa grand-mère paternelle, qu'elle appelle parfois « Maman » lorsqu'elle en parle à sa mère au téléphone (!). D'ailleurs, les deux femmes sont en conflit depuis toujours. A la naissance de Carole, la grand-mère est arrivée en furie à la maternité, et a arraché le bébé des bras de sa belle-fille. Elle lui a dit des choses à l'oreille, sûrement des incantations. Cette grand-mère jalousait-elle cette femme d'avoir fait ce qu'elle aurait voulu faire elle, c'est-à-dire un enfant à son fils ? Puis Carole associe sur les « deux zizis » qu'elle a modelés : elle aimerait parfois avoir un pénis pour pénétrer de « jolies femmes ». Elle repense au photographe : elle aimerait le punir, mais n'ose pas dire comment ; puis elle avoue nourrir le fantasme de le rendre « eunuque », et associe par assonance : « d'ailleurs, j'ai l'impression

---

<sup>673</sup> Freud S. (1905b) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard ; 1962, pp. 92-93.

<sup>674</sup> Carole fera une autre référence à ses origines, à travers un dessin amené en séance. Elle a représenté plusieurs formes triangulaires : « j'ai l'impression que c'est comme ça qu'était l'univers à sa naissance ». Nous lui livrons nos propres associations relatives à sa naissance à elle, et au triangle dont alors elle est sortie.

qu'il m'a pénétrée par la nuque ». C'est aussi par-là qu'elle s'est sentie pénétrée un matin, avant l'une de nos rencontres : sous la douche, quelque chose lui est entré dans le corps, dans la poitrine, par derrière, par la *nuque*, par le dos. A quoi pensait-elle alors ? A un chagrin d'amour.

### **Apports du test de Rorschach (voir Annexe II)**

Nous proposons à Carole un test de Rorschach, qu'elle accepte volontiers. Elle se souvient l'avoir déjà passé l'été dernier, dans un autre hôpital psychiatrique. Au cours de la passation, elle est parasitée plusieurs fois par des hallucinations, et exprime sa gêne : « j'entends les voix ! ». Elles lui parlent, ou répètent ce qu'elle dit en écho.

Elle investit fortement le matériel du test, et passe beaucoup de temps sur chaque planche, donnant un nombre très important de réponses, si bien que nous devons souvent l'interrompre dans ses digressions.

La cotation est rendue impossible par le peu d'information fourni à l'enquête (la patiente semble avoir oublié ses réponses, ou répond à nos questions par de nouvelles réponses digressives), mais aussi par le fait que la plupart des réponses sont abstraites : « une séquestration, aucune issue, affronter ses peurs » (planche II), « la haine, la colère, des mots et des images » (planche VII), « une épreuve, la marche » (planche VIII). Parfois même, le contenu de ses réponses est totalement hermétique : « un point de respiration » (planche I), « un semblant de voyance » (planche II), « une métaphore de ralentissement » (planche IV) ; « un support de cri pour des gens qui ont envie de faire l'amour librement » (planche VII). Certaines réponses, en totale rupture avec le matériel, semblent témoigner seulement du vécu immédiat de la patiente : « un manque d'imagination » (planche V) ; « parler pour se vider l'esprit » (planche VII). Ainsi, la plupart des productions de pensée de la malade apparaissent exclues d'une réalité socialisée, partageable.

La patiente semble à plusieurs reprises en mesure de proposer une réponse de bonne qualité formelle, mais diverge rapidement pour aboutir à des contenus abstraits. Par exemple, à la planche II, elle semble percevoir la banalité (la représentation humaine relationnelle attendue à cette planche), mais s'en éloigne rapidement : « des autochtones qui ramassent de l'eau d'un puits, qui est très bonne mais qui est souillée par les mains qui la tiennent ; des sacs qui

renferment ce qu'on peut imaginer, donc de l'eau par exemple ; des affrontements, le chacun pour soi, la bipolarité, l'ambiguïté sexuelle » ; ou encore planche VI, à partir de la représentation animale du « cobra » : « la tentation c'est le serpent, la sexualité, l'astrologie, la voyance, les rêves, l'onirisme ». Mais dans ces digressions qui tendent vers l'abstraction, le fil associatif est toujours maintenu : il s'agit donc moins d'un discours dissocié, en « coq à l'âne », que d'une fuite des idées évocatrice d'une tachypsychie.

On retrouve dans le protocole de Rorschach l'utilisation erronée et hermétique des mots « support » et « suppôt », déjà évoquée : « un support, c'est faire aux autres ce qu'on ne veut pas vivre, comme le roi et les serviteurs » ; « il y a supports et suppôts ; c'est ce que je ressens dans ma tête, un suppôt ; j'ai l'impression d'être un support de suppôt ». Elle associe le mot « suppôt » à la représentation du diable (planche I), et compare un « support » à un « bouc-émissaire » : ces deux termes traduisent-ils les deux pôles de la relation sado-masochiste (cela ne serait pas démenti par la référence au « roi », et aux « serviteurs » qui y sont soumis) ? La réponse « pincettes » revient aussi de façon stéréotypée à la plupart des planches. Elle reconnaît d'ailleurs en voir « sur toutes les images ». Je l'interroge sur ce terme : « comme prendre quelqu'un avec des pincettes, comme une pince à épiler, c'est ça que je veux dire ».

La plupart des représentations humaines ou animales sont abîmées : « un visage écrasé » (planche I), « les ovaires, comme si ils avaient été rongés par la cigarette » (planche II) ; « des becs de lièvres » (planche III), « des poitrines transpercées » (planche III), « des corps immolés » (planche III), « une tête coupée » (planche IV), « un cobra qui n'a plus de mâchoire » (planche VI), « des bouches édentées » (planche VII), « des visages distordus » (planche VII), etc. La vulnérabilité identitaire est donc patente. Pour autant, il faut noter qu'aucune transgression intérieur/extérieur, dedans/dehors, caractéristique du processus dissociatif tel qu'il peut se traduire en début d'évolution d'une schizophrénie, n'est jamais relevée.

La patiente exprime à deux reprises une préoccupation pour la concavité du corps féminin, sa capacité à recevoir ou non l'autre en soi. A la planche II, elle voit « la totale pour une femme », c'est-à-dire « un utérus purifié, et comme une clé ici, une barrière à ne pas franchir ». De la même façon, à la planche IX, elle propose une réponse qui renvoie à la question de l'ouverture/fermeture du corps : « des râteaux sexuels, [...] ça veut dire "t'as pas le droit", comme une ceinture, une fermeture, quelque chose qui n'a pas accès à l'autre côté »



(planche IX). Ces réponses semblent plaider en faveur du maintien d'une différenciation dedans-dehors, moi-autrui, à la faveur d'un investissement particulier du corps, vécu comme un contenant susceptible d'accueillir l'autre en soi. D'ailleurs, l'utilisation du terme « support » semble pouvoir être rattachée à cette configuration défensive : le « support », c'est le réceptacle sur lequel (*dans* lequel ?) les autres projettent des morceaux d'eux dont ils se débarrassent. On a fait d'elle un tel « support ».

D'une façon générale, les préoccupations sexuelles et identificatoires semblent être surinvesties dans une visée anti-schizoïde. On relève ainsi de nombreuses réponses associées à des attributs sexuels, masculins et féminins, plus ou moins crûs, plus ou moins symbolisés, comme par exemple les « talons hauts » (planche III), les « poitrines transpercées » (planche III), les « cornes en forme de pénis » (planche V), les « serpents » (planche VI et IX), les « bouches édentées » (planche VII), le « vagin » (planche VII), etc. D'ailleurs, on constate que le symbolisme sexuel associé à certaines planches semble être perçu et traité par la patiente. En bref, l'accès à une problématique identificatoire, sexuelle, ne semble pas totalement entravé par le processus psychotique, même s'il est fortement subverti par lui.

Le protocole met en évidence la massivité de l'investissement objectal par étayage, dans la lutte contre l'effondrement psychique : « ça s'accroche, pour ne pas être enseveli par une sorte de marécage » (planche I) ; « des autochtones qui ramassent de l'eau d'un puits » (planche III) ; « un cordon ombilical, qui n'a pas été coupé » (planche VIII) ; « un élastique très solide, comme... plus une question de support, mais une question de soutien » (planche VIII) ; « la tête d'une femme, une tête avec des cheveux et un corps qui supporte quelque chose sur ses deux épaules » (planche X).

Cependant, on relève aussi des modalités relationnelles plus archaïques, bien que de façon marginale dans le protocole. Par exemple, les deux évocations de la « séquestration » (planches II et VI) peuvent faire penser au mécanisme d'identification projective : la projection dans l'autre des parties mauvaises du moi, pour le contrôler ou le détruire, suscite une angoisse d'enfermement. Citons aussi une référence à un fantasme de dévoration : « une mante-religieuse, malheureuse d'avoir mangé la tête d'un homme » (planche II). Enfin, Carole exprime à plusieurs reprises une angoisse associée à l'évocation du mauvais objet, aux planches noires : « un monstre, le diable » (planche I), « des crocs ou des yeux qu'ont été distordus par la méchanceté des gens qu'ont toujours besoin de se faire un support. Quelque

chose de très en colère mais qui dit rien » (planche I), « un suppôt monstrueux » (planche IV), « une expansion du mal » (planche V).

En conclusion, il apparaît que l'organisation psychotique du fonctionnement psychique de la malade ne fait aucun doute. Cependant, le caractère schizophrénique de la problématique reste à déterminer, et l'on ne peut écarter la possibilité d'une évolution moins défavorable du processus psychopathologique, vers une structuration non-schizophrénique : en effet, la patiente témoigne d'une capacité à recourir à des défenses anti-schizoïdes efficaces, comme en témoigne l'absence de marqueur spécifique d'une dissociation franche dans le protocole (pas de transgression dedans-dehors). De ce point de vue, la relation anaclitique (étayage) et l'investissement narcissique de la différence des sexes (notamment le corps concave de la femme) apparaissent salvateurs. On peut ici évoquer l'hypothèse d'une identification narcissique au corps-vagin maternel dans une visée anti-schizoïde : la psychose hystérique de Carole lui fournit un mode de défense (plus ou moins efficace) contre l'effondrement schizophrénique.

#### 2.4.6.2. Florence : l'exportation de la problématique hystérique dans le champ psychotique

Nous recevons Florence, 30 ans, une semaine après son admission à l'hôpital. Elle travaille comme vendeuse, et vit avec un homme, et leur fils âgé de deux ans. Elle présente des manifestations d'allure psychotique : elle tient des propos délirants, au sujet d'animaux qui prennent possession d'elle, de son comportement ; elle fait des bruits d'animaux, se prend pour une lionne, un chat, etc.<sup>675</sup> Elle ne présente aucun signe dissociatif. La malade a déjà été hospitalisée dans un contexte comparable, sept ans plus tôt.

Florence est de très bon contact : elle est aimable, prompte à l'échange, sa présentation est soignée, coquette, adaptée. Elle a un bon niveau intellectuel, et s'exprime avec beaucoup d'aisance. Elle est issue d'une famille de la grande bourgeoisie, ce que trahissent son élocution comme ses postures, particulièrement distinguées.

---

<sup>675</sup> Henri Ey évoque les cas de zoanthropie fréquents dans les syndromes délirants de la psychose hystérique (1948-1949, *op. cit.*, p. 28).

Elle expose dans un premier temps un discours convenu et plaqué, normatif, très critique vis à vis de ses préoccupations morbides : « j'ai déliré, c'est mon cerveau, mon imagination qui m'a joué des tours, maintenant je sais que tout cela est faux ». Pourtant, la suite de l'entretien met en évidence la persistance d'une conviction délirante intacte, dans un discours mêlant reconnaissance des troubles, recul rationnel sur le processus délirant, capacité d'introspection en grande partie préservée (« Je sais que c'est ma maladie, comment arrêter ce délire ? Faut-il augmenter mes médicaments ? etc. ») et préoccupations délirantes (« Je suis l'élue, le diable est entré dans ma chambre, il a tenté de m'étrangler, je vois des signes partout, les forces du mal me rappellent qu'elles sont là, elles cherchent à entrer en moi, etc. »), sans que l'un et l'autre de ces courants ne semblent se rencontrer ni s'influencer.

Le délire est riche, et associé à une exaltation de l'humeur. Le mécanisme est principalement imaginatif, hallucinatoire, et dans une moindre mesure interprétatif. On note un automatisme mental : on lui impose et on lui vole des pensées, ce qui se traduit notamment par des pseudo-barrages (elle perd le fil de son discours, mais s'en rend compte). Lors d'une séance par exemple, elle s'arrête au milieu d'une phrase, reste muette quelques secondes, dans une attitude d'écoute, puis reprend, comme pour elle-même : « Merci, j'avais bien besoin de ça... » ; je l'interroge sur ce qui vient de se passer : « Ils me mettent à l'épreuve là-haut, en m'enlevant des pensées ». La malade évoque une thématique délirante messianique : elle est l'« élue », celle qui a été choisie par le « ciel » pour faire le lien entre les défunts et les vivants. Le délire est construit autour d'un syndrome d'influence : des « âmes » entrent en elle, prennent possession d'elle, influencent ses comportements. C'est notamment le cas de sa mère, décédée d'un cancer alors que la malade était adolescente : elle vit en elle, partage son corps, et maintient ainsi un lien avec elle<sup>676</sup>. Florence évoque aussi des idées de référence, à mécanisme interprétatif : elle voit sans cesse des « signes » (par exemple, la télévision lui envoie des messages, les lumières s'allument sur son passage dans le couloir, les journaux, la télévision, les chansons à la radio parlent d'elle, etc.), auxquels elle prête un sens (qui d'ailleurs la déborde : elle aimerait ne plus prêter ainsi un sens à tout). On note aussi des préoccupations romanesques : elle attend de retrouver son « premier amour » (qui porte le même prénom que le frère aîné de la malade, décédé deux ans avant sa naissance).

---

<sup>676</sup> Précédemment (voir 1.5.), nous faisons l'hypothèse que la *vaginalité* plonge ses racines dans l'*Hilflösigkeit*, l'état d'angoisse paroxystique associé à la dépendance initiale totale à l'objet primaire, en vertu du principe selon lequel on cherche à accueillir en soi celui dont on veut s'épargner la perte.

L'élément saillant de la rencontre se résume en une inadéquation entre la lourdeur de la symptomatologie, et la qualité du contact. Si l'on en croit notre ressenti immédiat au contact de la malade (on pense ici aux nombreux travaux de la psychopathologie phénoménologique, notamment à Eugène Minkowski, qui prône le recours à « nos propres réactions en présence du malade en tant que moyen d'investigation des troubles mentaux »<sup>677</sup>), nulle trace d'un contre-transfert caractéristique de la rencontre avec la psychose. Disons-le simplement : Florence n'a ni l'air ni le contact d'une psychotique ; on dirait plutôt une *hystérique* (au sens le plus trivial du terme), qui joue à la folle entre les murs de l'asile. Son délire a quelque chose de factice, on n'y croit pas, et l'on a plutôt envie de rire (ou de se fâcher), lorsqu'à quatre pattes au milieu du réfectoire, Florence miaule ou rugit comme le félin pour lequel elle assure se prendre. Alors, nous repensons à Jean-Claude Maleval, et à sa notion de « délire hystérique », sous-entendu « faussement psychotique », et l'on se dit que Florence a quelque chose de Maria : aurions-nous balayé un peu vite les thèses de l'auteur, qui défend l'hypothèse d'un pseudo-délire, un délirium, surgissant sur une « structure hystérique », *donc* névrotique ?<sup>678</sup>

Après deux rencontres, marquées par la présence silencieuse à nos côtés d'une étudiante, nous recevons Florence seul. La patiente trouve le regard du psychologue changé : est-il possédé par les forces du mal ? Nous lui proposons de la pâte à modeler : elle trouve (elle aussi !) que cela ressemble à du « caca » ; elle veut nous modeler un cœur, mais a peur que nous croyions qu'elle est amoureuse de nous ; elle modèle finalement un « cendrier » (un contenant pour des cendres, celles de sa mère, ainsi qu'elle vit son corps ?<sup>679</sup>). Nous lui apportons un verre d'eau à sa demande, mais elle n'ose le boire : elle craint que cette eau soit le mal, qui va entrer en elle si elle l'avale. L'ensemble des préoccupations est tourné vers l'affrontement du bien et du mal, dialectisé autour d'un rapport dedans-dehors, emblématique d'une relation d'objet orale.

Lors de notre quatrième rencontre, Florence n'a de cesse de répéter qu'elle délire, qu'elle est folle, que c'est sa maladie, qu'il faut qu'elle se « calme », que cela va trop loin. Elle se demande si les gens autour d'elle, notamment les soignants (et le psychologue en particulier)

---

<sup>677</sup> Minkowski E., 1933, *op. cit.*, p. 163.

<sup>678</sup> Voir 2.2.1.2.

<sup>679</sup> Plus simplement, il semble que le modelage du cendrier, par sa banalité, sa facilité, le peu de recherche et de travail qu'il implique, ne soit souvent que le témoin du faible investissement du patient dans la tâche à laquelle on l'invite : il peut traduire un négativisme, une pauvreté fantasmatique, ou encore une forme déguisée d'agressivité adressée au clinicien.

sont eux-mêmes, ou s'ils sont des acteurs. Elle a l'impression de vivre comme dans le film *The Truman Show*, d'être placée au milieu d'un monde artificiel, où chacun joue un rôle destiné à la tromper, à la maintenir dans l'illusion. Elle demande à nouveau un verre d'eau, qu'elle boit sans crainte ce jour, mais qu'elle finit par renverser sur le bureau<sup>680</sup>. Notre regard la dérange : il lui semble que nous la scrutons.

Elle a plusieurs personnages en elle : Emilie Jolie, Nala (la jeune lionne du dessin animé *Le roi lion*), mais également une « obsédée du cul »<sup>681</sup> qui la pousse vers des hommes, mais dont elle refuse de parler ; elle voudrait seulement que cela cesse. La rencontre duelle avec le psychologue (après le départ du tiers féminin qu'a pu représenter l'étudiante) attise-t-elle un désir sexuel inassumable, inassimilable, éjecté, et vécu comme une entité étrangère qui prend possession d'elle (et réalise du même coup, sans corps, ni angoisse, ni culpabilité, la pénétration désirée/redoutée) ? Rappelons-nous que de Clérambault notait que dans la psychose hallucinatoire chronique, la « Personnalité Seconde » est souvent « hypersexuelle », et même « constamment et intensément, chez les femmes »<sup>682</sup>. Les différents personnages qui habitent notre malade mettent ainsi en évidence le clivage du sexuel chez elle : l'« obsédée du cul » d'un côté, la petite fille innocemment amoureuse de l'autre<sup>683</sup>.

### **Apports du test de Rorschach (voir Annexe III)**

Au Rorschach, le discours est logorrhéique, et souvent hermétique. La malade semble le plus souvent partir de représentations de bonne qualité formelle, pour dérouler ensuite, par diffluence, un discours centré sur les préoccupations délirantes : les forces du bien contre les forces du mal, son rôle d'« élue » pour sauver les espèces animales, etc. En d'autres termes, les processus de pensée, l'adaptation à la réalité, ne sont pas aussi attaqués que pourrait le laisser penser la seule lecture du protocole, comme en témoignent un F% (65%) et un F+% (67%) dans la norme.

---

<sup>680</sup> La pertinence d'une telle réponse à la demande de la patiente se discute. Soucieux de la sécheresse buccale de notre malade (si fréquente chez les patients soumis à un traitement antipsychotique), nous avons pris le parti de répondre à cette demande, et nous nous en sommes sorti avec une interprétation portant sur l'ambivalence (elle refuse de boire le premier verre, et renverse le second) de notre malade à être nourrie/pénétrée par le psychologue.

<sup>681</sup> De la même façon, on se souvient des termes employés par Robert (voir 1.5.6.), qui parlait de « la salope, la cochonne » en lui. Cependant, Robert dit l'avoir « créée » : le désir vaginal n'a pas, comme chez Florence, été dissocié, il ne s'est pas autonomisé ; il est reconnu comme une partie de soi, fût-elle combattue.

<sup>682</sup> Gatien de Clérambault G., 1927, *op. cit.*, p. 55.

<sup>683</sup> Nous avons déjà observé chez Dominique un tel clivage de l'érotique charnel persécutif et du romanesque incorporel voluptueux (voir 2.4.5.)

Les identifications primaires sont indéniablement d'une grande fragilité : le contenu des réponses est souvent irréel (le diable, des âmes, etc.), les réponses anatomiques viscérales mettent en évidence une angoisse corporelle majeure (planche IX : « le corps humain une fois que la maladie s'est installée, les organes ne sont plus aussi beaux »). On note même ponctuellement une confusion dedans-dehors (planche VIII : « Je vois un corps humain, les organes. La cage thoracique, ici les poumons en rose ; c'est pas les nénés ça, les seins ? ») : il s'agit probablement de la réponse la plus pathologique du protocole, qui trahit, de façon heureusement transitoire, la désorganisation massive dont peut faire l'objet l'identité chez la patiente, à une planche pastelle qui, de ce fait, met justement les assises narcissiques à l'épreuve de la régression. Quoi qu'il en soit, une telle vulnérabilité signe le caractère psychotique de l'organisation psychique. La dissociation, cependant, n'est pas assez patente et continue pour évoquer un trouble schizophrénique.

L'analyse des identifications sexuelles se montre ici d'une grande richesse. On a en effet constaté que l'opposition masculin/féminin semble se traduire de façon déguisée par l'opposition entre le mauvais et le bon, les forces du mal et les forces du bien<sup>684</sup> :

- la planche IV dite masculine/paternelle, porteuse d'une sollicitation latente fortement phallique, induit un choc chez la patiente, associé à un vécu de persécution majeur : « Ah ben, alors là ! les forces du mal, dans toute sa splendeur (sic), oh la la... c'est que du négatif [...] une surpuissance, avec une queue, comme les dinosaures, ils balayent tout sur leur passage, avec leur grosses boules et les pics. J'ai l'impression qu'il me voit car on voit bien les yeux. Ça me fait des frissons. Je sais pas si c'est Satan. Si c'est pas lui, c'est un de ses conseillers. » Outre la perte de distance avec le matériel (la fragilité de la conscience d'interpréter est patente), on note ici que l'angoisse de persécution traduit de façon transparente une angoisse sexuelle associée à la pénétration, le détail phallique étant perçu, dans un symbolisme caricatural, comme une arme dévastatrice ;
- au contraire, à la planche VII, féminine/maternelle, en creux, le contenu est idéalisé : « C'est bien, ça ! c'est du positif ! Je vois des animaux [...] il a du y avoir quelque chose avec eux, mais ils sont tellement mignons, ils sont pardonnés » ;
- enfin, les planches III et VI, susceptibles de solliciter la bisexualité psychique, donnent lieu à une indétermination qui se traduit, elle aussi, non en terme sexuels mais manichéens : « Y'a quelque chose qui va pas dedans, parce qu'elle est aussi bien positif que négatif [...] ça c'est

---

<sup>684</sup> On pourrait ici, comme chez Dominique, parler d'un télescopage de l'oral et du génital.

négatif, ça c'est positif. Ils sont peut-être au purgatoire, je ne sais pas. » (Planche III) ; « Ça c'est deux garçons, vous allez me prendre pour une folle, parce qu'il y a les kikis ici [...] ils ont fait de grosses bêtises, ils cherchent à se faire pardonner. » (Planche III) ; « Quelque chose de positif et de négatif ; autant de mal que de bien [...] c'est les forces du bien, qui pourront éventuellement se transformer en forces du mal, c'est tellement positif que ça peut se transformer en négatif » (Planche VI).

On peut penser que, compte-tenu de la vulnérabilité identitaire, la problématique sexuelle recourt au clivage de l'objet pour manifester l'angoisse hystérique : l'opposition féminin/masculin se traduit dans une conflictualité bon/mauvais ; l'angoisse face à l'envahissement par le masculin se manifeste, de façon délirante, dans la crainte que l'espace interne, « bon », ne subisse l'intrusion et la destruction par les « forces du mal ». Cette hypothèse concorde avec les manifestations cliniques : délire d'influence, xénopathie. Nous ferons donc l'hypothèse d'une problématique hystérique, en faveur de laquelle plaident aussi la dimension théâtrale et spectaculaire des troubles, leur grande labilité (notamment celle du délire), et l'érotisation des relations (en particulier avec le clinicien, bien que de façon projective). Cette problématique d'ambivalence à l'égard du désir vaginal s'est déployée sur le terrain prégénital oral.

Si, chez Carole, la psychose semblait avoir trouvé dans la structuration hystérique un recours défensif contre la menace d'effondrement schizoïde, chez Florence, c'est donc plutôt l'organisation hystérique qui s'est *psychotisée*, profitant d'une faille dans les identifications primaires<sup>685</sup>. L'analyse du protocole de Rorschach nous a permis de mettre en évidence une telle vulnérabilité identitaire, et de situer indiscutablement l'organisation psychopathologique de Florence du côté de la psychose, malgré une fausse adaptation de surface, celle-là même sur laquelle s'était appuyé Jean-Claude Maleval pour nier la psychose de sa malade Maria, et tenter de conceptualiser (selon nous, abusivement) une forme névrotique de délire<sup>686</sup>. Nous parlerons donc plus volontiers d'*hystérie psychotique* dans le cas de Florence (et de Maria ?), pour insister sur la primauté de la problématique hystérique.

---

<sup>685</sup> Nous pourrions parler de *complaisance narcissique*, pendant psychique de la « complaisance somatique » décrite par Freud (voir notamment Freud S., 1905a, *op. cit.*, p. 28) en vertu de laquelle une fragilité organique offre à l'excitation une voie de conversion privilégiée. Ici, une vulnérabilité identitaire favorise la résolution du conflit dans le champ psychotique.

<sup>686</sup> Voir 2.2.1.2.

### 3. LA SUGGESTION HYPNOTIQUE COMME INDUCTION EXPERIMENTALE D'UNE PENETRATION PASSIVE

*Le travail au moyen de l'hypnose était fascinant. On éprouvait pour la première fois le sentiment d'avoir surmonté sa propre impuissance*  
Sigmund Freud<sup>687</sup>

---

<sup>687</sup> Freud S. (1925b) *Ma vie et la psychanalyse*. Paris : Gallimard ; 1928, p. 24.



### 3.1. HYPNOSE ET PASSIVITE

L'expressionnisme et la psychanalyse présentent de multiples points de convergence : plongeant leurs racines dans l'Europe germanophone du début du XX<sup>ème</sup> siècle, ils sont tout deux portés par un intérêt nourri pour la subjectivité, la « réalité psychique », le vécu, et ses distorsions morbides. La moindre de ces affinités n'est pas non plus d'avoir été censurés par le régime nazi. Au début des années 1930, alors qu'à Berlin on brûle les livres de Freud et qu'on interdit la « science juive », on dénonce comme « dégénéré<sup>688</sup> » le mouvement artistique en plein essor qui dépeint, en couleurs violentes, en formes tourmentées, en décors distordus, en dysharmonies, en « atonalité », un monde vu de l'intérieur, déformé par l'angoisse et la folie. C'est aussi à cette époque que Fritz Lang réalise *Le Testament du Docteur Mabuse*, dont le scénario a été écrit par son épouse Thea von Harbou. Quelques mois plus tard, ils se séparent : lui, d'origine juive, s'exile en France pour fuir l'Allemagne nazie ; elle qui, dès 1932, avait rejoint le parti hitlérien, reste en Allemagne. *Le Testament du Dr Mabuse* est ainsi le fruit d'une collaboration étrange et paradoxale, où l'on ne sait jamais si les évidentes références au totalitarisme traduisent la volonté de dénonciation du metteur en scène ou l'effort de propagande de la scénariste. Que dire, par exemple, de cette apologie de la pensée de Mabuse, prononcée devant le corps sans vie du psychiatre fou par l'inquiétant Docteur Baum, directeur de l'asile où Mabuse fût interné pendant des années, et où il vient de mourir : l'ambiguïté du propos ne condense-t-elle pas la méfiance et la fascination devant les thèses du Docteur Mabuse ?

Personne ne sait quel cerveau surhumain a cessé de vivre avec Mabuse. Ce cerveau aurait réduit en ruines cette humanité pourrie. Ce monde sans justice, sans bonté, fondé sur l'égoïsme, la vulgarité et la haine. Ce cerveau aurait anéanti une humanité qui ne sait qu'anéantir, que seule la terreur peut encore sauver.

Plus tard, Baum est pénétré par le fantôme du psychiatre fou, alors qu'il lit l'« Empire du crime », le testament que celui-ci a rédigé depuis le fond de sa chambre pendant ses années d'internement. A la lecture du texte, la voix de Mabuse se mêle progressivement à la pensée de Baum :

---

<sup>688</sup> Hitler, qui échoua au concours d'entrée à l'Académie des Beaux Arts successivement en 1907 et 1908, organisa en 1937 à Munich, avec Adolf Ziegler, peintre officiel du Troisième Reich, une exposition consacrée à « l'art dégénéré » : il s'agissait de ridiculiser le renouveau artistique de l'époque. Des œuvres impressionnistes, expressionnistes, fauvistes, cubistes, surréalistes entre autres y furent comparés ironiquement à l'art brut des malades mentaux, afin d'en dénoncer l'imposture et le danger. Mais l'exposition eut tant de succès que Goebbels la fit fermer.

L'âme des hommes doit être remplie d'angoisse par des crimes inexplicables, en apparence absurdes. Des crimes qui ne profitent à personne, qui n'ont qu'un but : répandre la peur et la terreur. Car le but ultime du crime est de préparer l'empire absolu du crime. Un état d'incertitude et d'anarchie fondé sur la destruction des idéaux d'un monde voué à la destruction. Quand les hommes seront dominés par la terreur, rendus fous d'épouvante, que le chaos sera la loi suprême, l'heure de l'empire du crime sera arrivée.

Doit-on y lire une critique des thèses hitlériennes (*Mein Kampf*, écrit lui aussi en détention, avait été publié sept ans plus tôt, en 1925), ou un avertissement, teinté d'idéologie nazie, contre les risques de déchéance d'une culture germanique prétendument décadente ? Toujours est-il que le film sera censuré par Goebbels le 29 mars 1933, avant même sa sortie en Allemagne, deux mois seulement après l'accession d'Hitler au pouvoir.

Le cinéma expressionniste allemand avait pris naissance treize ans plus tôt, en 1920, avec *Le Cabinet du Docteur Caligari* de Robert Wiene (notons, pour l'anecdote, que c'est Fritz Lang qui avait été initialement pressenti pour le réaliser). Il reste dans l'histoire du cinéma comme un précurseur du style, tant son esthétique, et les thèmes qu'il aborde, apparaissent paradigmatiques de ce courant<sup>689</sup>.

Caligari et Mabuse, contemporains fictifs d'Hitler, en sont aussi les doubles. Mais si, avec lui, ils sont l'archétype du mal, ils ne le doivent pas à une surenchère d'horreur et de violence, mais bien plutôt à une disposition extraordinairement inquiétante pour la *séduction*. Au charisme sans limite du dictateur fait écho, dans le cinéma de son époque, le don d'hypnotiseur des deux psychiatres (aux faux airs de Jean-Martin Charcot<sup>690</sup>) capables de reléguer leurs victimes dans la plus totale position d'abandon (de *passivité*), à la merci de leur influence, comme une foule acquise à la cause d'un leader<sup>691</sup>. Caligari, le psychiatre et

---

<sup>689</sup> La cinémathèque française. *Le cinéma expressionniste allemand*. Paris : La Martinière ; 2006.

<sup>690</sup> A sa mort en 1934, c'est également au Docteur Caligari que la presse compara... Gaëtan Gatian de Clérambault ! (Anguera P., in Grivois H., 1989, *op. cit.*, p. 55).

<sup>691</sup> Pour expliquer la survenue d'une personnalité incroyablement charismatique chez un jeune homme auparavant décrit comme introverti, deux historiens américains (Rudolph Binion et John Toland) ont émis une hypothèse controversée, dans les années 1970. A la mi-octobre 1918, le caporal Hitler est sur le front belge. Son régiment est victime d'une attaque au gaz moutarde, dont il ressort provisoirement aveugle. Il est hospitalisé à Pasewalk, et récupère progressivement la vue. Mais le 9 novembre, les patients sont réunis pour être informés de la fin imminente de la guerre : l'armistice va être signé. A cette annonce, Hitler est victime d'une rechute de cécité (ce dont il parle d'ailleurs dans *Mein Kampf*). Le psychiatre qui le suit, Edmund Forster (son nom ne sera révélé par les services de renseignement américains qu'en 1973), sensible aux travaux freudiens, diagnostique un symptôme d'origine hystérique, et propose de le traiter par l'hypnose. Après l'avoir mis en état de conscience modifié, il lui assure qu'il est un individu extraordinaire, un élu, comme Jésus ou Mahomet ; il lui suggère de réaliser de grandes choses, un miracle : « Vous devez avoir une confiance aveugle en vous-même, et vous cesserez d'être aveugle » (traduit par nous). Le Dr Forster se suicidera en 1933, après 13 jours d'interrogatoire

directeur d'asile, séquestre depuis 25 ans dans un état d'hypnose un malheureux « somnambule », qu'il exhibe dans les fêtes foraines, et à qui, la nuit tombée, il fait perpétrer ses crimes<sup>692</sup> (*Le Cabinet du Dr Caligari*, Robert Wiene, 1920). Mabuse, quant à lui, hypnotise ses adversaires de jeu pour leur soutirer des fortunes (*Docteur Mabuse le joueur*, Fritz Lang, 1922), puis prend le contrôle de la pègre par une influence opérée sur le directeur de l'asile dans lequel il est interné, influence qui subsiste après sa mort (*Le Testament du Docteur Mabuse*, Fritz Lang, 1933).

### 3.1.1. L'hypnose et la psychanalyse

Avec la fascination pour l'hypnose, nous voilà à un nouveau carrefour de la psychanalyse et de l'expressionnisme<sup>693</sup>. Notons que cette fascination semble, dans les deux cas, dominée par l'ambivalence, puisque le cinéma expressionniste a fait de l'influence hypnotique le ressort de ses atmosphères angoissantes, et que la psychanalyse est née de son abandon<sup>694</sup>. Mais Freud, après avoir été formé par Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière, puis par Hippolyte Bernheim à Nancy, a-t-il réellement rompu avec cette pratique ? Un article de 2005 revient sur ce que ses auteurs considèrent comme une « idée reçue »<sup>695</sup>.

Antoine Bioy, Pascal-Henri Keller et Jean-Denis Fauxpoint rappellent d'abord que dans les écrits de Freud, comme dans ceux de ses contemporains, « les termes d'hypnose et de suggestion étaient [...] très souvent confondus, employés l'un pour l'autre ». Pour eux, « l'hypnose pratiquée par Freud était confondue avec la suggestion » ; or ce que Freud a voulu rejeter, ce n'est pas l'hypnose, mais bien la suggestion. Mais « en rompant avec l'approche symptomatique et la suggestion [...] peut-être jeta-t-il alors “le bébé avec l'eau du bain” ». Ils ajoutent que « ce que Freud nomma “abandon de l'hypnose” était en fait un abandon de la technique suggestive qu'il avait apprise auprès de Bernheim [...]. Freud ne pouvait cependant

---

par la Gestapo, qui venait de regrouper et de détruire le dossier médical des 29 jours d'hospitalisation d'Hitler à Pasewalk (Post DE. The hypnosis of Adolf Hitler. *Journal of Forensic Science* 1998 ; 43(6) : 1127-1132).

<sup>692</sup> Le scénario, en réalité, repose sur une indétermination centrale : toute cette histoire n'est-elle pas finalement que le délire d'un patient de Caligari projetant sur son médecin les traits d'un dangereux criminel ?

<sup>693</sup> Cette convergence n'était pas, semble-t-il, de l'avis de Freud, qui écrit, dans une lettre datée du 21 juin 1920 adressée à Oskar Pfister, psychanalyste auteur d'un livre sur l'expressionnisme, son « aversion » pour ce courant artistique (rapporté par Gisela Pankow dans la seconde édition de son *Etre-là du schizophrène*, 1987, p. 152).

<sup>694</sup> « [...] la psychanalyse proprement dite ne date que du jour où on a renoncé à avoir recours à l'hypnose » (Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1968, p. 273)

<sup>695</sup> Bioy A, Keller PH, Fauxpoint JD. Perspectives de l'hypnose au regard de la psychanalyse. *Evolution psychiatrique* 2005 ; 70(1) : 151-160.

pas se résoudre à comprendre l'hypnose comme étant uniquement une pratique suggestive [contrairement à ce que défendait Bernheim], s'accordant pour le reste à parler d'une part mystérieuse, sans guère pouvoir aller plus loin ». Pourtant, dans un autre article, Antoine Bioy<sup>696</sup> écrit que « si l'influence de Charcot sur Freud est réelle, elle l'est principalement concernant la connaissance de l'hystérie. Concernant l'hypnose en revanche, Freud semble beaucoup plus proche de l'école de Nancy, et fortement influencé par la pratique de Liébault et Bernheim ».

Dans un article de 2011, Norbert Bon resitue brièvement le contexte scientifique dans lequel prirent naissance les vues freudiennes sur l'hypnose, à l'origine de la psychanalyse elle-même :

Fin des années 1880, "l'École de Nancy" rivalise avec celle de la Salpêtrière dans ce mouvement qui dégage l'hypnose du magnétisme et de l'occultisme pour la faire entrer dans le champ de la science. Avec cette différence qu'à Nancy, sur la visée nosologique de Charcot, prévaut la visée thérapeutique.<sup>697</sup>

L'influence de Jean-Martin Charcot, qui considérait l'état hypnotique comme une potentialité morbide des hystériques, céda rapidement le pas à celle de l'école de Nancy, portée par Ambroise-Auguste Liébault et Hippolyte Bernheim. Norbert Bon précise que « ce qui importe pour Bernheim, ce n'est pas tant la profondeur du sommeil hypnotique que la sensibilité à la suggestion qu'il pratique avec autorité et détermination. "Tout est dans la suggestion", martèle-t-il à ses interlocuteurs ». En particulier, Bernheim voit dans les symptômes hystériques eux-mêmes, tels qu'ils sont décrits par Charcot, les manifestations d'une suggestion.

Suite à son passage à Nancy, commence chez Freud « à s'opérer ce renversement de perspective qui le conduira de l'hypnose et de la suggestion à la cure de parole de Breuer, puis à la méthode de l'association libre et à la découverte de la psychanalyse. ». Freud constate en effet qu'avec l'hypnose « les troubles tendent à réapparaître avec le temps et il faut renouveler le traitement ».

---

<sup>696</sup> Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspectives psychiatriques* 2008 ; 47(2) : 171-184.

<sup>697</sup> Bon N. Freud et l'école de Nancy. *La revue lacanienne* 2011 ; 10(2) : 45-48.

Que dit Freud des liens entre hypnose, suggestion et psychanalyse ? Dans *Psychologie collective et analyse du moi*, il écrit que « d'après [lui], la suggestion ne serait qu'une des manifestations de l'état hypnotique »<sup>698</sup> renversant ainsi le postulat de Bernheim, pour qui l'état hypnotique n'est que le fruit de la suggestion. Dans un chapitre intitulé « Suggestion et libido », Freud évoque l'hypothèse de Bernheim selon laquelle « la suggestion (ou, plus exactement, la suggestibilité) est un phénomène primitif et irréductible, un fait fondamental de la vie psychique de l'homme ». Il avoue avoir très tôt ressenti « une sorte de sourde révolte contre cette tyrannie de la suggestion » : « la suggestion, qui expliquait tout, n'aurait besoin elle-même d'aucune explication. [...] En abordant aujourd'hui de nouveau, après trente années d'interruption, l'énigme de la suggestion, je trouve que rien n'y est changé, à une seule exception près qui atteste précisément de l'influence qu'a exercée la psychanalyse » (et dont nous allons parler). Il rappelle que « nous ne possédons toujours pas d'explication relative à la nature même de la suggestion, c'est-à-dire aux conditions dans lesquelles on subit une influence en l'absence de toute raison logique »<sup>699</sup>.

Poursuivant le parallèle entre les phénomènes de foule, l'hypnose et l'état amoureux, il se propose « d'appliquer à l'explication de la psychologie collective la notion de la *libido* », et écrit :

Nous allons donc essayer d'admettre que des relations amoureuses (ou, pour employer une expression plus neutre, des attachements affectifs), forment également le fond de l'âme collective. [...] Ce qui pourrait correspondre à ces relations amoureuses se trouve [chez les autres auteurs] caché derrière le paravent de la suggestion.<sup>700</sup>

L'influence de la psychanalyse sur la notion de suggestion réside donc dans le recours à la notion de libido, et plus largement à la métapsychologie freudienne, alors en pleine réorganisation (nous sommes au cœur du « tournant » des années 1920). La suggestion, phénomène d'influence que Freud repère, entre autres choses, dans la foule et dans l'hypnose, serait donc un « paravent » qui cache un type spécifique d'investissement libidinal.

Freud confronte ensuite l'hypnose à l'état amoureux :

---

<sup>698</sup> Freud S. (1921) *Psychologie collective et analyse du Moi*, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, note 1 p. 156.

<sup>699</sup> *Ibid.*, pp. 108-109.

<sup>700</sup> *Ibid.*, pp. 109-111.

De l'état amoureux à l'hypnose la distance n'est pas grande. Les points de ressemblance entre les deux sont évidents. On fait preuve à l'égard de l'hypnotiseur de la même humilité dans la soumission, du même abandon, de la même absence de critique qu'à l'égard de la personne aimée. On constate le même renoncement à toute l'initiative personnelle ; nul doute que l'hypnotiseur n'ait pris la place de l'*idéal du moi*.<sup>701</sup>

Qu'est-ce qui spécifie, selon Freud, la position de l'hypnotisé vis-à-vis de l'hypnotiseur ? C'est l'« humilité », la « soumission », l'« abandon », le « renoncement à toute l'initiative personnelle ». Bref, l'hypnotisé est dans une relation d'extrême *passivité*. Notons qu'ici, c'est au sujet de l'hypnose (et non de la suggestion) que Freud évoque l'action de la libido. On serait tenté d'y voir une confirmation de l'imprécision freudienne (évoquée par Antoine Bioy et al.<sup>702</sup>) quant aux termes de suggestion et d'hypnose, qui apparaissent tantôt distincts, tantôt équivalents. Il nous faudra par conséquent, pour un temps au moins, nous accommoder de cette ambiguïté terminologique, à laquelle nous devons temporairement adhérer, en considérant nous-mêmes ces deux termes comme équivalents. Nous espérons rapidement parvenir à les distinguer de façon satisfaisante.

Revenons au texte de 1921. C'est en une unique occasion, en fin d'article, que Freud évoque explicitement le caractère passif de l'état de l'hypnotisé :

par ses procédés, l'hypnotiseur éveille chez le sujet une partie de son héritage archaïque qui s'est déjà manifesté dans l'attitude à l'égard des parents, et surtout dans l'idée qu'on se faisait du père : celle d'une personnalité toute-puissante et dangereuse, à l'égard de laquelle on ne pouvait se comporter que d'une manière passive et masochiste, devant laquelle on devait renoncer complètement à sa volonté propre<sup>703</sup>

Pour Freud, si le ressort de l'influence hypnotique est à situer dans la passivité, c'est surtout sur la version *anale* de celle-ci qu'il insiste : il parle de masochisme et de soumission à l'hypnotiseur (comme, en son temps, au père tout-puissant).

Antoine Bioy rapporte, dans ses deux articles cités ici (2005 et 2008), le même passage d'un article de Freud datant de 1890 : *Traitement psychique (traitement d'âme)*, qui faisait déjà référence à une analogie entre l'hypnose et l'amour dans sa valence passive :

---

<sup>701</sup> *Ibid.*, p. 138.

<sup>702</sup> Bioy A. et al., 2005, art. cit.

<sup>703</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 155.

On peut remarquer en passant qu'en dehors de l'hypnose, dans la vie réelle, une crédulité du genre de celle dont l'hypnotisé fait preuve à l'égard de son hypnotiseur ne se retrouve que dans l'attitude de l'enfant à l'égard des parents aimés ; et que cette façon d'accorder avec une telle soumission sa vie psychique propre à celle d'une autre personne a un équivalent unique mais parfait dans certaines relations amoureuses caractérisées par un total abandon de soi. La conjonction de l'attachement exclusif et de l'obéissance crédule compte généralement parmi les traits caractéristiques de l'amour<sup>704</sup>

L'idée d'une « soumission » et d'un « total abandon de soi » dans l'hypnose ne semble pas avoir quitté Freud lorsqu'il écrit, 31 ans plus tard dans *Psychologie collective et analyse du moi*, que « le rapport hypnotique consiste dans un abandon amoureux total, à l'exclusion de toute satisfaction sexuelle, alors que dans l'état amoureux cette satisfaction ne se trouve refoulée que momentanément et figure toujours à l'arrière-plan, à titre de but possible ». Pour Freud, l'hypnose « se distingue de l'état amoureux par l'absence de tendances sexuelles directes ». Qu'en est-il, dès lors, des tendances sexuelles *indirectes* ? Les « tendances sexuelles déviées de leur but [...] créent entre les hommes les liens les plus durables » du fait qu'elles « ne sont pas capables de recevoir une satisfaction complète », et subissent donc moins l'« affaiblissement extraordinaire » qui succède à la satisfaction des « tendances sexuelles libres »<sup>705</sup>. De la même façon, il écrit que « l'hypnose [...] repose principalement sur des tendances sexuelles entravées »<sup>706</sup>. Ces tendances sexuelles indirectes, entravées, sont d'ordre passif.

Freud n'a eu de cesse de souligner le « caractère mystique » de l'hypnose. Citant les travaux de Léon Chertok, Antoine Bioy précise que l'adjectif français « mystique » qui fut « traduit par “mysterious” dans les éditions anglaises du texte » est ici synonyme de « mystérieux » et non d'« ésotérique »<sup>707</sup>. Freud tente de situer cette part d'ombre de l'hypnose, par exemple lorsqu'il écrit :

Sous beaucoup de rapports, l'hypnose est encore difficile à comprendre et se présente avec un caractère mystique. Une de ses particularités consiste dans une sorte de paralysie de la volonté et des mouvements, paralysie résultant de l'influence exercée par une personne toute-puissante sur un sujet impuissant, sans défense<sup>708</sup>

---

<sup>704</sup> Freud S. (1890) Traitement psychique (traitement d'âme), in *Résultats, idées, problèmes 1890-1920*. Paris : PUF ; 2001, 16-17.

<sup>705</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, pp. 138-139.

<sup>706</sup> *Ibid.*, p. 174.

<sup>707</sup> Bioy A., 2008, art. cit., note 10 p. 178.

<sup>708</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 140.

Plus loin, Freud rapproche ce « caractère mystique » de l'*Unheimliche*, l'inquiétante étrangeté : l'hypnose tire selon lui son aspect inquiétant « du fait de la répression de sentiments, désirs et tendances anciens et familiers » relatifs à l'« héritage archaïque qui s'est déjà manifesté dans l'attitude à l'égard des parents » ainsi que dans « l'attitude de l'individu de la horde primitive à l'égard du père de la horde » : c'est cet héritage qui va être éveillé par l'hypnotiseur<sup>709</sup>.

En articulant ainsi le phénomène de suggestion hypnotique et le mythe de la horde primitive, en introduisant l'idée d'une correspondance entre la relation à l'hypnotiseur et celle au père tout-puissant de la horde, Freud insiste, une nouvelle fois, sur la *soumission* qui caractérise l'abandon dans l'état hypnotique.

### **3.1.2. Destins des composantes pulsionnelles actives et passives dans l'hypnose**

Freud écrit que l'on peut provoquer l'hypnose « en faisant fixer au sujet un objet brillant ou en produisant en sa présence un bruit monotone » :

ce procédé ne sert qu'à détourner et à fixer l'attention consciente. C'est comme si l'hypnotiseur disait au sujet : "Maintenant ne vous occupez que de ma personne, le reste du monde est dépourvu de tout intérêt". Il est certain que ce discours, s'il était réellement prononcé, serait inefficace au point de vue technique, car il ne ferait qu'arracher le sujet à son attitude inconsciente et le pousser à la contradiction consciente. Mais pendant que l'hypnotiseur évite d'attirer sur ses intentions la pensée consciente du sujet et que celui-ci se plonge dans une attitude au cours de laquelle le monde doit lui apparaître comme dépourvu d'intérêt, toute son attention se trouve, sans qu'il s'en rende compte, concentrée sur l'hypnotiseur et il s'établit entre celui-ci et le sujet une attitude de rapport, de transfert.<sup>710</sup>

Nous reviendrons plus loin sur la référence à la notion de transfert dans cet article de Freud. Pour l'heure, concentrons-nous (c'est le cas de le dire) sur la méthode d'induction hypnotique décrite par Freud. L'état hypnotique est toujours obtenu par focalisation de l'attention. L'attention, la concentration (la nuance entre ces deux termes, ici, ne nous intéresse pas) est une fonction qui consiste à polariser, dans un effort volontaire, l'activité cognitive sur un stimulus, une tâche, etc. La consigne sollicite donc une forte quantité d'énergie pulsionnelle

---

<sup>709</sup> *Ibid.*, pp. 153-155.

<sup>710</sup> *Ibid.*, p. 154.



liée (Freud parle de « la pensée consciente du sujet »), associée à une composante *active* des investissements (active en ceci qu'elle implique la *maîtrise*, le *contrôle*, de son propre fonctionnement cognitif et, dans une certaine mesure, de l'environnement<sup>711</sup>), sur un objet neutre (mouvement répétitif, stimulus simple, sans intérêt particulier). En satisfaisant à cette part active (et consciente) du dynamisme pulsionnel, l'induction hypnotique brouille les pistes, détourne l'attention du sujet, afin d'accéder à la composante passive inconsciente, après en avoir levé les réticences par un leurre. Tout l'art de l'hypnotiseur consiste en effet à laisser croire au sujet qu'il décide de ce qu'il fait, qu'il ne s'endormira que s'il l'a décidé, etc. : « peut-être aurez-vous envie de vous laisser aller à cette agréable sensation de profonde détente, il est possible que vous ressentiez le besoin de vous enfoncer encore plus profondément, etc. ». Plus encore, l'hypnotiseur joue sur ce fait, bien connu depuis Freud que dans l'inconscient « le “non” est impensable »<sup>712</sup> : ainsi peut-on lire dans un manuel d'hypnose clinique que « les mots évoquent les réalités qu'ils désignent et cela reste vrai même s'ils se trouvent précédés d'une négation »<sup>713</sup>. Ainsi, l'hypnotiseur recourt-il volontiers à des négations, telles que « vous n'êtes pas encore totalement en état d'hypnose » : cela lui permet à la fois de leurrer le conscient (qui entend qu'il garde le contrôle), et de faire passer le message souhaité à l'inconscient qui, lui, négligera la négation (et entendra, comme une injonction : « vous êtes totalement en état d'hypnose »). De la même façon, l'hypnotiseur peut dire au sujet : « concentrez-vous sur ce point, et surtout ne laissez pas votre esprit s'échapper » : la négation négligée, l'inconscient est supposé entendre le contraire, c'est-à-dire une invitation à s'abandonner. Freud note ainsi que « la personne a son attention inconsciente concentrée sur l'hypnotiseur, alors que sa conscience est occupée par des perceptions indifférentes et dépourvues d'intérêt »<sup>714</sup>. On constate qu'une telle méthode d'induction hypnotique s'appuie sur le brouillage de l'opposition activité/passivité, déguise la passivité en activité, comme lorsque l'on amène malhonnêtement un enfant à faire ce que l'on souhaite le voir faire, en lui laissant entendre qu'il l'a lui-même décidé. On pourrait même dire qu'il s'agit là du ressort de toute technique de manipulation mentale. L'hypnose n'en est qu'un catalyseur, un accélérateur.

---

<sup>711</sup> C'est explicite dans une consigne telle que celle-ci : « regardez attentivement ce point, comme s'il voulait s'échapper et que vous deviez le surveiller ».

<sup>712</sup> Green A. (1976) Le concept de limite, in *La folie privée*. Paris : Folio ; 2010, p. 130, en référence à Freud S. (1925a) La négation, in *Œuvres complètes, vol. XVII*. Paris : PUF ; 1992, 167-171.

<sup>713</sup> Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. *L'aide-mémoire d'hypnose*. Paris : Dunod ; 2010, p. 42.

<sup>714</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, note 2 p. 154.

Ainsi, l'induction hypnotique procède en se rendant maître de la part active du dynamisme pulsionnel, à qui elle donne, pourrait-on dire, un *os à ronger* : « fixez ce point, intéressez-vous à sa forme, à sa couleur, faites comme s'il s'agissait de la chose la plus intéressante au monde, etc. ». Il s'agit de détourner l'énergie de la composante active, susceptible sans cela de s'élever contre l'intrusion de l'hypnotiseur, afin de lever les *résistances* qui s'opposent à la satisfaction de la composante passive, et ainsi, pour l'hypnotiseur, de s'en libérer l'accès<sup>715</sup>. Cette mise à distance de la résistance, obtenue par l'hypnose, n'avait pas échappé à Freud, qui écrivait en 1916 :

Grâce à l'hypnose, en effet, l'existence de la résistance échappait à la perception du médecin. En refoulant la résistance, l'hypnose laissait un certain espace libre où pouvait s'exercer l'analyse, et derrière cet espace la résistance était si bien dissimulée qu'elle en était rendue impénétrable, tout comme le doute dans la névrose obsessionnelle. Je suis donc en droit de dire que la psychanalyse proprement dite ne date que du jour où on a renoncé à avoir recours à l'hypnose<sup>716</sup>

C'est pourquoi les manuels d'hypnose recommandent de toujours laisser croire au sujet qu'il est actif du processus qu'il subit en réalité passivement. Cette confusion actif/passif rappelle les symptômes psychotiques du délire d'influence, au sujet desquels les neurocognitivistes postulent, on l'a vu (voir 2.3.10.) une altération du *sens de l'agentivité* : la fonction cognitive qui permet de localiser l'origine d'une manifestation psychique dysfonctionne. Ainsi, la source (l'agent) d'une manifestation d'origine interne est localisée, à tort, à l'extérieur. Par conséquent, le malade prend sa pensée (activité) pour une perception (passivité) ; il ressent sa volonté, ses mouvements, ses intentions (activité) comme lui étant imposés par une force extérieure (passivité) : le sujet est relégué dans une position passive. La suggestion hypnotique trouve son ressort dans le processus inverse : des manifestations d'origine externe reçues passivement (les injonctions de l'hypnotiseur) sont ressenties comme une activité intérieure (elles se substituent à l'intentionnalité de l'hypnotisé). C'est ce qui permet à l'hypnotiseur de « passiver » son sujet, de s'ouvrir l'accès à sa volonté.

---

<sup>715</sup> On pourrait voir une métaphore d'un tel procédé dans le film d'action américain *Une journée en enfer* (John McTiernan, 1995) : un groupe de terroristes prétend avoir posé une bombe dans l'une des centaines d'écoles de la ville de New York ; cela a pour conséquence de mobiliser l'*attention* de l'ensemble des forces de police de la ville, qui sont mises *activement* (l'expression « être mis activement » condense à elle seule l'activité et la passivité) à la recherche de l'engin explosif ; ainsi, les malfaiteurs n'ont aucun mal à *pénétrer* le coffre fort du Saint des Saints, la Réserve de la Banque Fédérale, qui n'est plus gardée que sommairement, et à y dérober les lingots d'or par camions.

<sup>716</sup> Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1968, p. 273.

La méthode d'induction hypnotique que nous venons de décrire est qualifiée par Freud d'« indirecte », ou encore de « maternelle » en référence aux travaux de Sandor Ferenczi<sup>717</sup>, en ceci qu'elle « résulte d'une suggestion apaisante, comme accompagnée de caresses »<sup>718</sup>. On l'a vu, elle est sournoise : elle détourne l'activité et neutralise les résistances pour s'ouvrir l'accès aux revendications à but passif, refoulées. Freud la distingue d'une autre forme d'induction, dite « directe » ou « paternelle » : « celle qui est produite par un ordre menaçant ». L'hypnotiseur procède « en ordonnant à la personne de le regarder dans les yeux ; il hypnotise de façon typique par le regard ». Voici comment, ici, la passivité est sollicitée sans détour :

L'hypnotiseur se prétend en possession d'une force mystérieuse ou, ce qui revient au même, le sujet attribue à l'hypnotiseur une force mystérieuse qui paralyse sa volonté. Cette force mystérieuse, à laquelle on donne encore communément le nom de magnétisme animal, doit être la même que celle qui constitue pour les primitifs la source du tabou ; c'est la force même qui émane des rois et des chefs et qui met en danger ceux qui les approchent (*Mana*).<sup>719</sup>

On a vu que pour Freud (comme d'ailleurs pour Ferenczi), l'influence hypnotique est une répétition d'un lien infantile passif-masochique aux parents. Or nous voyons maintenant se dégager, aux côtés de cette version anale de la passivité, son pendant génital. En effet, il semble qu'on puisse repérer, dans l'induction hypnotique, un équivalent incorporel de l'« envie du pénis », ressort de la sexualité féminine : avoir en soi à défaut d'avoir à soi, s'approprier la possession de l'autre en s'en laissant pénétrer. Pénis et *Mana* ne sont-ils pas deux représentations de la puissance virile, que le sujet qui s'en laisse pénétrer (respectivement dans le coït et dans la suggestion hypnotique) s'approprie fantasmatiquement ? Freud écrit ainsi que lorsque Moïse « revient du Sinaï, son visage rayonne, parce que, comme chez le médiateur des primitifs, une partie de la Mana s'est fixée sur lui ». De la position passive/masochique au père (soulignée par Freud au sujet du lien hypnotique), à la pénétration par lui, il n'y a qu'un pas : celui qui sépare l'analité de la génitalité. Il y a donc là, en germe, l'idée selon laquelle la suggestion hypnotique (comme tous les phénomènes d'influence ?) a quelque chose d'un équivalent coïtal. On peut ajouter qu'il nous semble difficile de réduire la posture de l'hypnotisé au masochisme : on voit mal de quelles souffrances il s'agit dans l'hypnose, on voit mal ce qu'il y a de sadique dans l'attitude de

---

<sup>717</sup> Ferenczi S. (1909) Transfert et introjection, in *Œuvres complètes. Psychanalyse 1 : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1990, 93-125.

<sup>718</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 155.

<sup>719</sup> *Ibid.*, p. 153.

l'hypnotiseur, auquel répondrait le masochisme de l'hypnotisé. Par conséquent, s'il y a passivité, c'est moins de masochisme que d'abandon dont il s'agit, celui-ci étant le produit génitalisé de celui-là. Mais c'est le recours à la notion de transfert qui va nous permettre d'éclairer cette question.

### 3.1.3. Hypnose, suggestion, transfert

Antoine Bioy et al. notent que, bien avant toute théorisation sur le transfert, Freud fit « l'expérience clinique du lien particulier entre un patient et son hypnotiseur ». Plus tard, Freud revint sur le phénomène hypnotique à la lueur du concept de transfert :

En 1921, après avoir mûri le concept de transfert, Freud l'utilise pour comprendre la processus hypnotique, dont il pense pouvoir enfin percer "le mystère". Le transfert en hypnose s'exprime sur son versant le plus libidinal, et l'hypnose est comprise comme le paradigme de l'amour transférentiel.<sup>720</sup>

On ne relève qu'une seule occurrence du terme « transfert »<sup>721</sup> dans l'article de 1921, dans un passage que nous avons déjà cité : lorsque le sujet est soumis aux techniques d'induction hypnotique, « toute son attention se trouve, sans qu'il s'en rende compte, concentrée sur l'hypnotiseur et il s'établit entre celui-ci et le sujet une attitude de rapport, de transfert »<sup>722</sup>. Mais si « l'hypnose peut à bon droit être désignée comme une foule à deux », Freud ajoute immédiatement que « pour pouvoir s'appliquer à la suggestion, cette définition a besoin d'être complétée : dans cette foule à deux, il faut que le sujet qui subit la suggestion soit animé d'une conviction qui repose, non sur la perception ou sur le raisonnement, mais sur une attache érotique ». Pour Freud, le caractère érotique de la relation n'est donc pas spécifique de l'hypnose, mais seulement de la suggestion, considérée par lui comme « une des manifestations de l'état hypnotique »<sup>723</sup>. Dans les phénomènes de suggestion hypnotique, la véritable manifestation transférentielle ne réside pas dans l'état hypnotique, mais dans la suggestion. Freud marque ici une distinction entre hypnose et suggestion, qui nous intéresse particulièrement.

---

<sup>720</sup> Bioy A et al., 2005, art. cit., pp. 157-158.

<sup>721</sup> Une seconde apparaît dans une note de bas de page, sans intérêt majeur pour notre propos.

<sup>722</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 154.

<sup>723</sup> *Ibid.*, p. 156.

Il avait déjà, cinq ans plus tôt, établi un lien entre suggestion et transfert :

Bernheim avait fait preuve d'une pénétration particulière en fondant la théorie des phénomènes hypnotiques sur la proposition que tous les hommes sont, dans une certaine mesure, "suggestibles". Sa "suggestibilité" n'est autre chose que la tendance au transfert, conçue d'une façon un peu étroite, c'est-à-dire à l'exclusion du transfert négatif. Bernheim n'a cependant jamais pu dire ce qu'est la suggestion à proprement parler et comment elle se produit. Elle était pour lui un fait fondamental dont il n'était pas besoin d'expliquer les origines. Il n'a pas vu le lien de dépendance qui existe entre la "suggestibilité" d'un côté, la sexualité, l'activité de la libido de l'autre. Et nous devons nous rendre compte que si nous avons, dans notre technique, abandonné l'hypnose, ce fut pour découvrir à nouveau la suggestion sous la forme du transfert.<sup>724</sup>

Nous voilà à présent mieux à même de situer la position relative de l'hypnose et de la suggestion. Freud écrit que la « suggestibilité » est la « tendance au transfert [...] à l'exclusion du transfert négatif » : c'est donc la tendance au transfert positif. Nous faisons un pas de plus, en ajoutant qu'il s'agit de la tendance au transfert amoureux dans ses valences passives, « masochiste » certes<sup>725</sup>, mais aussi, il nous semble, *féminine* (donc génitale). L'objet de ce présent travail consiste précisément à considérer qu'une dose de génitalité féminine, de *vaginalité*, a toute sa place, bien que de façon incorporelle, dans les phénomènes d'influence, et qu'elle en est même l'un des ressorts principaux. L'étude de cas de psychoses hystériques nous a montré à l'œuvre, chez des malades prétendument possédés, habités, contrôlés à distance, hypnotisés, suggestionnés, influencés à leur insu, l'effet d'une composante sexuelle qui visait la pénétration par l'autre, et qui trouvait dans le délire d'influence une satisfaction (indirecte) source de jouissance. Nous pensons également que le sujet suggestionné trouve dans la suggestion une jouissance inconsciente comparable au plaisir du coït féminin : s'il s'abandonne ainsi à la volonté de l'autre, ce n'est que parce qu'il trouve un plaisir d'ordre sexuel à laisser l'autre entrer en lui, non dans son corps, mais dans son moi (instance responsable, entre autres choses, de l'intentionnalité, passivée dans la suggestion hypnotique). On a proposé précédemment de considérer que dans le délire d'influence, une partie du moi devient hétérogène, s'autonomise, et occupe indûment l'espace psychique comme un corps étranger ; dans la suggestion hypnotique, la personne de l'hypnotiseur prend la place de l'idéal du moi (comme dans les rapports au leader de la foule, ou à l'être amoureux aimé), et réalise en cela une autre forme de pénétration du moi.

---

<sup>724</sup> Freud S., 1916, *op. cit.*, pp. 423-424.

<sup>725</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*, p. 155.

Ce type d'investissement transférentiel passif-féminin se trouve extraordinairement accéléré, catalysé par le phénomène hypnotique qui, on l'a vu, met en veille les revendications actives (les résistances), et relègue ainsi le sujet dans une position passive, c'est-à-dire favorise l'abandon à l'autre. L'hypnose est un état d'hyper-suggestibilité, qui n'est cependant ni nécessaire ni suffisant à l'avènement de la suggestion (c'est pourquoi l'on trouve des suggestions hors hypnose et, à l'inverse, des états hypnotiques sans suggestion). Si l'hypnose *dispose* à la pénétration passive, la suggestion en est donc la *consommation*.

Résumons-nous : nous considérons que le ressort de la suggestion hypnotique repose sur la satisfaction d'une composante sexuelle passive qu'on a proposé de qualifier de *vaginale*. Celle-ci trouve selon nous dans l'abandon aux injonctions de l'hypnotiseur le même type de satisfaction que dans l'abandon de la femme à l'activité de l'homme dans le coït. Par conséquent, le phénomène de la suggestion est une forme de transfert amoureux féminin : l'hypnotiseur est mis à la place du détenteur de l'ustensile pénétrant, à l'instar de l'objet primaire dans la phase pré-génitale<sup>726</sup>, puis du père oedipien.

Comme l'hystérique qui rêve à l'homme qu'elle aime, ou le mystique en extase, le sujet hypnotisé et suggestionné semble donc jouir d'une modalité incorporelle de pénétration passive, qui lui procure l'ineestimable bénéfice d'une jouissance féminine exempte d'angoisse et de culpabilité : la suggestion hypnotique semble donc constituer une nouvelle forme de réalisation du *fantasme de pénétration sans corps*. Ce dénominateur commun à l'hystérie et à l'hypnose nous ramène au débat qui opposa, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les écoles de la Salpêtrière et de Nancy : il n'apparaît pas incongru que Charcot et ses élèves aient pu voir dans la susceptibilité à l'hypnose une spécificité de l'hystérie, tant il est vrai que l'une comme l'autre sont mues par une même appétence à la pénétration passive incorporelle.

---

<sup>726</sup> Il faudrait envisager les conditions d'un clivage de l'objet primaire dans la période pré-génitale, entre :  
- d'une part, un objet-mère réceptacle, susceptible de recevoir les mauvaises parties éjectées dans l'identification projective, puis d'accueillir l'enfant-fèces en son sein (conformément aux théories infantiles de l'enfantement), et auquel s'identifie l'hystérique ;  
- d'autre part, un objet-mère pénétrant, par le truchement de ses bonnes parties introjectées par l'enfant, mais se montrant pénétrante également lors des soins corporels (dont on sait à quel point ils intéressent tous les orifices), ou encore par les mots qu'elle prononce, et les désirs inconscients qu'elle manifeste.

### 3.1.4. Suggestion et « relation-placebo »

L'effet placebo ne se limite pas à la prise d'un médicament factice ; il peut être conçu, plus largement, comme l'effet thérapeutique induit par la situation de soin dans son ensemble, de par les fantasmes qu'elle draine et les modalités d'investissement auxquelles elle invite. Le malade, qui rumine ses douleurs (avec plus ou moins de tendances hypocondriaques) se trouve souvent partiellement soulagé aussitôt qu'il se confie à celui à qui il prête, à tort ou à raison, des compétences thérapeutiques, aussitôt qu'il s'*abandonne* à cet autrui supposé compétent pour le traiter. S'il s'agit là, déjà, d'une relation interpersonnelle, avec un autre réel, la situation est la même dans une relation fantasmatique, avec un autre imaginaire : le seul fait de prendre rendez-vous avec le médecin, ou d'entrer dans sa salle d'attente, en ceci que cela constitue le prélude à une relation non encore advenue mais déjà fantasmée, suffit à produire un effet thérapeutique. A ce stade, on n'a pas encore rencontré l'autre, mais on est déjà en *relation* avec son imago, cet autrui intérieur qui ne manque jamais de s'interposer entre un sujet et son objet externe. C'est donc cette dimension *relationnelle*, dont Pascal-Henri Keller note qu'elle est, « dans l'étude du placebo [...] le point aveugle de la recherche en psychologie »<sup>727</sup>, qui constitue le ressort essentiel du phénomène placebo.

Mais lorsqu'on parle négligemment d'*un* placebo, c'est bien souvent d'une substance dont il s'agit. Le *Vocabulaire de santé mentale* définit le placebo comme une « substance n'ayant pas d'action pharmacologique connue que l'on substitue dans certaines circonstances à un produit dont les effets sont connus. Les effets positifs consécutifs à la prise du “pseudo-médicament” ne peuvent être que psychologiques et non pharmacologiques, ils sont regroupés sous le terme d’“effet placebo” »<sup>728</sup>. On le voit, une telle définition restreint l'effet placebo à l'action du médicament factice.

Le placebo, par principe, est toujours administré à un patient qui l'ignore : une substance ne peut être qualifiée de *placebo* que si le patient qui l'incorpore a une croyance dans son effet thérapeutique. Autrement dit, pour un patient, le placebo, ça n'existe pas : le caractère placebo d'une pratique ou d'une substance ne peut avoir pour lui aucune existence psychique (pas même inconsciente), puisqu'il a ceci de particulier qu'il disparaît aussitôt qu'il est révélé au

---

<sup>727</sup> Keller P-H. Le phénomène placebo : une relation qui s'ignore. *Perspectives psychiatriques* 2011 ; 50(2) : 155-161.

<sup>728</sup> Tribolet S. *Vocabulaire de santé mentale*. Paris : Editions de santé ; 2006.

patient. Le malade ne prend jamais « un placebo », il prend toujours un médicament, quel que soit le contenu effectif, *réel*, de ce qu'il ingurgite. Le placebo n'a d'existence que pour le médecin ou l'infirmier qui l'administre ; toutefois, l'administrateur peut, dans certains cas, n'être pas informé du caractère inactif de la substance qu'il administre.

Dans certaines circonstances en effet (c'est le cas en particulier des essais cliniques réalisés le plus souvent par les firmes pharmaceutiques), la procédure dite du « double aveugle » consiste à tenir le médecin dans la même ignorance que son patient (encore qu'il n'y ait jamais chez lui réellement d'ignorance : soit il sait, soit il doute). Il est naturel de faire croire au patient soumis à un placebo qu'il prend un vrai médicament, faute de quoi l'effet placebo disparaît. En revanche, pourquoi ne pas informer le médecin de ce qu'il prescrit ? Une première explication pourrait être qu'un médecin averti serait moins objectif dans l'évaluation des résultats thérapeutiques qu'un médecin ignorant : celui qui sait ce qu'il donne s'attend à des résultats ou au contraire à une absence de résultat, et cette attente pourrait influencer son évaluation de la réponse effective du patient au traitement. Mais cette situation n'est pas la règle : parfois, le patient s'auto-évalue ; d'autres fois, c'est une tierce personne qui évalue les effets du traitement ; par ailleurs, dans la majorité des cas, l'évaluation porte sur une donnée objective, a priori indépendante de la subjectivité du médecin (une concentration sanguine par exemple). Dans ces conditions, pourquoi recourir au « double-aveugle » ? Pour le comprendre, il faut faire appel à une seconde explication : les chercheurs supposent que les effets (réels, et non pas seulement leur évaluation) de l'administration d'une substance diffèrent selon que le médecin pense qu'il prescrit un vrai médicament, ou qu'il sait qu'il prescrit un placebo. Sans cette hypothèse, les chercheurs n'auraient nul besoin, pour ajuster l'effet placebo, de maîtriser ainsi la connaissance du soignant sur ce qu'il administre : il leur suffirait de jouer sur les paramètres objectifs de l'ustensile-placebo, tels que sa taille, sa couleur, ou encore sa forme galénique. En tenant le médecin dans l'ignorance, on considère qu'il doit lui-même croire qu'il donne un principe actif pour s'assurer que le phénomène placebo se déploie à son plus haut degré : on reconnaît ainsi que la conviction du médecin est un facteur qui influence la réaction du patient. En d'autres termes, la procédure du *verum versus placebo* en double-aveugle, à prétention parfaitement scientifique, trahit la croyance de la communauté scientifique en la dimension *relationnelle* du phénomène placebo.

Dans d'autres cas, seul le patient ignore qu'il prend un placebo. Un médecin décide, pour diverses raisons, d'administrer à son malade un produit exempt d'effet physiologique notable,



tout en faisant en sorte de convaincre plus ou moins explicitement son patient, qu'il reçoit une substance dotée d'un principe actif. Nous voilà au cœur du ressort du phénomène placebo : la relation-placebo n'est autre qu'un cas particulier de la *suggestion*. Hippolyte Bernheim lui-même voyait dans le placebo une figure de la suggestion, au même titre que l'hypnose<sup>729</sup>. Notons que, dans le cas du « double-aveugle » évoqué précédemment, c'est précisément la suggestion que l'on cherche à maximiser en cachant au médecin lui-même qu'il donne une substance inactive : la conviction du médecin dans l'efficacité de son traitement le rend lui-même plus convaincant à l'égard de son patient, et augmente par là même la réponse thérapeutique.

Mais revenons-en à l'administrateur volontaire d'un placebo : le médecin entend donc recourir au levier thérapeutique bien connu de la suggestion. Il appuie son administration d'une injonction, plus ou moins directe, et plus ou moins explicite, supposée se substituer au principe actif, absent, de l'ustensile-placebo. Mais alors, si c'est la suggestion qui soigne, et si le médecin le sait, pourquoi se livrer à cette supercherie qui consiste à introduire dans l'organisme du patient une substance dénuée d'effet physiologique ? Pourquoi la suggestion (« Guérissez, je le veux ! ») ne suffirait-elle pas ?

Il semble que l'administration de l'ustensile-placebo constitue un catalyseur à la suggestibilité du patient. Tout comme l'hypnose, on l'a vu, opère « en refoulant la résistance », en la rendant « impénétrable »<sup>730</sup>, l'incorporation par le patient d'un corps étranger semble agir en endormant ses revendications actives, et le voilà tout disposé à s'abandonner aux suggestions de son thérapeute. Toutefois, pour être efficace, la substance ainsi incorporée doit être associée à la croyance par le patient en son caractère *actif* ; dès lors que le patient est informé de son caractère inactif, on peut penser que l'effet de la prise de l'ustensile-placebo disparaît, et l'effet de la suggestion retrouve le niveau de ce qui est obtenu par *simple* suggestion (dans ce cas, le recours à l'ustensile-placebo devient superflu, et celui-ci perd d'ailleurs sa qualité de placebo). L'ustensile-placebo, catalyseur à suggestibilité, n'est donc pas qu'un corps étranger ; il doit, pour être efficace, être porteur d'un pouvoir, celui-là même que le patient prête au thérapeute. Ce « pouvoir », à nouveau, n'est pas sans rappeler la *Mana*, cette force

---

<sup>729</sup> Bernheim H. (1886) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris : L'Harmattan ; 2005.

<sup>730</sup> Freud S., 1916, *op. cit.*, p. 273.

héritée du père de la horde primitive, dont sont dotés le leader de la foule et l'hypnotiseur, et qui se fixe sur ceux qui les approchent<sup>731</sup>. Mais d'où l'ustensile-placebo tire-t-il ce pouvoir ?

Nous avons dit que le ressort du phénomène placebo est à situer dans un mode relationnel spécifique, dont nous avons proposé de considérer qu'il se laisse en grande partie ramener à la *suggestion*. Or nous avons tenté de montrer précédemment que le sujet suggestionné s'abandonne à la volonté du thérapeute comme la femme s'abandonne à l'activité de l'homme dans le coït : de la même façon, nous postulons que le médecin, l'hypnotiseur, le guérisseur, qui recourt à la substance placebo, reçoit par transfert la fonction de l'objet pénétrant.

Cette hypothèse a l'intérêt de nous aider à mieux comprendre la fonction catalytique de l'ustensile-placebo eu égard à la suggestibilité. Celui-ci permet de figurer physiquement une telle pénétration, il est un appendice de l'objet-médecin, qui pénètre celui qui l'incorpore, et lui procure une jouissance inconsciente de l'ordre de la jouissance passive-féminine. On peut penser que l'ustensile-placebo, comme les aiguilles de l'acupuncteur, les faisceaux lumineux du chromothérapeute, les passes du magnétiseur, les « irrigations coloniques » (et encore bien d'autres méthodes de guérisseur qui agissent en franchissant les limites du corps), opèrent en activateurs de suggestibilité, en éveillant chez le patient la composante passive-féminine de la libido. En figurant physiquement la pénétration du patient par le thérapeute<sup>732</sup>, par le recours à un corps étranger doté d'une partie du pouvoir conféré au médecin (la *Mana* dont nous parlions plus haut), de telles pratiques étayent les suggestions du médecin qui les administre ; elles sont le pendant physique de la pénétration psychique que constitue la suggestion.

Dans un ouvrage consacré au *Mystère du placebo*, Patrick Lemoine écrit que « par ordre décroissant d'efficacité, le placebo peut être utilisé sous forme d'injection intraveineuse, intramusculaire, de comprimés, de suppositoires »<sup>733</sup>. Quels enseignements peut-on tirer de tels constats ?

---

<sup>731</sup> Freud S., 1921, *op. cit.*

<sup>732</sup> Il importe peu que cette pénétration soit réelle, ou seulement fantasmée par le patient, comme dans le cas de la lumière, du « magnétisme », ou encore des fausses aiguilles d'acupuncture (aiguilles rétractables ou peu profondes) utilisées dans certaines études d'évaluation de l'effet thérapeutique de celle-ci.

<sup>733</sup> Lemoine P. *Le mystère du placebo*. Paris : Odile Jacob ; 1996, p. 77.

En premier lieu, il faut évidemment noter que la supériorité de la forme injectable sur la forme *per os* du placebo semble confirmer notre hypothèse<sup>734</sup>. Le cas de l'acupuncture est à cet égard tout à fait instructif. Une récente revue de la littérature révèle que l'acupuncture traditionnelle chinoise n'est pas plus efficace qu'une acupuncture factice qui consisterait à introduire des aiguilles dans de mauvais points d'acupuncture (points n'étant pas censés agir sur l'organe visé), voire dans de « faux » points d'acupuncture (zones du corps n'étant pas recensés par la médecine chinoise comme points d'acupuncture)<sup>735</sup>. Par ailleurs, une étude de 2010 s'est intéressée à l'influence de la communication entre l'acupuncteur et son patient, sur les effets thérapeutiques de cette méthode<sup>736</sup>. Ses auteurs ont réparti des sujets souffrant d'arthrose du genou dans trois groupes, selon qu'ils recevaient un traitement par acupuncture traditionnelle chinoise, par une fausse acupuncture (aiguilles peu profondes et appliquées sur des zones non-reconnues comme des points d'acupuncture), ou qu'ils étaient placés sur une liste d'attente ; les deux groupes recevant une forme d'acupuncture étaient répartis selon deux modalités : dans certains cas, l'acupuncteur devait susciter des attentes importantes (« je pense que cela va marcher pour vous ; j'ai eu beaucoup de succès avec ce type de douleur ; la plupart de mes patients vont mieux ») ; dans l'autre modalité, il se montrait neutre relativement aux attentes (« cela pourrait fonctionner ou non pour vous ; cela dépend vraiment des patients ; nous ne sommes pas certain que cela fonctionne, c'est pourquoi nous faisons cette étude »). Les résultats ne montrent pas de différence significative entre l'acupuncture traditionnelle et l'acupuncture factice ; en revanche, les auteurs ont observé une réduction de la douleur significative pour les deux groupes recevant une forme d'acupuncture (traditionnelle ou factice) comparé au groupe mis sur liste d'attente. Enfin, l'étude a mis en évidence une différence significative pour les deux groupes recevant une forme d'acupuncture, selon que les attentes suscitées par le praticien avaient été importantes ou neutres.

---

<sup>734</sup> On peut penser que cette supériorité tient également à un second facteur : la douleur occasionnée par l'injection, en sollicitant la composante masochiste, rejoint la composante féminine que nous évoquons ; toutes deux concourent à faire jouer à plein la libido à but passif, dont elles constituent deux modalités essentielles. C'est pourquoi le caractère douloureux, ou simplement désagréable, d'un placebo, favorise son effet thérapeutique (*ibid.*).

<sup>735</sup> Howard H. Moffet MPH. Sham acupuncture may be as efficacious as true acupuncture: a systematic review of clinical trials. *Journal of alternative and complementary medicine* 2009 ; 15(3) : 213-216.

<sup>736</sup> Suarez-Almazor ME, Looney C, Liu Y, Cox V, Pietz K, Marcus DM, Street Jr RL. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication. *Arthritis care & research* 2010 ; 62(9) : 1229-1236.

Ces études tendent donc à démontrer que l'acupuncture tire son effet thérapeutique de la relation de *suggestion* qui s'instaure entre le praticien et son patient, bien plus que de la théorie médicale qui l'étaie. On pourrait en déduire un peu rapidement que le rituel consistant à introduire des aiguilles dans le corps du malade ne constitue qu'un aimable folklore. Pourtant, il nous semble, au vu des conclusions de nos réflexions précédentes, que cette pratique pourrait ne pas être inutile : l'introduction d'aiguilles, quelles que soient leurs localisations, constitue une pénétration qui figure, bien plus explicitement encore que l'ingestion d'une substance par voie orale, la relation de passivité, d'abandon au thérapeute, dont semble largement bénéficier le phénomène de la suggestion. Autrement dit, l'acupuncture est un excellent catalyseur de l'effet placebo. C'est aussi pour cela, semble-t-il, qu'en pharmacothérapie, la forme galénique injectable se montre plus efficace que la forme orale.

Toutefois, arrivé à ce point, notre hypothèse se heurte à un second fait, susceptible de l'infirmier : la supériorité, dans l'effet thérapeutique d'un placebo, de la forme orale sur la forme rectale<sup>737</sup>. Le suppositoire n'est-il pas le mieux à même de figurer la pénétration, et ne devrait-il donc pas, si l'on en croit nos conclusions précédentes, constituer la forme galénique la plus favorable à la suggestion, dont on a dit qu'elle est un équivalent psychique de pénétration ? Un renfort, pourtant, semble justement pouvoir être trouvé dans le fait même qui aurait pu porter un coup fatal à nos considérations : la grande proximité de l'administration rectale avec la pénétration sexuelle. Car en figurant par trop explicitement et sans détour la forme du fantasme de pénétration passive, la représentation du suppositoire pénétrant le corps par la voie anale est également la plus susceptible de réveiller les résistances qui veillent à s'opposer à la réalisation directe du désir (ici, le désir *vaginal*). C'est le même processus qui pourrait expliquer qu'un artiste ou un orateur, puisant dans la sublimation de son exhibitionnisme le goût de la scène ou de la tribune, se retrouverait radicalement inhibé s'il avait à se dévêtir devant son auditoire : la rencontre d'un fantasme avec sa réalisation brute, sans détour (c'est-à-dire sans déplacement), loin d'exacerber la satisfaction (en dehors du cas particulier de la perversion), provoquerait bien plus certainement la levée des résistances (celles-là même que l'on cherche à refouler, par le recours à l'hypnose ou au placebo), et donnerait lieu à un accès de déplaisir. Cela pourrait expliquer le fait que le mode

---

<sup>737</sup> Lemoine S., 1996, *op. cit.*, p. 77.

d'administration rectal ne soit pas le meilleur soutien à la pénétration psychique qui se joue dans la suggestion.

### 3.1.5. Discussion

En comprenant la suggestion comme relevant du *féminin*, nous voulons rendre compte de la richesse du phénomène hypnotique, notamment dans son usage psychothérapeutique. L'abondante littérature à ce sujet démontre qu'il s'agit d'autre chose, à l'évidence, que d'une simple soumission du malade à la toute-puissance d'un thérapeute. L'hypothèse que nous défendons se résume à ceci : si la suggestion hypnotique relève d'une *passivité* et d'un *masochisme*, ceux-ci ne sont pas d'ordre anal, mais génital. Nous pensons ici, notamment, au « masochisme génital » défini par Jacqueline Schaeffer comme appétence à l'abandon à l'objet, à la « défaite »<sup>738</sup>. Par conséquent, nous situons le ressort du potentiel thérapeutique de la relation hypnotique dans une créativité qui serait intrinsèque au féminin, en ce qu'elle implique d'abandon et de réceptivité. Le patient ne se soumet pas de façon masochique (au sens freudien de 1924<sup>739</sup>) à un gourou ; il s'ouvre, il accepte de se laisser envahir par un champ d'expériences, à la fois intersubjectif et intra-psychique, comme la femme à l'activité de l'homme dans le coït. Voici ce qu'écrit Green à propos de la sexualité féminine :

Une femme passive durant le rapport sexuel ne saurait ni prendre beaucoup de plaisir, ni en donner beaucoup – dans la mesure où cette passivité signifie inhibition. En revanche, à la femme revient une *activité à but passif*, c'est-à-dire qu'il faut beaucoup d'activité pour que la jouissance féminine atteigne ses pléines capacités réceptrices. On parlera alors de concavité féminine, opposée à la convexité masculine.<sup>740</sup>

Qu'est-ce à dire en hypnothérapie ? Que la réceptivité, la créativité, l'ouverture, nécessaires à la mise en œuvre des ressources d'auto-guérison, impliquent un *abandon actif*, pour prendre une formule quelque peu paradoxale, soit une passivité qui, depuis le masochisme anal, s'est élaborée en féminin. Cette dimension est assurément à l'œuvre, à divers degrés, dans toutes les formes de psychothérapie, y compris psychanalytiques : Freud n'a-t-il pas repéré l'action

---

<sup>738</sup> Schaeffer J. (1997) *Le refus du féminin*. Paris : PUF ; 2008 (voir *supra*, 1.5.5.).

<sup>739</sup> Freud S. (1924) Le problème économique du masochisme, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 287-297.

<sup>740</sup> Green A., 1990, *op. cit.*, p. 114.

de la suggestion derrière le transfert ?<sup>741</sup> Peut-être est-ce ce qui fit dire à Freud, en 1937, que le refus du féminin constitue un roc sur lequel est susceptible de butter la cure<sup>742</sup> : la guérison implique l'accès à une position psychosexuelle féminine, celle qui caractérise l'*abandon*.

L'hypnothérapie a ceci de spécifique qu'elle se propose de maximiser l'effet thérapeutique de la suggestion, et notamment de l'auto-suggestion, qui n'en est qu'un écho, la répétition intrapsychique d'un phénomène relationnel, c'est-à-dire initialement expérimenté dans le champ intersubjectif : l'hypnothérapie en fait le pivot du processus de changement.

---

<sup>741</sup> « si nous avons, dans notre technique, abandonné l'hypnose, ce fut pour découvrir à nouveau la suggestion sous la forme du transfert » (Freud S., 1916, *op. cit.*, p. 424).

<sup>742</sup> Freud S., 1937a, *op. cit.*

## 3.2. SUGGESTION HYPNOTIQUE ET ORGANISATION DE LA LIBIDO : UNE EVALUATION SYSTEMATIQUE

### 3.2.1. Remarques épistémologiques et méthodologiques

*il est dans la nature du travail analytique que la  
recherche en profondeur vienne remplacer les données  
statistiques*

Sándor Ferenczi<sup>743</sup>

La quantification, notamment dans une visée statistique, nécessite l'objectivation de ce qu'on se propose d'observer. Une telle objectivation se heurte à l'objet même de la psychanalyse : le subjectif, moins compris comme vécu (qui peut en lui-même être accessible, par un questionnement adapté, et se trouve donc quantifiable) que comme symbolique, c'est-à-dire référé à un latent. Le latent de la psychanalyse, ce n'est pas le non-perceptible immédiatement (comme l'est l'inconscient cognitiviste, défini comme un non-conscient conscientisable). Le latent, par définition, n'est pas manifeste, même s'il *se manifeste* et donc trahit son existence. Freud reconnaît d'ailleurs le caractère inaccessible directement des processus inconscients :

Comment parvenir à la connaissance de l'inconscient ? Naturellement, nous ne le connaissons que comme conscient, une fois qu'il a subi une transposition ou traduction en conscient.<sup>744</sup>

L'empirisme expérimental ne peut donc s'opérer que sur le manifeste.

La psychanalyse se propose de repérer les lois qui régissent les liaisons entre le latent et le manifeste, le clivé et l'observable : derrière un rêve, un lapsus, un symptôme, se cache une mécanique invisible, une dynamique inobservable, une série de processus postulés, bref, une « méta-psychologie », c'est-à-dire un « au-delà » du psychologique. La psychanalyse repose toute entière sur l'hypothèse d'un clivage entre le manifeste et le latent. On peut dire qu'elle se propose de considérer trois formes de ce clivage : la *Verdrängung* (refoulement, rejet d'une représentation hors du système préconscient-conscient), la *Verleugnung* (déli, rejet de la signification d'une représentation hors de la réalité psychique) et la *Verwerfung* (abolition,

---

<sup>743</sup> Ferenczi S., 1909, *op. cit.*, p. 125.

<sup>744</sup> Freud S (1915c) L'inconscient, in *Métapsychologie*. Paris : Folio ; 1915, p. 65.

rejet d'une perception). Classiquement, on considère ces trois opérations comme emblématiques respectivement de la névrose, la perversion et la psychose<sup>745</sup>.

Seul le psychologique est observable. Par conséquent, les méthodes classiques de quantification des productions psychiques sont applicables au manifeste, au psychologique (pensées, émotions, comportements, normaux ou pathologiques) mais inadaptées au latent, au *méta-psychologique* qui, par définition, n'est jamais que postulé, et dont le postulat n'est conservé qu'aussi longtemps qu'il est corroboré par les observations, ou plutôt qu'il apporte une explication satisfaisante à ces observations, c'est-à-dire au manifeste. On serait tenté d'en déduire que l'application des modélisations statistiques (et de leur exigence de quantification) à l'objet de la psychanalyse, à savoir le latent, est vain.

Pourtant, on peut citer d'autres domaines de recherche caractérisés par le postulat d'un latent, d'un inobservable, et qui pourtant remplissent des critères de scientificité, et sont accessibles à la méthodologie statistique. La physique en est un exemple emblématique, qui a bouleversé les repères de la recherche scientifique, surtout depuis un siècle et les travaux sur la relativité générale, la mécanique quantique, et plus récemment la théorie des cordes qui se propose d'en faire la synthèse. Ces corpus théoriques ont ceci de commun qu'ils ont été développés en rupture avec les théories classiques et avec l'intuition immédiate, afin de tenter de rendre compte de phénomènes physiques autrement incompréhensibles. Cependant, bien que ces postulats, à l'instar des processus inconscients, ne renvoient à aucune réalité observable directement (seules sont accessibles leurs conséquences manifestes), on a pu proposer des hypothèses réfutables à leur sujet, et mettre en évidence des lois qui les régissent. Il a fallu pour cela imposer des modifications profondes au paradigme scientifique classique : préoccupations probabilistes (et non plus déterministes), prise en compte d'un espace à plus de trois dimensions, deuil d'une temporalité linéaire et absolue, etc. La physique a donc su soumettre la méthodologie scientifique aux spécificités et aux révolutions quantiques et relativistes. Car en dernier ressort, la physique se réfère à l'outil mathématique, qui rend toutes ces théories, aussi contre-intuitives, irreprésentables et abstraites soient-elles, accessibles à un raisonnement logique. Ce doit donc être autre chose que la question du latent

---

<sup>745</sup> Nous entendons ici la notion de clivage au sens large d'un « processus psychique très général » qui comprend toute forme de « dissociation résultant d'un conflit », caractéristique des mécanismes de refoulement, de déni et de forclusion (Mijolla A de (sous la direction de). *Dictionnaire International de Psychanalyse*. Paris : Calmann-Levy ; 2002). Dans son acception plus stricte, la notion de « clivage du moi » est traditionnellement référée au seul mécanisme du déni (*Verleugnung*), caractéristique du fétichisme (Freud S., 1927, *op. cit.*).



qui rend a priori inaccessibles les processus psychiques inconscients au paradigme scientifique traditionnel.

Freud s'efforce de défendre le caractère scientifique de la psychanalyse :

On nous conteste de tous côtés le droit d'admettre un psychique inconscient et de travailler scientifiquement avec cette hypothèse. Nous pouvons répondre à cela que l'hypothèse de l'inconscient est *nécessaire* et *légitime*, et que nous possédons de multiples *preuves* de l'existence de l'inconscient.<sup>746</sup>

Dans ce même texte, Freud propose une description des spécificités du système inconscient :

Le noyau de l'*Ics* est constitué par des représentants de la pulsion qui veulent décharger leur investissement, donc par des motions de désir. Ces motions pulsionnelles sont coordonnées les unes aux autres, persistent les unes à côté des autres sans s'influencer réciproquement et ne se contredisent pas entre elles. [...] Il n'y a dans ce système ni négation, ni doute, ni degré de certitude. Tout cela n'est introduit que par le travail de la censure entre *Ics* et *Pcs*. La négation est un substitut du refoulement à un niveau supérieur. Dans l'*Ics*, il n'y a que des contenus plus ou moins fortement investis.<sup>747</sup>

Cette idée n'est pas nouvelle chez Freud. Ainsi écrit-il dès 1910 : « nous avons appris depuis longtemps que ce qui, dans le conscient, se présente clivé en deux termes opposés, bien souvent ne fait qu'un dans l'inconscient »<sup>748</sup>. Puis on peut lire, quelques années plus tard : « on sait qu'il n'existe pas de "non" dans l'inconscient ; les contraires y coïncident. La négation n'apparaît que grâce au processus du refoulement. »<sup>749</sup>

Freud revient plus longuement sur cette question en 1925. Il conclut son article *La négation* en écrivant que « l'on ne rencontre dans l'analyse aucun "non" venant de l'inconscient » et que « la reconnaissance de l'inconscient de la part du moi s'exprime en une formule négative »<sup>750</sup>. André Green, s'appuyant notamment sur ce texte de Freud, rappelle à ce sujet que « la réalité interne comporte le refoulé inconscient – la seule vraie réalité psychique – c'est-à-dire un système d'opposition inversée des affects plaisir-déplaisir (antagonistes aux

---

<sup>746</sup> Freud S., 1915c, *op. cit.*, p. 66.

<sup>747</sup> *Ibid.*, pp. 95-96.

<sup>748</sup> Freud S. (1910) Un type particulier de choix d'objet chez l'homme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, p. 52.

<sup>749</sup> Freud S. (1918a) Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, note 2 p. 386.

<sup>750</sup> Freud S., 1925a, *op. cit.*, p. 171.

affects et représentations conscients correspondants) et un système de jugement où le “non” est impensable. »<sup>751</sup>. Par conséquent, dans la réalité psychique aux prises avec l’inconscient freudien, les rapports d’opposition du « oui » et du « non », du plaisir et du déplaisir, du vrai et du faux, se brouillent. Dans l’inconscient freudien ne règne que le « oui » ; « les contraires y coïncident ». La négation est une attribution du moi<sup>752</sup> : la qualité de négatif est attribuée à un morceau de la réalité psychique. Tel morceau est jugé non-moi, il est l’autre ; tel autre est jugé non-dedans, il est une partie du dehors ; un objet est jugé non-présent, il est donc absent. Un tel jugement d’attribution, la négation, est donc à l’origine des différenciations, qui sont l’œuvre du moi. Mais ce « non » conscient équivaut à un « oui » inconscient. Un désir agressif adressé à l’objet peut se traduire sur un plan manifeste par de la haine, mais tout aussi bien par de l’amour (par formation réactionnelle, par renversement dans son contraire, par contre-investissement), ou encore par de l’indifférence (par refoulement, par déplacement, par répression, par inhibition, par sublimation, etc.) ; de la même manière, une fixation inconsciente à un mode de satisfaction anal peut se traduire par une perversion (sadisme, scatophilie) comme par son négatif, la névrose obsessionnelle (obséquiosité, philanthropie impérieuse, phobie du toucher, obsession de l’hygiène, etc.). L’hypothèse d’une telle palette de destins offerts à la pulsion, qui va du passage à l’acte à la formation réactionnelle, autrement dit du « oui, tout et tout de suite ! » au « surtout jamais ! », si elle est féconde pour la théorie, prémunit aussi les théoriciens contre toute réfutation de leurs hypothèses.

Devant un auditoire hilare, Gilles Deleuze moquait à ce sujet la méthode d’interprétation freudienne, qui permettrait au psychanalyste, à partir de n’importe quel matériel, de confirmer ses hypothèses. Pour illustrer son propos, il prit l’exemple de l’« homme aux loups », dont le récit célèbre du rêve fait figurer « six ou sept loups » perchés sur un arbre :

Freud il dit : “Tient, tient, six ou sept loups, c’est pas normal ça quand même...”. [...] Il le sollicite un peu, et l’homme aux loups dit : “Mais oui, quand j’étais petit, j’ai lu un conte qui s’appelait *Le loup et les sept chevreaux*”. [...] Voilà que les loups sont en train de perdre leur multiplicité, au profit de chevreaux qui n’ont rien à faire avec l’histoire, absolument rien. Et dès lors, il n’y a plus six ou sept loups, il n’y a plus qu’un loup. Sept loups, j’ôte six chevreaux, il reste un loup. Et le loup, c’est quoi ? Et bien on y est, c’est le chien du psychanalyste, à savoir, c’est ton papa !<sup>753</sup>

---

<sup>751</sup> Green A., 1976, *op. cit.*, p. 130.

<sup>752</sup> Nous semblons opposer ici le système inconscient et l’instance du moi, alors même que l’on considère traditionnellement que le moi est en partie inconscient : cela traduit le fait que nos réflexions se portent sur des travaux écrits par Freud entre 1915 (*L’inconscient*) et 1925 (*La négation*), soit précisément à cheval sur ses deux topiques. Il est probable que nous pourrions opposer, sans désavouer Freud, le ça et le moi de la même manière.

<sup>753</sup> *L’abécédaire*. Série d’entretiens avec Gilles Deleuze, enregistrés en 1988.

Cette caractéristique de la réalité psychique, postulée par la psychanalyse, constitue une *stratégie immunisante*, au sens de Karl Popper, puisqu'elle offre à la théorie psychanalytique la possibilité de se voir confirmer par une observation aussi bien que par l'observation opposée. Le critère de scientificité poppérien repose justement sur la réfutabilité d'une proposition. Or, comment envisager de réfuter une proposition relative à l'inconscient, c'est-à-dire de pouvoir la considérer comme fausse, comme non-vraie, dans un univers où, par propriété de l'inconscient, le « oui » et le « non » conscients sont substituables, où le « non » conscient peut vouloir dire « oui » inconscient, où le « oui » et le « non » *coïncident* ? Autrement dit, la psychanalyse n'est-elle pas, par essence, une métaphysique au sens de Karl Popper, c'est-à-dire un discours non-scientifique ? C'est en tout cas ce qu'il s'est efforcé de démontrer.<sup>754</sup>

C'est à ce type d'arguments *poppériens* (mais peut-être pas à Karl Popper en personne<sup>755</sup>) que Freud fait référence en 1937 :

Un savant de mérite, que j'ai toujours eu en grande estime parce qu'il a rendu justice à la psychanalyse à un moment où la plupart des autres ne s'y croyaient pas tenus, a tout de même énoncé une fois un propos aussi blessant qu'injuste au sujet de notre technique analytique. Lorsque vous proposez vos interprétations à un patient, a-t-il dit, vous agissez envers lui selon le fameux principe "Heads I win, tails you lose". C'est-à-dire : s'il est d'accord avec l'interprétation, c'est bien, mais s'il y contredit ce n'est là qu'un signe de sa résistance et il nous donne encore raison. De cette façon nous avons toujours raison contre ce pauvre être sans recours que nous analysons, quel que soit son comportement en face de nos affirmations<sup>756</sup>

A en rester là, la psychanalyse prend le risque de produire des discours qui ne s'adressent qu'à eux-mêmes, dans une circularité qui fournit certes une satisfaction (auto-érotique ?), des

---

<sup>754</sup> Nous avons nous-même usé plus haut d'un exemple manifeste de stratégie immunisante, lorsque nous avons tenté d'expliquer pourquoi le suppositoire n'était pas la forme galénique la plus favorable au déploiement de la suggestion et de l'effet placebo : via la référence à l'un des principaux destins pulsionnels (la sublimation, en l'occurrence), nous avons fait, d'une observation a priori contradictoire, un argument de confirmation de notre hypothèse.

<sup>755</sup> Selon certains auteurs, il ne s'agirait pas de Karl Popper en personne, mais de l'un de ses plus illustres lecteurs. Jeanine Le Poupon-Pirard et al. écrivent qu'« il peut être étonnant d'identifier si vite ce "savant de mérite" à Popper dans la mesure où Freud ajoute que son interlocuteur avait autrefois pris la défense de la psychanalyse, ce qui n'a jamais été le cas de l'épistémologue viennois ». Les auteurs ajoutent que « l'interlocuteur auquel s'adresse ici Freud pourrait bien être Einstein, qu'il connaissait depuis 1927 », et avec qui il entretenait des relations « ambivalentes, bien que fondées sur une incontestable estime mutuelle » (Le Poupon-Pirard J, Mettens P, Nshimirimana L, Pirard R. *L'éthique hors la loi. Questions pour la psychanalyse*. Bruxelles : De Boeck Université ; 1997, note 5 p. 142).

<sup>756</sup> Freud S. (1937b) Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes 1921-1938*. Paris : PUF ; 1985, p. 269.

discours libres de transgresser les repères, les cadres, indifférenciant le souci de l'esthétique, du séduisant, avec celui du vrai, de la connaissance. C'est ainsi que Jacques Lacan oppose savoir et vérité, au prétexte de la division du sujet. Dès lors, il en déduit que « la science est une idéologie de la suppression du sujet »<sup>757</sup>. Quelques années plus tard, le 15 novembre 1977, il introduit ainsi son séminaire XXV intitulé « Le moment de conclure » :

Ce que j'ai à vous dire, je vais vous le dire, c'est que la psychanalyse est à prendre au sérieux, bien que ça ne soit pas une science. C'est même pas une science du tout, parce que l'ennuyeux, comme l'a montré surabondamment un nommé Karl Popper, c'est que ce n'est pas une science parce que c'est irréfutable. C'est une pratique, une pratique qui durera ce qu'elle durera, c'est une pratique de bavardage.<sup>758</sup>

Peut-on envisager une alternative à cette voie qui prive définitivement la psychanalyse de tout caractère de scientificité ? Est-ce à la psychanalyse de s'adapter au modèle expérimental scientifique, ou à la science d'inventer un paradigme à même de prendre en compte la spécificité de l'objet de la psychanalyse ? Dans le premier cas, la psychanalyse s'expose au risque de se fondre dans la psychologie, de sacrifier la spécificité de son objet, et donc de se perdre. A quelles conditions l'inconscient peut-il constituer un objet d'étude, de production de connaissances, comme le sont les manifestations psychiques observables, à savoir celles qui relèvent du conscient et du préconscient, objets des sciences cognitives ? L'irréfutabilité des hypothèses relatives à l'inconscient exclut-elle *de facto* la psychanalyse du champ de la scientificité ?

A défaut de pouvoir nous référer à une scientificité *ad hoc* pour la psychanalyse, qui ne pourrait se constituer qu'à l'issue d'une réflexion épistémologique considérable, initiée par de nombreux travaux depuis un siècle, mais sur laquelle, il nous semble, aucun consensus n'a jusqu'à présent été adopté, nous proposons, en vue de concilier la méthodologie expérimentale quantitativiste avec le traitement des données issues du référentiel psychanalytique dans lequel nous avons choisi de situer notre réflexion, de procéder avec humilité, et par étape :

1/ Un travail préliminaire mené dans un cadre « qualitatif » permet de mettre en œuvre une démarche exploratoire, et de faire émerger des postulats, à défaut d'hypothèses *stricto*

---

<sup>757</sup> Lacan J. Radiophonie, in *Scilicet* 1970 ; 2/3 : 55-99, p. 89.

<sup>758</sup> Lacan J. (1977-1978) Séminaire XXV : Le moment de conclure. *Ornicar?* 1979, p. 5.

*sensu*, puisqu'il ne s'agit jamais, pour les raisons que nous venons d'évoquer, de propositions réfutables ;

2/ Un second temps consiste à procéder à la transposition, forcément partielle et partiale, de ces propositions hors du champ de considération psychanalytique, ce qui implique une transformation fondamentale et délicate, qui consiste à passer d'un discours sur le latent à un discours qui l'ignore, le champ d'action de la démarche de quantification étant limité à la catégorie du psychologique, de l'observable, du manifeste. A cette étape se situe la perte consécutive à l'abandon du latent (propriétés du système inconscient, diversité des destins pulsionnels) ;

3/ L'analyse (notamment statistique) des données, opérée sur les observations recueillies, ne consiste pas à tester une hypothèse (confirmation ou infirmation d'une proposition), mais à explorer les implications de nos postulats sur l'appréhension de la réalité objective, à travers les mesures de l'observable. En d'autres termes, la question n'est pas « notre hypothèse est-elle juste ou fautive ? », mais « dans quelle mesure notre proposition est-elle valable, et qu'apporte-t-elle à la compréhension de nos observations ? ». Les conclusions tirées de cette confrontation doivent aboutir à la production de propositions nouvelles, susceptibles d'être ré-exportées de la démarche expérimentale vers le champ psychanalytique, soit une extrapolation sur l'inaccessible, le latent. Cette exportation n'est autre qu'une *interprétation* au sens psychanalytique, c'est-à-dire la détermination d'un contenu latent référé au contenu manifeste que constituent les résultats de l'analyse des données, comme elle s'effectue sur n'importe quelle observation (le récit d'un rêve par exemple).

Cette démarche nous expose évidemment à nous voir reprocher le recours à une « stratégie immunisante », gage de non-scientificité : notre « hypothèse » est toujours confirmée, ce sont seulement les conditions de sa confirmation qui sont envisagées. Ce reproche nous semble pleinement justifié, et nous l'assumons, car il nous semble être le prix à payer pour tenter de mettre les outils de l'analyse des données au service de la réflexion dans un référentiel psychanalytique, et non l'inverse.

### **3.2.2. Du questionnement psychanalytique à l'observation systématique**

Nous avons vu émerger de nos réflexions sur la suggestion hypnotique l'idée selon laquelle **le phénomène de la suggestion est la manifestation d'une composante pulsionnelle visant le but passif d'être pénétré, qui y trouve une satisfaction indirecte et incorporelle.**

Afin de nous familiariser avec le phénomène hypnotique, et de *défricher* un champ d'étude et de pratiques dont nous n'avions qu'une connaissance théorique, nous avons rencontré au préalable deux hypnothérapeutes expérimentés, et trois hypnotiseurs de spectacle : avec chacun d'entre eux, nous avons longuement évoqué les notions d'hypnose, d'état modifié de conscience, de suggestion, et la variété des techniques d'induction ; nous avons pu nous faire une idée de la diversité des approches et des pratiques. Nous avons également été soumis, à plusieurs reprises, à divers types d'induction hypnotique (directe et indirecte), et à certaines suggestions proposées sous hypnose. Ces expériences nous ont permis d'acquérir une représentation plus empirique de la suggestion hypnotique ; elles nous ont également fourni un modèle auquel nous référer pour l'administration d'une induction hypnotique.

#### 3.2.2.1. Mesure de la suggestibilité

La *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility* (HGSHS) Forme A (Echelle groupale de susceptibilité hypnotique de Harvard, de Ronald Shor et Emily Carota Orne, 1962) est une adaptation groupale de la *Stanford Scale of Hypnotic Susceptibility* (SSHS) élaborée en 1959 par André Muller Weitzenhoffer et Ernest Hilgard, conçue pour une passation individuelle. Il s'agit des deux échelles les plus couramment citées dans la littérature, dans le domaine de l'hypnose. Nous n'avons pas pu nous procurer de traduction française validée de la HGSHS ; par conséquent, il nous a fallu en réaliser nous-même la traduction (voir Annexe IV).

Il s'agit d'une procédure standardisée, que l'on peut schématiquement résumer ainsi :

- les remarques préliminaires : il s'agit de s'assurer de la bonne volonté des participants, et du respect de consignes basiques destinées à instaurer un climat propre à la concentration (interdiction de communiquer pendant la procédure, etc.) ; cette étape d'introduction permet aussi de sensibiliser les volontaires à la nature de l'hypnose, aux buts d'une recherche sur

l'hypnose, et d'évoquer le respect de l'éthique de la recherche (confidentialité des données, etc.) ;

- l'induction hypnotique : les volontaires sont d'abord invités à expérimenter l'effet d'une suggestion hors hypnose (chute vers l'avant de la tête lorsque les yeux sont fermés) ; puis il leur est demandé de se concentrer sur un point quelconque situé sur l'une de leurs mains, alors qu'on leur suggère de façon répétée qu'ils entrent dans un état de relaxation et de somnolence, et que leurs yeux se ferment tout seuls ; cette induction dure une vingtaine de minutes ;

- les suggestions : une fois l'induction hypnotique réalisée, les volontaires sont soumis à une série de suggestions motrices (abaissement de la main gauche, immobilisation du bras droit, blocage des doigts serrés, rigidité du bras gauche, attraction des mains, inhibition de la communication, catalepsie des paupières, suggestions post-hypnotiques d'un mouvement involontaire à l'audition d'un tapotement déterminé), cognitive (amnésie post-hypnotique transitoire), et sensorielle (hallucination auditive d'une mouche) ;

- la sortie de l'état hypnotique : les volontaires sont progressivement invités à retrouver leur état de vigilance normal.

En dehors des remarques préliminaires, la procédure doit être lue mot à mot. L'ensemble de la passation dure une quarantaine de minutes.

Dès la fin de la procédure, il est demandé à chacun de remplir la brochure de réponse qui a été initialement distribuée (voir Annexe V) ; il s'agit d'une auto-évaluation visant à déterminer :

- le nombre d'items rappelés sous amnésie post-hypnotique, puis après la levée de l'amnésie ;  
- le nombre d'items subjectivement réussis, évalués de façon dichotomique (réussite / échec) ;  
- le nombre d'items « objectivement » réussis, c'est-à-dire dont le sujet estime qu'un observateur extérieur aurait considéré qu'il y a répondu, selon des critères précis (ex. : abaissement de la main d'au moins 15 cm), de façon également dichotomique (critère atteint ou non) ;

- le degré d'automatisme, autrement dit l'intensité du caractère involontaire (*involuntariness*) de la réponse du sujet à chacune des suggestions ; le sujet doit choisir parmi 6 réponses pour chaque item : je n'ai pas répondu du tout à la suggestion (coté 0 point) ; ma réponse était surtout volontaire (1) ; au départ ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement (3) ; l'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire (2) ; au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement (3) ; ma réponse était surtout involontaire (4) ;

- la cotation, sur une échelle de 0 à 3, de huit « expériences vécues » pendant la passation (sentiment d'étrangeté, distorsion du temps vécu, etc.) ;
- l'évaluation subjective globale de la profondeur de l'état hypnotique atteinte durant la procédure, sur une échelle de 1 à 10 ; le sujet est invité à motiver son choix.

Que mesurent les échelles dites de « susceptibilité hypnotique », telles que celles de Stanford (SSHS) et d'Harvard (HGSHS) ? Christoph Piesbergen et Burkhard Peter<sup>759</sup> observent qu'après de nombreuses études factorielles, il n'existe toujours aucun consensus quant au nombre de composantes qu'elles mesurent. Seuls ont été mis en évidence des facteurs relatifs à certains types d'items, selon que la suggestion porte sur la réalisation d'un mouvement (abaissement de la main, attraction des mains, etc.), sur l'inhibition d'un mouvement (immobilisation du bras, catalepsie des paupières, etc.), ou sur des tâches sensorielles ou cognitives (hallucination auditive d'une mouche, amnésie post-hypnotique). De telles analyses factorielles ne donnent donc pas d'indication quant à la distinction entre hypnotisabilité et suggestibilité. Pourtant, une étude de 1999 a montré une augmentation de la suggestibilité sous hypnose chez seulement 46% des sujets ; 29% des sujets n'étaient pas plus suggestibles sous hypnose qu'hors hypnose ; la suggestibilité a même diminué sous hypnose chez les 25% restants<sup>760</sup>. On le voit, hypnotisabilité et suggestibilité sont donc loin de constituer un facteur unique, et le lien d'interdépendance entre ces deux dimensions pourraient bien s'avérer moins étroit que l'on aurait pu intuitivement le penser. De ce point de vue, il suffit de se pencher sur les items de l'échelle HGSHS pour constater qu'une catégorisation qualitative des items saute aux yeux :

- certains sont référés au phénomène hypnotique, compris comme une modification de l'état de conscience : c'est le cas des « expériences vécues », et de l'évaluation globale de la profondeur de l'état hypnotique, qui mesurent par conséquent l'**hypnotisabilité** ;
- les autres scores donnent une mesure de l'intensité et du degré d'automatisme de la réponse du sujet aux diverses suggestions qui lui sont proposées : il s'agit donc d'une mesure de la **suggestibilité**, considérée indépendamment de la qualité ou de la profondeur de l'état de transe.

---

<sup>759</sup> Piesbergen C, Peter B. An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Contemporary hypnosis* 2006 ; 23(2) : 59-71.

<sup>760</sup> Braffman W, Kirsch I. Imaginative suggestibility and hypnotizability: an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999 ; 77(3) : 578-587.



Notre réflexion nous a mené précédemment à considérer que l'hypnose est un catalyseur de suggestibilité, mais ne constitue pas en elle-même un phénomène d'influence. Notre intérêt se portera donc sur la mesure de la suggestibilité, et non de l'hypnotisabilité, quel que soit le lien qui unit ces deux dimensions. Nous proposons par conséquent de considérer un score composite de suggestibilité, obtenu par somme équipondérée des scores d'impression subjective, de réponse « objective », et d'automatisme :

- le *score d'impression subjective* (SIS) correspond au nombre d'items auto-évalués comme réussis ; il est compris entre 0 et 12 ;
- le *score de réponse objective* (SRO) correspond au nombre d'items évalués par le sujet comme ayant été objectivement réussis, selon certains critères ; il est compris entre 0 et 11 (la suggestion d'amnésie post-hypnotique n'y est pas prise en compte) ;
- le *score global d'automatisme* (SGA) est calculé en additionnant les scores d'automatisme affectés à chaque item, selon le système de cotation décrit précédemment ; chacun des 11 items reçoit un score compris entre 0 et 4 ; le score d'automatisme est donc compris entre 0 et 44.

La pondération est obtenue en ramenant chacun de ces trois scores à un intervalle compris entre 0 et 1, en divisant chacun d'eux par leur score maximal ; la moyenne des trois scores ainsi réduits est multipliée par 100, afin d'obtenir, pour un meilleur confort de lecture, un score compris entre 0 et 100.

La formule suivante résume le calcul du score composite de suggestibilité (SCS) :

$$SCS = \left\{ \left[ \left( \frac{SIS}{12} \right) + \left( \frac{SRO}{11} \right) + \left( \frac{SGA}{44} \right) \right] / 3 \right\} * 100$$

L'ensemble des sujets a été soumis à la procédure d'induction hypnotique en une seule fois : cela nous a permis de contrôler les variables relatives aux conditions de passation (moment de la semaine et de la journée, température, évènements perturbateurs survenant pendant la procédure<sup>761</sup>, et toute autre variable de l'environnement susceptible d'influencer la réponse à l'induction hypnotique), ainsi que la variabilité relative à la lecture de la procédure par l'expérimentateur. La procédure s'est déroulée dans une salle de cours mise à notre disposition par l'Institut Méditerranéen de Formation en Soins Infirmiers, à Perpignan (voir *infra*, la procédure de recrutement des volontaires).

---

<sup>761</sup> En l'occurrence, lors de cette passation unique, l'un des participants a été pris d'une quinte de toux pendant plusieurs minutes ; plusieurs volontaires ont rapporté en avoir été gênés, déconcentrés.

### 3.2.2.2. Suggestibilité et personnalité : le choix du test de Rorschach

Dans leur *Aide-mémoire d'hypnose*, Antoine Bioy et ses collaborateurs résument ainsi l'état des travaux sur les rapports entre personnalité et hypnotisabilité :

l'aptitude hypnotique [...] est stable, et les études n'ont pas montré qu'elle était en lien avec un autre trait de personnalité. Autrement dit, elle semble indépendante des autres dimensions psychologiques ou d'une organisation générale de la personnalité. Cela tord le cou à l'idée que des structures comme l'hystérie favoriseraient le processus hypnotique. Ajoutons en complément que toutes les études montrent qu'il n'existe pas de plus grande capacité hypnotique chez les femmes que chez les hommes.<sup>762</sup>

Joseph P Green (2004) a tenté de mettre en évidence un lien entre l'hypnotisabilité et des traits de personnalité, en s'appuyant sur le modèle en cinq facteurs de la personnalité, qui fait référence dans le domaine, le célèbre « Big five » : l'extraversion, le névrosisme (tendance à éprouver des émotions déplaisantes), l'agréabilité (tendance à la compassion et à la coopération), le caractère consciencieux, et l'ouverture à l'expérience. Il conclut, comme de nombreuses autres études, que « l'évaluation traditionnelle des traits de personnalité via le modèle en cinq facteurs ne permet d'expliquer qu'une très faible part de la variance dans l'hypnotisabilité »<sup>763</sup>.

Bioy et al. ajoutent qu'on a seulement pu mettre en évidence un lien entre l'hypnotisabilité et « la capacité d'absorption d'un sujet » ainsi que « sa tendance à la fantaisie mentale », mais les auteurs nuancent l'intérêt de ces corrélations : « il s'agit de caractéristiques de l'état hypnotique lui-même et il est difficile de ce fait de conclure que ces deux facteurs sont des prérequis nécessaires ». Enfin, ils rappellent que « l'âge est un élément majeur à considérer dans l'aptitude hypnotique. Le “pic” d'hypnotisabilité s'observe globalement entre 8 et 12 ans, pour ensuite décroître tout au long de la vie »<sup>764</sup>.

Qu'en est-il, non plus de l'hypnotisabilité, mais de la suggestibilité qui, seule, rappelons-le, nous intéresse ? Les études qui ont tenté de mettre en évidence des liens entre le degré de suggestibilité hypnotique et des traits de personnalité ont obtenu le plus souvent des résultats

---

<sup>762</sup> Bioy et al., 2010, *op. cit.*, p. 14.

<sup>763</sup> Traduit par nous de l'anglais. Green JP. The five factor model of personality and hypnotisability: little variance in common. *Contemporary hypnosis* 2004 ; 21(4) : 161-168.

<sup>764</sup> Bioy et al., 2010, *op. cit.*, p. 14.

décevants. Benita K Nordenstrom et al. notent par exemple qu'aucun lien n'a pu être établi par eux entre la suggestibilité et l'un des cinq facteurs du « Big five »<sup>765</sup>. Quant aux rares études qui se sont jusqu'à présent hasardées à prédire des liens entre certaines variables du test de Rorschach et le degré de suggestibilité, elles se sont heurtées à un « *general lack of signifiance* », pour reprendre l'expression d'Ira M Steisel, l'auteur de l'une d'elles : un défaut de significativité des corrélations observées<sup>766</sup>. Notons toutefois qu'à la date de ces travaux (1952), les échelles d'hypnotisabilité et de suggestibilité de Stanford n'existaient pas encore : on peut considérer comme un biais le recours à des tests de suggestibilité peu fiables, non validés.

A notre connaissance, il n'existe aucune publication présentant une étude des liens entre la suggestibilité mesurée par l'HGSHS et la personnalité abordée par la méthode d'interprétation psychanalytique du test de Rorschach. Ce test fait partie des épreuves projectives les plus couramment utilisées dans la clinique et la recherche psychanalytiques. Il est composé de dix planches dont l'ordre de présentation est standardisé. Ces planches présentent des tâches d'encre non-figuratives, symétriques selon un axe vertical, et qui peuvent être catégorisées selon leur aspect général (compacte ou bilatérale) et leur couleur (noire, grise, rouge, pastelle). Conformément à la dialectique du contenu manifeste et du contenu latent propre au modèle freudien d'interprétation des faits psychiques, Didier Anzieu et Catherine Chabert ont repéré des « sollicitations latentes » propres à chaque planche (à la suite, notamment, des travaux de Nina Rausch de Traudenberg), en fonction des caractéristiques formelles et chromatiques du matériel, mais aussi de la place occupée par chaque planche dans la séquence de passation ; ce dernier critère fait dire à Didier Anzieu que les « discontinuités » introduites par la succession des planches « pallie en partie » le problème de l'« intemporalité » de la passation, eu égard à la temporalité d'une cure analytique<sup>767</sup>.

Le clinicien présente au sujet les planches les unes après les autres, avec la consigne suivante (qui peut varier d'un clinicien à l'autre<sup>768</sup>) : « dites tout ce que vous voyez, prenez le temps qui vous sera nécessaire, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ». Chabert note qu'une

---

<sup>765</sup> Nordenstrom BK, Council JR, Meier BP. The "big five" and hypnotic suggestibility. *International journal of clinical and experimental hypnosis* 2002 ; 50(3) : 276-281.

<sup>766</sup> Steisel IM. The Rorschach test and suggestibility. *Journal of abnormal and social psychology* 1952 ; 47(3) : 607-614.

<sup>767</sup> Anzieu D., in Chabert C. (1983) *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod ; 2004, p. XIII.

<sup>768</sup> Voir *Ibid.*, pp. 21-23.

telle consigne rapproche l'utilisation de ce test des phénomènes transitionnels théorisés par Donald Woods Winnicott :

La rencontre entre le sujet et le clinicien, médiatisée par un matériel et une consigne qui sollicitent à la fois l'attachement à un objet perceptible et le recours à une illusion subjective, peut être considérée comme relevant de l'aire transitionnelle telle que l'a conçue Winnicott<sup>769</sup>

Si le sujet ne retourne pas spontanément les planches, il lui est précisé, lors de la présentation de la troisième planche, qu'il est autorisé à le faire.

Après une passation dite *spontanée*, au cours de laquelle le clinicien n'intervient pas, et distribue seulement les planches au rythme du patient, les planches sont présentées une seconde fois pour réaliser l'*enquête* : il s'agit d'un entretien semi-structuré qui vise à expliciter, pour chaque réponse, la localisation ou « mode d'appréhension » de la réponse (globalité, grand détail, détail blanc, détail rare ou bizarre, réponse pathologique dites *confabulée, contaminée, illimitée, etc.*), et le ou les facteur(s) déterminant(s) (forme, couleur, estompage, mouvement). Ces deux informations, associées au contenu de la réponse (réponse humaine, animale, objet, etc.), forment la structure de la cotation des réponses proposées par le sujet. Les éléments qualitatifs (notamment les réponses dites « additionnelles ») proposées à l'enquête ne sont pas cotés, mais contribueront à enrichir l'analyse du protocole. L'enquête permet également de réaliser l'*enquête aux limites* : il s'agit d'inviter le patient à repérer une réponse considérée comme *banale*<sup>770</sup>, gage d'une adaptation minimale à la réalité socialisée, s'il ne l'a pas proposée au cours de la passation spontanée. Cette *enquête aux limites* vise à différencier un effort d'originalité (« un désir d'anticonformisme parfois provocant »<sup>771</sup>), d'une rupture avec la réalité socialisée.

Dans sa préface à l'ouvrage de Catherine Chabert, Didier Anzieu résume ainsi l'abord psychanalytique des épreuves projectives :

---

<sup>769</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>770</sup> Les *banalités* sont les réponses « qui reviennent une fois sur trois selon Rorschach, une fois sur six selon ses successeurs. Elles signifient l'adaptation sociale élémentaire : voir les banalités, c'est voir ce que tout le monde voit. Il s'agit donc de conformisme social, de participation à la pensée collective. Le nombre normal de Ban dans un protocole varie de 5 à 7 » (Anzieu D, Chabert C. (1961) *Les méthodes projectives*. Paris : PUF ; 2004, p. 96).

<sup>771</sup> Anzieu D, Chabert C., *op. cit.*, p. 96.

la situation projective peut induire une suspension provisoire des deux censures, une régression brusque, topique et formelle, et l'émergence dans le système perception-conscience d'un fantasme inconscient, émergence qui court-circuite le passage par le préconscient.<sup>772</sup>

Cependant, ce qui caractérise, peut-être plus que tout autre test projectif, le matériel de celui de Rorschach, c'est la référence évidente à l'image du corps :

Nul de conteste aujourd'hui l'appel au corps sous-tendu par le test de Rorschach. Perceptivement, c'est la construction symétrique des planches autour d'un axe médian qui en justifie l'induction, compte tenu de la similitude de cette organisation avec le schéma du corps humain ordonné symétriquement de part et d'autre d'un plan médiateur.<sup>773</sup>

Or c'est précisément le vécu du corps propre comme un contenant susceptible d'accueillir l'autre en soi, que nous avons associé à une composante pulsionnelle dite *vaginale*, dont nous avons fait l'hypothèse qu'il a à voir avec l'appétence à s'abandonner à l'influence de l'autre, en particulier dans la situation expérimentale de la suggestion sous hypnose. De quelle façon, ce qui nous est apparu comme relevant d'une telle appétence à la pénétration passive, se manifesterait-il à cette épreuve projective si sensible à la représentation de l'image du corps propre, voilà ce que nous cherchons à explorer à travers notre démarche expérimentale.

Ainsi que nous l'avons précisé dans nos remarques méthodologiques préalables (3.2.1.), nous ne nous risquons pas ici à formuler de quelconques hypothèses opérationnalisées. Nous nous bornerons seulement, au détriment de toute réfutabilité, à envisager la façon dont les résultats statistiques éclairent (ou non) nos considérations théoriques, ainsi que semble devoir nous y contraindre la méthodologie psychanalytique et, plus largement, la conception du psychisme qui en constitue l'essence.

### 3.2.2.3. Recrutement

En accord avec la direction et certains formateurs de l'Institut Méditerranéen de Formation en Soins Infirmiers (IMFSI) de Perpignan (66), nous avons procédé au recrutement des sujets parmi des étudiants en seconde année de formation en soins infirmiers.

---

<sup>772</sup> Anzieu D., in Chabert C., 1983, *op. cit.*, p. XIII.

<sup>773</sup> *Ibid.*, p. 59.

Le cadre, les buts et le déroulement de la recherche leur ont d'abord été présentés collectivement. Nous les avons également informés des droits du participant à une recherche (confidentialité, droit de retrait, etc.).

Il leur a été brièvement transmis certaines informations quant à la nature du phénomène hypnotique, et ils ont été informés des risques liés à l'étude. Même si certains manuels d'hypnose évoquent l'existence d'applications hypnothérapeutiques à la psychose, il est tacitement admis parmi la majorité des hypnopraticiens que les pathologies psychotiques constituent la principale contre-indication à l'induction hypnotique<sup>774</sup>. On considère en effet qu'induire une dissociation sur une personnalité déjà dissociée par la psychose risquerait de majorer l'angoisse schizoïde, même s'il va de soi que la polysémie du terme *dissociation* rend plus que délicat un tel raisonnement. Par ailleurs, les résultats de travaux nombreux et anciens semblent démontrer l'influence de la consommation de toxiques sur la suggestibilité<sup>775</sup>. Les étudiants ont été informés des deux critères d'exclusion qui en découlent : le diagnostic de schizophrénie, de trouble délirant, ou d'un autre trouble psychotique ; la consommation de produits stupéfiants (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse, autres stupéfiants) dans les sept jours précédant l'induction hypnotique.

Compte-tenu de la spécificité du mode de recrutement des volontaires, nous avons insisté sur l'évidente indépendance de leur participation à l'étude (ou de leur retrait éventuel en cours d'étude) et de leur formation à l'IMFSI, leur rappelant que l'identité des participants demeurerait confidentielle.

---

<sup>774</sup> Gérard Salem et Eric Bonvin écrivent qu'« aborder la question de l'usage de l'hypnose avec des personnes souffrant de psychose chronique ou de schizophrénie, renvoie généralement à la suspicion d'une dangerosité qui la rendrait contre-indiquée, voire incompatible ». Ils notent que Jung émit même l'idée selon laquelle « l'usage de l'hypnose pourrait faire éclore des psychoses latentes, suspicion qui est, à tort, encore largement répandue de nos jours » (Salem G, Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson ; 2010, p. 280). Ces auteurs considèrent (comme d'ailleurs Bioy et al., 2010, *op. cit.*) qu'une prise en charge hypnothérapeutique des psychoses chroniques en réhabilitation psychosociale est possible. De leur point de vue, les principales contre-indications à l'hypnose sont, outre l'« incompétence du thérapeute » (sic), la psychose « en phase aiguë », la paranoïa, les enfants de moins de trois ans, et les « arriérations mentales » ; ils citent également « les patients passionnément décidés à explorer leur passé traumatique », soulignant que l'hypnose est susceptible de favoriser « l'élaboration de faux-souvenirs » (*ibid.*, pp. 84-85). « L'hypnotisme peut vous débarrasser de votre psychose si facilement ! » note quant à lui Triste Sire (dit Persifleur), le serpent conseiller du Prince Jean, persécuteur de Robin des Bois (Walt Disney, 1973).

<sup>775</sup> Voir notamment : Sjoberg BM, Hollister LE. The effects of psychomimetic drugs on primary suggestibility. *Psychopharmacology* 1965 ; 8(4) : 251-262.

Un formulaire de consentement éclairé reprenant ces informations leur a été remis en deux exemplaires (voir Annexe VI), dont l'un devait être restitué signé au chercheur avant l'étude.

#### 3.2.2.4. Résultats

##### **HGSHS :**

50 volontaires se sont présentés le jour de la passation de la procédure d'hypnose. Les résultats de sept d'entre eux n'ont pas été retenus :

- trois sujets ont mal rempli la brochure de réponse, la rendant inutilisable ;
- un sujet a souffert d'une quinte de toux pendant la procédure d'hypnose ;
- trois sujets parmi ceux présentant les plus faibles scores de suggestibilité ont également été exclu de l'étude : deux d'entre eux ont attesté avoir été perturbés par des douleurs somatiques le jour de la procédure ; le troisième a reconnu avoir gardé les yeux ouverts pendant la durée de l'expérience. Pour eux, il est donc impossible de déterminer si la faiblesse de leur score de suggestibilité est à mettre sur le compte d'une faible suggestibilité, ou de ces facteurs contingents ;

A partir des résultats à la HGSHS (voir Annexe VII), nous avons réalisé un classement des quarante trois sujets restants, en fonction de leur score composite de suggestibilité (SCS), ceci afin de dégager deux groupes extrêmes :

- le groupe « Peu suggestibles » composé des 10 sujets dont le SCS est le plus bas ;
- le groupe « Très suggestibles » composé, à l'inverse, des 10 sujets dont le SCS est le plus élevé.

Deux sujets parmi les vingt retenus dans ces deux groupes n'ont pas souhaité passer l'épreuve de personnalité (un dans le groupe « très suggestibles » et un dans le groupe « peu suggestibles ») ; en revanche, ils n'ont pas demandé à ce que leurs résultats à l'HGSHS soient retirés de l'étude. Ils ont donc été pris en compte dans l'échantillon total (n=43), mais les deux groupes ont du être complétés par les sujets venant immédiatement après dans le classement.

Le tableau 1 résume les caractéristiques d'âge et de sexe des trois échantillons :

	Âge moyen	Proportion de femmes
Echantillon entier (n=43)	31.3 (9.5)	76.7%
Groupe « Peu suggestible » (n=10)	30.7 (7.1)	80%
Groupe « Très suggestible » (n=10)	28.7 (8.1)	90%

**Tableau 1 : Caractéristiques d'âge et de sexe des trois échantillons**  
**Moyenne (écart-type)**

La proportion importante de femmes dans l'échantillon entier reflète celle de la population dont il est issu : une promotion d'étudiants en soins infirmiers, où les femmes sont traditionnellement majoritaires. La légère supériorité de ce ratio dans le groupe « très suggestibles » relativement au groupe « peu suggestibles », nous le verrons, n'est pas statistiquement significative.



Le tableau 2 résume les résultats de l'échantillon entier et des deux sous-groupes à l'échelle de suggestibilité HGSHS :

	Score d'impression subjective (SIS) / 12	Score de réponse « objective » (SRO) / 11	Score global d'automatisme (SGA) / 44	« Autres expériences » / 21	Evaluation subjective globale (ESG) 1 - 10	Score composite de suggestibilité (SCS) / 100
Echantillon entier (n=43)	7.8 (3)	6.5 (2.9)	24.3 (9.4)	11.9 (5.3)	5.9 (2.2)	<b>59.9 (23.3)</b>
Groupe « Peu suggestible » (n=10)	3.5 (2.0)	2.8 (1.5)	11.3 (4.7)	4.5 (1.5)	3.6 (1.6)	<b>26.8 (12.6)</b>
Groupe « Très suggestible » (n=10)	10.9 (0.9)	9.7 (0.7)	35.2 (3.3)	17.4 (4.2)	8.0 (1.5)	<b>86.3 (4.8)</b>

**Tableau 2 : Résultats de l'échantillon entier et des deux sous-groupes à l'échelle HGSHS**

Le tableau 3 résume les corrélations entre les différents scores de l'échantillon obtenus à la HGSHS :

	SIS	SRO	SGA	"Autres expé"	ESG	SCS
SRO	<b>.89</b>					
SGA	<b>.93</b>	<b>.86</b>				
"Autres expé"	<b>.80</b>	<b>.69</b>	<b>.70</b>			
ESPH	<b>.77</b>	<b>.70</b>	<b>.75</b>	<b>.82</b>		
SCS	<b>.97</b>	<b>.96</b>	<b>.96</b>	<b>.76</b>	<b>.76</b>	
Âge	-.02	-.13	-.11	-.12	-.02	-.09
Sexe	.12	.12	.03	.05	-.01	.10

**Tableau 3 : Table de corrélation des résultats de l'échantillon total (n=43) à l'échelle HGSHS**

SIS : Score d'impression subjective – SRO : Score de réponse « objective »

SGA : Score global d'automatisme – SCS : Score Composite de Suggestibilité

ESPH : Evaluation subjective de la profondeur hypnotique

La table de corrélation met en évidence des liens forts et positifs (figurés en gras), significatifs au seuil .00001, entre les scores d'impression subjective, de réponse « objective », d'automatisme, d'expériences vécues, et de profondeur hypnotique. Le score composite de suggestibilité, dans la mesure où il est calculé sur la base du SIS, du SRO et du SGA, est évidemment corrélé très fortement et positivement avec eux. Les scores SIS, SRO et SGA, qui servent au calcul du score SCS, et dont on a dit qu'ils relèvent tout trois de la suggestibilité, sont très fortement corrélés entre eux (de .86 à .93). Chacun d'eux est légèrement moins corrélé avec les scores d'expériences vécues (de .69 à .80) et de profondeur hypnotique (de .70 à .77). En revanche, les scores d'expériences vécues et de profondeur hypnotique sont plus fortement corrélés entre eux (.82). Tout cela semble confirmer l'intérêt d'exclure ces scores pour la mesure de la suggestibilité : ces deux groupes de scores semblent constituer deux dimensions légèrement distinctes. Toutefois, ces corrélations demeurent élevées, et ne vont pas dans le sens d'une indépendance entre hypnotisabilité et suggestibilité, telle qu'elle a pu être suggérée par certaines études (voir *supra*).

Signalons que l'âge et le sexe ne sont corrélés de manière significative avec aucun des scores de suggestibilité et d'hypnotisabilité.

### **Test de Rorschach :**

Nous avons fait passer un test de Rorschach aux sujets des deux groupes « peu suggestible » et « très suggestible », soit vingt volontaires (protocoles de Rorschach : voir Annexe VIII).

Dans notre logique exploratoire, qui consiste à envisager de quelle façon les enjeux métapsychologiques de la suggestion hypnotique sont susceptibles de se traduire au test de Rorschach, nous avons jugé nécessaire de relever un grand nombre de variables (32), parmi les plus couramment utilisées pour l'analyse des protocoles de Rorschach selon la méthode psychanalytique, plutôt que de proposer des hypothèses sur un petit nombre d'entre elles :

- le nombre total de réponses (fournies lors de la passation « spontanée ») ;
- le nombre de réponses additionnelles (fournies à l'« enquête ») ;
- le nombre de « refus » (planches n'ayant occasionnées aucune réponse cotable de la part du sujet) ;
- le temps total de la passation spontanée, exprimé en secondes ;
- le temps par réponse, exprimé en secondes ;

- le temps de latence moyen (moyenne des temps séparant, à chaque planche, la présentation de la planche et la proposition par le sujet d'une première réponse cotable), exprimé en secondes ;
- le nombre d'interventions hors réponse relatives au caractère symétrique du matériel : Rem sym ;
- le nombre d'interventions hors réponse relatives à la couleur rouge et aux couleurs pastelles : Rem C ;
- le nombre d'interventions hors réponse relatives aux couleurs noire, grise et blanche : Rem C' ;
- le nombre de retournements de planche ;
- le pourcentage de réponses « globalité » : G% ;
- le pourcentage de réponses « grand détail » : D% ;
- le pourcentage de réponses « détail rare ou bizarre » : Dd% ;
- le pourcentage de réponses relatives aux lacunes intramaculaires (le sujet propose une réponse localisée, en tout ou partie, dans une zone blanche, hors tâche, réalisant par conséquent une inversion figure/fond) : (Dbl+Gbl)% ;
- le pourcentage de réponses exclusivement déterminées par l'aspect formel du matériel : F% ;
- le pourcentage de réponses dont le déterminant formel est exclusif ou prime sur tout autre déterminant : F% élargi ;
- le pourcentage de réponses de bonne qualité formelle parmi les réponses retenues pour le calcul du F% : F+% ;
- le pourcentage de réponses de bonne qualité formelle parmi les réponses retenues pour le calcul du F% élargi : F+% élargi ;
- le nombre de réponses à contenu humain entier et à déterminant kinesthésique (réponses traduisant un mouvement) : K ;
- le nombre de réponses à contenu animal et à déterminant kinesthésique : kan ;
- le nombre de réponses à contenu « objet » et à déterminant kinesthésique<sup>776</sup> : kob
- le nombre de réponses à contenu humain partiel (partie(s) de corps visible(s) de l'extérieur, par opposition aux réponses anatomiques) et à déterminant kinesthésique : kp ;

---

<sup>776</sup> Catherine Chabert (1983, *op. cit.*, p. 157) précise que pour une cotation kob, « il faut et il suffit que le mouvement soit projeté sur un contenu objet, que ce mouvement soit fort et qu'il prenne sa source à l'intérieur de cet objet ».

- le pourcentage de réponses à déterminant kinesthésique passif parmi l'ensemble des réponses à déterminant kinesthésique<sup>777</sup> : (k passives)% ;
- la somme des réponses à déterminant chromatique, calculée selon la pondération suivante : 0,5 points si la couleur est secondaire par rapport à un autre déterminant (ex : réponses FC) ; 1 point si la couleur prime sur un second déterminant (ex : réponses CF) ; 1,5 point si la couleur est l'unique déterminant (réponses dite « C pur », cotées C) :  $\Sigma C$  ;
- la somme des réponses à déterminant « estompage », calculée selon la même pondération que le  $\Sigma C$  :  $\Sigma E$  ;
- la somme des réponses traduisant une angoisse manifeste associée au contraste entre le blanc et le noir (réponses dites « clair-obscur », cotées Clob), calculée selon la même pondération que le  $\Sigma C$  :  $\Sigma Clob$  ;
- le nombre de « banalités » : Ban ;
- le pourcentage de réponses humaines (qu'elles soient entières ou partielles, réelles ou irréelles) : H% ;
- le pourcentage de réponses animales (qu'elles soient entières ou partielles, réelles ou irréelles) : A% ;
- le pourcentage de réponses proposées aux planches dites « pastelles » (les trois dernières planches du protocole) : RC% ;
- le « type de résonance intime » (rapport entre le nombre de réponses K et la valeur  $\Sigma C$ ) : TRI ;
- la « formule complémentaire » (rapport entre le nombre de réponses kan, kob et kp, et la valeur  $\Sigma E$ ) : FC<sup>778</sup>.

---

<sup>777</sup> Dans le prolongement de nos réflexions sur les rapports entre la passivité et la suggestion, nous avons jugé utile de différencier ainsi les réponses kinesthésiques selon qu'elles sont actives, c'est-à-dire traduisant un mouvement (ex : deux personnes qui sont en train de danser), ou passives, c'est-à-dire relatives à la posture (ex : un géant sur une moto). Cette distinction traduit une hypothèse implicite qui, nous le verrons, ne sera pas corroborée par les résultats expérimentaux.

<sup>778</sup> Le TRI et la FC ne sont en principe pas des divisions, mais des mises en perspective : ils ne donnent pas lieu à un calcul, et figurent seulement une comparaison. Toutefois, afin de pouvoir opérer sur eux le même traitement statistique que sur les autres variables, nous avons retenu la valeur issue de la division ; par ailleurs, afin d'éviter la division par 0, nous avons ajouté 1 au numérateur et au dénominateur :

$$TRI = (K+1) / (\Sigma C+1)$$

$$FC = (kan+kob+kp+1) / (\Sigma E+1)$$

Le tableau 4 résume les résultats du traitement statistique des données (pour les données issues de la cotation des 20 protocoles, voir Annexe IX ; pour l'ensemble des données statistiques, voir Annexe X) :

	Corrélation avec le SCS	Moyenne groupe « peu suggestible »	Moyenne groupe « très suggestible »	Test t de Student (unilatéral)
Rép.	-0,13	20,30	18,00	0,34
Rép. add.	-0,11	1,00	0,70	-
Refus	-0,21	0,90	0,30	-
Tps total	-0,09	852,00	792,00	0,35
Tps / rép.	-0,14	54,90	48,80	0,29
Tps lat. moy.	-0,36	16,00	11,60	0,13
Rem sym	0,31	0,20	0,80	0,13
Rem C	-0,06	0,80	0,60	0,34
Rem C'	-	0	0	-
Retournements	-0,17	19,80	17,40	-
G%	0,40	50,10	65,60	0,06
D%	-0,42	39,60	24,80	<b>0,04</b>
Dd%	-0,12	3,50	2,90	0,37
(Dbl+Gbl)%	0,39	10,90	18,70	<b>0,03</b>
F%	-0,08	54,60	55,20	0,47
F% élargi	0,28	98,50	100,00	0,08
F+%	-0,15	81,50	75,80	0,24
F+% élargi	-0,28	86,00	78,30	0,10
K	-0,38	2,80	1,70	0,06
kan	0,22	0,90	1,40	0,26
kob	0,39	0,20	0,80	0,05
kp	-0,32	0,90	0,30	0,10
k passives %	-0,06	55,70	49,00	0,34
ΣC	-0,21	2,00	1,60	0,21
ΣE	0,02	0,25	0,25	0,50

	Corrélation avec le SCS	Moyenne groupe « peu suggestible »	Moyenne groupe « très suggestible »	Test t de Student (unilatéral)
ΣClob	-0,26	0,35	0,10	0,05
Ban	-0,03	4,10	4,20	0,44
H%	-0,47	32,80	19,90	<b>0,01</b>
A%	0,15	42,40	45,00	0,28
RC%	-0,06	33,40	32,90	-
TRI	-0,16	1,35	1,14	0,24
FC	0,17	2,38	3,10	0,26

**Tableau 4 : résultats du traitement statistique des données**

### **Confrontation des variables du test de Rorschach au Score Composite de Suggestibilité**

La colonne de gauche indique la valeur du coefficient de corrélation  $r$  de Bravais-Pearson calculé entre chaque variable du test de Rorschach et le degré de suggestibilité. Conformément à la table du  $r$  de Bravais-Pearson qui indique que pour des échantillons de 10 (degré de liberté = 8), la significativité au seuil .10 est atteinte pour un  $r$  supérieur à .507, nous constatons qu'aucune des corrélations calculées n'est significative à ce seuil.

Pour comparer les moyennes des deux groupes (faiblement et fortement suggestibles) pour les différentes variables du test de Rorschach retenues, nous avons eu recours au test  $t$  de Student, dont les résultats figurent dans la colonne de droite. Le  $t$  n'a pas été calculé pour les variables dont les valeurs ne présentaient pas une homoscedasticité<sup>779</sup> suffisante pour l'application d'un test paramétrique (test d'homogénéité des variances de Hartley, comparaison à une valeur critique au seuil .05,  $k=2$ ,  $ddl = 9$ ). En gras, nous avons fait figurer les variables pour lesquelles les groupes présentent une différence statistiquement significative au seuil .05. Trois variables sont dans ce cas :

- la variable (DbI+GbI)%, dont la valeur moyenne est supérieure dans le groupe fortement suggestible ( $r = .39$ ) ;
- les variables H% et D%, dont la valeur moyenne est inférieure dans le groupe fortement suggestible ( $r = -.47$  et  $r = -.42$  respectivement).

<sup>779</sup> Il s'agit d'un indice statistique de dispersion : comme tout test paramétrique, le  $t$  de Student ne peut être utilisé avec fiabilité que sur des groupes de données présentant une homogénéité de variance suffisante.

### 3.2.2.5. Interprétation

Le traitement statistique des données issues de la passation de l'échelle de suggestibilité et du test de Rorschach a mis en évidence, schématiquement, les résultats suivants :

- la plupart des variables repérées au test de Rorschach ne semblent pas présenter de lien significatif avec le degré de suggestibilité ;
- plus un individu est suggestible, plus il fournit de réponses localisées en toute ou partie dans une lacune intramaculaire (Gbl+Db1%) ;
- plus un individu est suggestible, moins il fournit de réponses humaines (H%) et de réponses en grand détail (D%).

L'absence de lien entre la suggestibilité et la majorité des variables relevées au Rorschach appelle deux remarques :

- les hypothèses anciennes prédisant une suggestibilité supérieure chez les personnalités labiles, favorisant l'expression affective plutôt que la pensée, et à l'inverse une suggestibilité moindre chez les personnalités rigides, introverties, avec tendance à l'intellectualisation, à l'investissement de la représentation au détriment de l'affect, sont mises à mal par nos résultats (qui ne font là que confirmer ce que de nombreuses études ont déjà montré) : le « type de résonance intime » (TRI), ainsi que la « formule complémentaire » (FC), qui proposent de mettre en perspective les pôles rigide et labile du fonctionnement pulsionnel du sujet à travers la proportion respective de réponses kinesthésiques et sensorielles (conformément aux travaux de Didier Anzieu et Catherine Chabert), ne présentent pas de corrélation significative avec le degré de suggestibilité. En d'autres termes, nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre l'*extratensivité* et la suggestibilité ;
- l'idée, plus récente, selon laquelle la capacité à répondre à des suggestions serait favorisée par une capacité d'imagination plus développée, ou plus opérante, semble contredite par l'absence de corrélation significative entre le degré de suggestibilité et des variables du Rorschach telles que le nombre de réponses et de réponses additionnelles, le nombre de refus de planches, et le pourcentage de réponses formelles (c'est-à-dire des réponses ne faisant pas intervenir les déterminants relevant d'une dynamique pulsionnelle manifeste, tels que le mouvement, la couleur et l'estompage).

Examinons à présent l'interprétation possible des variables présentant, dans notre échantillon, un lien significatif avec la suggestibilité. Il nous faut rappeler ici avec force que les

productions d'un sujet au test de Rorschach ne sauraient être interprétées qu'après avoir été mises en perspective avec d'autres variables : seule la répétition d'indices convergents permet de proposer une conclusion interprétative pertinente. Par ailleurs, et c'est là le mérite des auteurs à l'origine de la méthode d'interprétation psychanalytique du test de Rorschach que de l'avoir sans cesse rappelé, une réponse au Rorschach prend son sens dans la confrontation avec le protocole considéré dans sa diachronie, et dépend de la planche dans laquelle elle est proposée. Si c'est ce qui fournit à cette épreuve projective sa pertinence et sa richesse, dans le respect de la singularité et du dynamisme du fonctionnement psychique, cela rend également délicat le traitement quantitatif des données qui en sont issues. Toutefois, la mise en œuvre de cette méthodologie a mis en évidence des liens entre le degré de suggestibilité et certaines variables du test de Rorschach, qu'il nous faut interpréter : en nous basant sur les travaux de Catherine Chabert, nous allons envisager brièvement quelles informations sur le latent peuvent être inférées à partir de ces éléments manifestes.

### **Le pourcentage de réponses humaines**

Le pourcentage de réponses humaines (H%) constitue, dans notre échantillon, la variable du test de Rorschach la plus fortement corrélée avec le degré de suggestibilité ( $r = -.47$  ;  $t$  significatif au seuil .01).

Notons d'abord que cette moindre fréquence des réponses humaines dans le groupe hautement suggestible n'est pas compensée par une multiplication des réponses animales ( $r = .15$ , NS), comme on aurait pu le supposer dans la mesure où ces deux types de contenus sont les plus fréquents au Rorschach. Mais surtout, il nous faut constater que le pourcentage moyen de réponses humaines dans le groupe hautement suggestible est proche de 20%, alors même que la norme est comprise entre 12 et 18% : il n'y a donc pas sous-représentation des réponses humaines chez les sujets hautement suggestibles, mais *sur-représentation* de ces réponses dans le groupe *peu suggestible* (32,8%, soit en moyenne près d'une réponse sur trois, environ deux fois la norme). Comment l'interpréter ?

Catherine Chabert observe que la capacité à donner un nombre minimum de réponses humaines « rend compte de la capacité d'un individu à s'identifier à une image humaine ». En cela, le H% constitue un « indice de socialisation ». Cette capacité ne semble mise en cause



dans aucun des deux groupes puisque, on l'a dit, les H% moyens sont supérieurs à la norme dans les deux groupes. L'auteur distingue plusieurs types de réponses H :

- les « *représentations humaines clairement définies* », cotées H, marquent « l'aptitude de l'individu à reconnaître son identité subjective » et à « se représenter soi-même dans un système de relations qui ouvre la voie à l'empathie et à la reconnaissance de l'autre » ;
- les représentations humaines irréelles, cotées (H), « renvoient à des personnages mythiques ou déréels ». Ils peuvent témoigner d'une « vie imaginaire riche de fantaisie », mais ne doivent pas constituer l'essentiel des réponses humaines, sous peine de trahir un « retrait dans un univers solipsiste, sans différenciation aisée du réel et de l'imaginaire » ;
- les « représentations humaines fragmentaires », cotées Hd, peuvent se rencontrer dans un contexte « phobique de la représentation humaine », en lien avec le « refoulement des représentations sexuelles », ou encore traduire « une angoisse de morcellement »<sup>780</sup>.

Ces trois types de réponses sont corrélés négativement avec le degré de suggestibilité, mais dans des proportions très différentes : le lien n'est pas significatif pour les réponses humaines entières et les réponses humaines fragmentaires ; il l'est seulement pour les réponses humaines irréelles ( $r = -.44$ , t de Student significatif au seuil .05). On peut ainsi affiner le constat relatif aux rapports entre degré de suggestibilité et réponses humaines : plus un individu est suggestible, moins il donne de réponses humaines irréelles. Si l'on considère, à l'instar de Catherine Chabert, que ces réponses sont un indice de « vie imaginaire riche de fantaisie », on constate que ce résultat prend le contre-pied de l'hypothèse actuelle d'un rapport entre suggestibilité et capacités d'imagination.

### **La tendance à la globalisation :**

Les « modes d'appréhension » traduisent la façon dont le sujet « utilise ses capacités "intellectuelles" à la fois dans le sens de la logique du raisonnement, de l'exploitation des potentialités créatrices et du respect de l'adaptation à la réalité objective »<sup>781</sup>. Les réponses en grand détail (D) sont celles « qui s'attachent à une localisation partielle de la planche dans ses découpes les plus fréquemment utilisées par une population donnée », ce qui « confère aux D

---

<sup>780</sup> Chabert C., 1983, *op. cit.*, pp. 191-193.

<sup>781</sup> *Ibid.*, p. 84.

leur signification adaptative et socialisée »<sup>782</sup>. Le D% doit être mis en perspective avec les autres modes d'appréhension. Dès lors, deux situations peuvent expliquer un D% faible :

- il est associé à un Dd% élevé : cela peut signifier un échec des processus adaptatifs, donc du fonctionnement de l'instance du moi (le sujet a tendance à situer ses réponses dans des découpages rares ou bizarres) ;
- il est associé à un G% élevé : c'est plutôt la tendance à la globalisation qui est en jeu.

C'est ce dernier cas de figure qui est observé dans notre groupe hautement suggestible (le G% est corrélé positivement au degré de suggestibilité :  $r = 0.40$ ). Pour Catherine Chabert, cela peut témoigner « de grandes capacités d'élaboration et de mentalisation ou à l'inverse être sous-tendu par une "paresse" cognitive qui consiste à se mouler au matériel sans curiosité ni recherche », ou encore « de capacités de maîtrise du matériel dont aucun élément ne doit échapper à la vigilance du sujet [...] ou, au contraire, il peut renvoyer à une dépendance extrême par rapport à l'objet et mettre en évidence une soumission à la compulsion de répétition dans des appréhensions globales itératives ». Enfin, Chabert note qu'une majorité de G « peut aussi bien marquer la reconnaissance effective de l'intégrité du sujet et des objets que renvoyer à une fragilité extrême à ce niveau dans un effort de globalisation à tout prix »<sup>783</sup>.

Nous avons observé un D% moyen plus faible dans le groupe hautement suggestible que dans le groupe peu suggestible (24,8% contre 39,6%) ; cette différence s'est révélée statistiquement significative (t de Student significatif au seuil .05). En lien avec nos réflexions sur la place de la pulsionnalité passive dans le phénomène de suggestion, nous proposons de comprendre ces résultats comme relevant d'une appétence plus marquée, chez les individus fortement suggestibles, à l'abandon au matériel, dans une approche plus réceptive qu'analytique, avec par conséquent un moindre effort de découpage du matériel (réponses D). Autrement dit, la tendance à la globalisation pourrait dans certains cas témoigner de la capacité d'un individu à laisser s'exprimer une pulsionnalité « à but passif ».

### **Le nombre élevé de réponses portant sur les lacunes intramaculaires :**

Ces réponses témoignent d'une « inversion figure/fond » ; Catherine Chabert rappelle que, pour Hermann Rorschach, ces réponses relèveraient « d'une attitude d'opposition qui se

---

<sup>782</sup> *Ibid.*, p. 103.

<sup>783</sup> *Ibid.*, p. 112.

manifeste au niveau du mode d'appréhension ». Pour Chabert, il s'agirait plutôt d'« une attraction par le vide, le manque, la béance », notamment dans des contextes « phobiques ». Ces réponses peuvent traduire, selon les sujets, selon les planches où elles surgissent, selon les contenus qui y sont associés, « une remise en cause de l'intégrité corporelle », « une culpabilité primaire », « un vécu d'ordre persécutif », « une problématique qui se réfère aux relations précoces à l'image maternelle ». D'une façon générale, elle propose d'associer les réponses Dbl à la défaillance dans la « dialectique relationnelle primaire » : « il semble que, dans tous les cas, le blanc vienne réifier [...] quelque chose de l'ordre de la carence affective », dans la mesure où « les tentatives pour remplir le blanc dans un effort de maîtrise du matériel sont autant d'essais [...] pour combler ce vide, ce manque douloureux à vivre ». Mais elle nuance cette généralisation, rappelant que les Dbl peuvent également « être appréhendés [...] dans le registre de l'angoisse de castration ». Quoi qu'il en soit, « *la centration sur le Dbl s'inscrit toujours dans le contexte d'une faille, d'un manque se situant certes dans des registres conflictuels différents, mais portant toujours l'accent sur l'incomplétude* »<sup>784</sup>.

Toutefois, compte-tenu de notre hypothèse relative au vécu du corps propre comme un contenant susceptible d'être pénétré (une concavité, pulsionnalisée en une hypothétique *vaginalité*), nous faisons l'hypothèse que les blancs intramaculaires peuvent être investis, outre comme des manques, également à titre d'espaces internes d'accueil potentiel pour l'objet, ouvrant à un mode relationnel spécifique, référé à la pénétration dans sa valence passive. Nous serions tenté d'ailleurs de considérer qu'une telle interprétation des réponses blanches est corroborée par le fait que chez notre malade Dominique (voir 2.4.5.), deux tiers des réponses étaient localisés dans les blancs ; or on a vu à quel point cet investissement du test pouvait être associé, chez elle, à un vécu du corps propre comme réceptacle pour l'autre, fantasmé ou déliré (nous avons même parlé, à son sujet comme à celui d'autres malades, d'un *corps-vagin*, et d'un *moi-endomètre*, caractéristiques de la psychose hystérique) : nous avons constaté chez elle que l'accent n'était pas mis sur le blanc, le manque, la béance, mais sur les délimitations du blanc, référés à une surface interne, donc sur la contenance, la disposition ou non à accueillir l'autre en soi.

---

<sup>784</sup> *Ibid.*, pp. 109-111.

Par conséquent, le lien positif observé entre l'appétence à s'abandonner aux suggestions de l'hypnotiseur, et la proportion de réponses localisées dans les lacunes, pourrait indiquer que ces réponses sont susceptibles de traduire l'assomption de la dimension *concave* du corps propre et, par étayage, de l'espace psychique.

#### 3.2.2.6. Discussion

Pas plus que les autres auteurs, qu'ils aient utilisé une épreuve projective ou un test de personnalité standardisé (tels que ceux qui se réfèrent au modèle « Big Five »), nous n'avons pu mettre en évidence de critère fiable dans l'organisation de la personnalité susceptible de prédire le degré de suggestibilité sous hypnose. Quant aux liens que nous avons observés, ils doivent être considérés avec toutes les précautions et les nuances qu'exigent les spécificités de notre étude :

- le faible nombre de participants : 20 seulement ont passé les deux épreuves (échelle de suggestibilité et test de Rorschach) ;
- le recours à une épreuve projective, et à une méthode d'interprétation psychanalytique : cette approche se prête mal à la systématisation et au traitement statistique ;
- la faiblesse des corrélations observées : les plus élevées se situent, en valeur absolue, en-dessous de .50.

Par ailleurs, nous le répétons, il n'a pas été question pour nous de tester des hypothèses, mais d'en considérer les conditions de confirmation. Cela pourrait mettre en doute la pertinence, et même la légitimité, du recours aux outils statistiques dans notre recherche. Toutefois, ceux-ci nous ont permis de repérer certains liens.

Il nous est apparu que les individus les plus suggestibles sous hypnose semblent présenter une tendance significativement supérieure aux individus peu suggestibles, à localiser leurs réponses au test de Rorschach dans la globalité de la tâche, et dans les lacunes intramaculaires. Nous y avons vu l'occasion de corroborer notre hypothèse concernant un lien entre cette forme d'influence et une hypothétique pulsionnalité *vaginale*, qui vise le but passif d'être pénétré : la passivité occasionne un laisser-aller cognitif qui se prête peu à l'effort de découpage du matériel ; par ailleurs, l'investissement des blancs reflète l'assomption du corps vécu dans sa dimension réceptive, contenante, pénétrable.

Une telle interprétation des réponses localisées dans les blancs dévie notablement de celle de Catherine Chabert, dont on a dit qu'elle y voit plutôt la manifestation d'un manque, d'une incomplétude, d'une défaillance dans la « dialectique relationnelle primaire »<sup>785</sup>. Toutefois, il nous semble qu'une articulation est possible entre ces deux interprétations. Lorsque nous avons proposé d'envisager une composante pulsionnelle *vaginale*, nous avons considéré qu'elle s'étaie initialement sur l'*Hilflosigkeit*<sup>786</sup>, l'état de détresse originaire du nourrisson associé à son extrême dépendance à l'égard de l'objet<sup>787</sup>. Notre hypothèse était que dans cet état de *passivation*<sup>788</sup>, le psychisme naissant s'efforce de s'épargner l'angoisse d'abandon initiale en fantasmant qu'il accueille l'objet dans son espace interne ; nous avons ajouté que le nourrisson trouve d'emblée un plaisir d'ordre sexuel à cette pénétration passive, par étayage sur le plaisir à être pénétré par les corps étrangers, notamment ceux qu'il incorpore à l'occasion du nourrissage. Autrement dit, le vécu du corps propre comme contenant pour l'objet est érigé initialement comme une défense contre l'angoisse de perte. Ainsi, la *vaginalité* constitue un maillon entre l'incomplétude et la réceptivité sexuelle. Par conséquent, nous pouvons, sans désavouer Catherine Chabert, interpréter la sur-représentation des réponses localisées dans les lacunes intramaculaires chez les sujets hautement suggestibles comme relevant d'une appétence singulière à la pénétration passive, celle-là même dont nous avons postulé qu'elle constitue l'un des moteurs de la suggestion hypnotique, comme de tout phénomène d'influence.

---

<sup>785</sup> *Ibid.*, p. 110.

<sup>786</sup> Freud S., 1926, *op. cit.*

<sup>787</sup> Voir 1.5.

<sup>788</sup> Green A., 1999, art. cit.

## DISCUSSION GENERALE

*Pour un moment je me trouve dans cette position intéressante de ne pas savoir si ce que je veux communiquer doit être considéré comme connu depuis longtemps et allant de soi, ou comme tout à fait nouveau et déconcertant.*

C'est ainsi que Freud commence l'un de ses derniers articles<sup>789</sup>. Il traduit par là un état d'âme bien connu du chercheur, a fortiori du doctorant qui, en consacrant plusieurs années à la rédaction d'un unique écrit, nourrit volontiers ce type de ruminations. En réalité, bien sûr, on se situe le plus souvent quelque part entre le génie et la médiocrité : n'est pas Freud qui veut, qui balaie aussitôt le doute qu'il vient d'énoncer (« Tel est, je crois, plutôt le cas » ajoute-il immédiatement, validant l'hypothèse de la nouveauté déconcertante).

Y'a-t-il quoi que ce soit de *nouveau* dans nos considérations ? Hystérie, féminin, passion, possession, hypnose, passivité, suggestibilité, dissociation, etc. : ces *signifiants* forment la trame au sein de laquelle le fil de notre développement nous a naturellement conduit et sans cesse ramené. Leur articulation n'a rien de très novateur, ni de très « déconcertant » : l'histoire des idées nous enseigne qu'ils sont ainsi invariablement associés depuis deux siècles, pour ne pas dire deux millénaires (pour certains d'entre eux). D'ailleurs, si l'on en croit la lettre qu'il adresse à son ami Wilhelm Fliess le 17 janvier 1897, Freud se serait vu reprocher, au début de ses travaux psychanalytiques, la trivialité de ses hypothèses concernant l'hystérie :

que dis-tu de l'observation qu'on me fait en disant que ma toute nouvelle version des origines premières de l'hystérie est connue et a été cent fois déjà publiée au cours de plusieurs siècles ?<sup>790</sup>

Quoi qu'il en soit, il nous a paru intéressant de considérer dans quelle mesure l'intérêt pour la pénétration passive, considérée en tant que but d'une composante pulsionnelle spécifique que nous avons proposé de qualifier de *vaginale*, est susceptible d'apporter un éclairage transversal sur ce caléidoscope de termes, de concepts, de phénomènes.

---

<sup>789</sup> Freud S. (1938b) Le clivage du moi dans les processus de défense, in *Résultats, idées, problèmes 1921-1938*. Paris : PUF ; 1985, p. 283.

<sup>790</sup> Freud S., 1887-1902, *op. cit.*, p. 165.

Notre démarche, initialement *exploratoire* (« Quelles figurations la pénétration passive trouve-t-elle dans la vie psychique ? »), s'est rapidement absorbée dans l'étude d'un phénomène psychologique générique et protéiforme : l'influence. Nous avons donc fondé l'hypothèse selon laquelle les multiples modalités de celle-ci (celle du leader charismatique sur les membres de la foule, celle du médecin, du guérisseur et du gourou sur leur patient, celle de l'hypnotiseur, celle de l'entité qui prend le contrôle du sujet en proie au délire, celle de Dieu sur le mystique et du démon sur le possédé) trouvent leur ressort, chez celui qui subit l'influence, dans une composante pulsionnelle commune, qui n'est autre que celle qui fonde le féminin. Autrement dit, nous avons été amené à considérer que l'influence est le plus fidèle équivalent psychique du coït.

La question du féminin chez Freud, dont nous avons tenté de retracer le parcours dans la première partie de ce travail, est profondément insatisfaisante : nombre des plus éminents contemporains de Freud se sont eux-mêmes fait d'emblée les témoins de cette lacune. La femme ne peut être définie comme le négatif de l'homme, sauf à se situer, comme l'a montré Jacques André, dans une nouvelle théorie sexuelle infantile : la thèse qu'on a qualifiée de « phallocentrique », soutenue presque sans discontinuer par Freud (et totémisée par Lacan), prend au pied de la lettre les fantasmes des hystériques, et néglige par là même la dimension régressive et défensive de leur phallocentrisme (qui justement constitue, dans l'hystérie, une défense *anti-vaginale*). La femme, chez Freud, est perverse polymorphe : tantôt fétichiste, niant la *réalité de sa castration*, et déplaçant la valeur phallique du pénis qu'elle n'a pas sur un substitut (pénis du partenaire sexuel ; bébé), tantôt masochiste, trouvant son plaisir dans la douleur supposée du coït, comme dans celle de l'accouchement.

L'intérêt principal, à nos yeux, de l'hypothèse d'une *vaginalité* consiste dans la possibilité de définir le féminin dans sa spécificité (et non plus seulement dans un phallique en creux, tel que Freud l'a posé, indifférenciant toujours plus explicitement féminin et châtré), et de tenter d'en repérer les racines prégénitales. L'appétence à accueillir passivement l'autre en soi trouve un appui dans le corps de l'enfant, garçon ou fille : c'est le corps comme contenant, pour les aliments, les selles, les organes internes, la sensorialité. Par étayage sur cet aspect du corps, le moi est vécu comme un contenant pour les représentants pulsionnels (affects et représentations), accueillis de la même façon par une instance qui n'en est pas l'auteur, qui doit en subir la charge excitante, et dont la tâche est d'opérer le travail de régulation qu'elle lui impose. Par ailleurs, la « séduction » dont est d'emblée l'objet le nourrisson le relègue

dans une position réceptive-passive qui a tout ou presque d'une position féminine : l'enfant est confronté aux contenus psychiques inconscients de l'adulte maternant, « signifiants énigmatiques » (Jean Laplanche) qui font effraction et fondent sa vie pulsionnelle.

Il nous semble que la composante pulsionnelle *vaginale* permet d'envisager une compréhension originale d'une série de manifestations psychiques normales et pathologiques : elle constitue le ressort de l'appétence à l'occupation de l'espace interne propre, par l'objet passionnément aimé (« tu m'habites ! »), par les représentations dans le travail d'intellectualisation, les rêveries, les ruminations obsédantes (dont on connaît le caractère auto-érotique), par les reviviscences traumatiques (dans un contexte où la *vaginalité* est subvertie par la pulsion de mort), et bien sûr, on l'a dit, par le désir de l'objet dans toute la palette des phénomènes d'influence.

Les « corps étrangers internes » évoqués par Freud dans les années 1890, et la *dissociation* (le refoulement) qui en est à l'origine, censés caractériser les hystériques, ne sont pas l'apanage de ces malades. L'inconscient du *sujet divisé* n'est-il pas le prototype de *l'étranger en soi* ? La pulsion n'est-elle pas l'icône de cette force intérieure qui prend possession du sujet, qui le pénètre en excitant la surface interne du moi ? Le premier « *effracteur nourricier* du Moi » n'est-il pas, si l'on en croit Jacqueline Schaeffer, « la poussée constante pulsionnelle »<sup>791</sup> ? « Nous portons en nous, écrit Henri Ey, le noyau le plus profond de nous-même, comme un corps étranger à nous-même »<sup>792</sup>. La trouvaille de Freud ne consista-t-elle pas, justement, à repérer que les conduites psychiques d'un individu sont *influencées* par une force intérieure qui lui échappe, un refoulé qui cherche, au prix d'un déguisement, à entrer par effraction dans le moi, comme l'homme à l'occasion du coït cherche, au prix d'une métonymie (il se fait « représenter » par son pénis, écrit Freud<sup>793</sup>), à retourner dans la matrice ?

William James déjà écrivait que « les irrptions du subconscient dans la conscience claire ont pour caractère d'objectiver et de donner au sujet l'impression qu'il est dominé par une force étrangère »<sup>794</sup>. Le *féminin*, chez l'homme comme chez la femme, c'est d'être possédé, habité par de l'étranger ; c'est là le « paradigme féminin », pour citer Monique Schneider : « La

---

<sup>791</sup> Schaeffer J., 1997, *op. cit.*, p. 45.

<sup>792</sup> Ey H., 1934, *op. cit.*, p. 102.

<sup>793</sup> Freud S., 1918a, *op. cit.*, p. 403, et 1926, *op. cit.*, p. 53.

<sup>794</sup> Cité par Henri Claude (Claude H., 1930, art. cit., p. 359)



topographie féminine, offrant cette “fente étroite” qui donne accès à une demeure interne, va donc servir de paradigme pour figurer l’espace psychique, pouvant expulser ou accueillir diverses manifestations imprévisibles »<sup>795</sup>. « *There’s someone in my head but it’s not me* », dit le fou de la chanson (*Brain Damage*, un hommage de Roger Waters à son ami Syd Barrett, co-fondateur mythique du groupe Pink Floyd, disparu précocement dans les limbes de la psychose, aidé en cela par ses excès de LSD). Cela résume en fait la condition humaine dans sa dimension psychosexuelle : « Ça parle en moi ». Le psychotique influencé ne fait qu’entendre cette métaphore à un niveau non-métaphorique, au premier degré (le seul, dit-on, dont jouisse la psychose) : par la *Verwerfung*, il ne fait que se désolidariser un peu plus encore de cet étranger en soi que ne le fait le névrosé par la *Verdrängung*.

On a vu ainsi se dérouler, en toile de fond de nos réflexions, l’épineuse question de la *dissociation*, dont Yves Thoret et ses collaborateurs notent judicieusement qu’elle est victime du phénomène même qu’elle décrit<sup>796</sup>. Nous avons évoqué celle de Pierre Janet (l’autonomisation dégénérative de parties de la conscience, à l’origine d’un rétrécissement de son champ dans l’hystérie, pouvant aller jusqu’au dédoublement de la personnalité), celle de Freud dans la période prépsychanalytique (la théorie des « corps étrangers internes » qu’il découvre avec l’hystérie, avant d’en faire le propre du psychisme humain), celle d’Eugène Bleuler (consécutive à un relâchement primaire des associations, elle est pathognomonique de la schizophrénie), celles de Gisela Pankow (qui distingue une dissociation formelle et une dissociation fonctionnelle de « l’image du corps », caractéristiques respectivement des psychoses nucléaires et marginales, soit schizophréniques et non-schizophréniques), celle de Jean-Claude Maleval (l’incapacité pour un sujet délirant de considérer la dimension signifiante de son délire : sans cette caractéristique, le délire n’est pas considéré par Maleval comme psychotique).

Pascal Le Maléfan s’interroge quant à lui sur l’origine des notions de *dissociation* et de *désagrégation* chez Gilbert Ballet, le père de la psychose hallucinatoire chronique<sup>797</sup>. L’auteur estime que Gilbert Ballet emprunte cette notion à une double source : Pierre Janet bien sûr, mais aussi Jules Grasset, un neurophysiologiste montpelliérain à l’origine d’une théorie « du

---

<sup>795</sup> Schneider M. *Le paradigme féminin*. Paris : Flammarion, 2006, p. 99.

<sup>796</sup> Thoret Y et al., 1999, art. cit.

<sup>797</sup> Le Maléfan P. Gilbert Ballet et la médiumnité. Contribution à l’histoire de la psychose hallucinatoire chronique et à celle des divisions subjectives. *Evolution psychiatrique* 2003 ; 68(1) : 63-72.

double psychisme », qui distingue un « psychisme supérieur » et un « psychisme inférieur – inconscient et automatique », et qui aurait également influencé les théorisations de de Clérambault sur l'automatisme mental. Pascal Le Maléfan reproche à cette conception de créer un pont entre la désagrégation de l'hystérie, du somnambulisme, de l'hypnose, et la désagrégation du délire d'influence qui ne serait qu'une exagération de la première : pour Gilbert Ballet, « il n'y a pas de différence de nature entre la dissociation chez le médium et dans la PHC ». En cela, elle implique de considérer un continuum entre les états dissociatifs de l'hystérie, et les hallucinations psychomotrices de la psychose hallucinatoire chronique. Pour Le Maléfan, de telles « fondations » pour la PHC furent « source de confusion à venir car opérant une synthèse impossible entre deux champs psycho-pathologiques ». La PHC théorisée par Gilbert Ballet « recelait une ambiguïté clinique concernant la nature de la division subjective placée à son fondement, ambiguïté qui a tout d'un escamotage ». En proposant, comme nous le faisons, de se référer à une hypothétique « psychose hystérique » pour une compréhension dynamique des phénomènes morbides que la psychiatrie française classique circonscrit par la notion de PHC, nous ne faisons que créer nous aussi un pont, un continuum, entre les *dissociations* hystériques chères à Pierre Janet et le délire d'influence. La « synthèse » entre ces « deux champs psycho-pathologiques » est-elle aussi « impossible » que ne le soutient Le Maléfan ? N'est-on pas, à nouveau, confronté au dogme structuraliste que nous évoquions au sujet, notamment, des « délires hystériques » de Jean-Claude Maleval ?

Force est ainsi de constater que l'énigme de l'hystérie n'a cessé depuis un siècle et demi de remettre en cause les repères nosographiques, notamment ce qui fonde la distinction entre maladies des nerfs et maladies de l'âme, entre dérèglements de la volonté et folie, entre névrose et psychose. Certes, l'hystérie fut éjectée des classifications internationales ; mais aussitôt refoulée, elle fit retour sous les traits d'un autre signifiant, qui n'est autre que celui de *dissociation*, à travers les « troubles dissociatifs ».

Car le DSM, quand bien même il s'est dégagé dès sa troisième version (1980) des considérations structurales, n'est pas épargné par les problèmes soulevés par les phénomènes de dissociation. En premier lieu, on remarque qu'il a habilement escamoté celle d'Eugène Bleuler hors de la pathognomonie de la schizophrénie. Le DSM-IV répertorie cinq

« symptômes caractéristiques »<sup>798</sup> de la schizophrénie : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs. On le voit, parmi eux, seul le discours désorganisé est référé au syndrome dissociatif tel qu'il fut défini par Bleuler. Le quatrième symptôme est plus ambigu, puisqu'il établit une équivalence entre la désorganisation (référée à la dissociation bleulerienne) et la catatonie (qui ne l'est pas forcément). Par ailleurs, le critère A stipule que le diagnostic de schizophrénie n'exige la présence que de deux de ces cinq symptômes : autrement dit, la présence d'idées délirantes et d'hallucinations suffit. Bref, la dissociation bleulerienne n'est plus pathognomonique de la schizophrénie, dans laquelle viennent maintenant se fondre les psychoses délirantes. Certes, le DSM propose aussi un diagnostic de « Trouble délirant », référé à des « idées délirantes non bizarres ». Toutefois, l'application de ce diagnostic implique que le malade n'ait « jamais répondu au Critère A de la Schizophrénie »<sup>799</sup>, celui que nous venons d'évoquer, ou, pour faire simple, qu'il ait déliré sans jamais halluciner. Bref, pour ce qui nous concerne, le DSM signe la mort de la psychose hallucinatoire chronique.

Mais alors même que la *dissociation bleulerienne*, remplacée par celle de « désorganisation »<sup>800</sup>, disparaît de la schizophrénie officielle (balayant la distinction classique entre psychoses schizophréniques et non-schizophréniques), on voit naître une nouvelle catégorie : celle des « troubles dissociatifs ». De quelle *dissociation* s'agit-il maintenant ? Cette rubrique regroupe l'« amnésie dissociative » (oubli massif de souvenirs personnels importants), la « fugue dissociative » (« départ soudain et inattendu du domicile ou du lieu de travail habituel, s'accompagnant d'une incapacité à se souvenir de son passé »), le « trouble dissociatif de l'identité (auparavant Personnalité multiple) », la dépersonnalisation (sentiment de détachement, « impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre fonctionnement mental ou de son propre corps »), et enfin le « trouble dissociatif non spécifié », qui renvoie notamment à l'« état de transe dissociatif » observé à l'occasion de certaines pratiques culturelles ou religieuses<sup>801</sup>. Autant dire que Bleuler a cédé la place à Janet, ou comme l'écrit Alain Bottéro : « l'usage actuel, qui se trouve sous forte influence américaine du fait de la position dominante de la nosographie de *l'American Psychiatric*

---

<sup>798</sup> American Psychiatric Association. (1994) *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson ; 1996, p. 147.

<sup>799</sup> *Ibid.*, p. 153.

<sup>800</sup> Saoud M, Amato T d', 2006, *op. cit.*, p. 10.

<sup>801</sup> A.P.A., 1994, *op. cit.*, pp. 230-232.

*Association*, est à nouveau de réserver le vocable de *dissociation* à son domaine d'origine, celui des troubles *dissociatifs* de la conscience, de la mémoire et de l'identité »<sup>802</sup>.

Dans cet article, Alain Bottéro s'interroge sur les glissements sémantiques qui ont affecté la notion de *dissociation* :

Quel rapport existe-t-il entre la notion de schizophrénie, telle que l'a conçue Bleuler à partir de celle de démence précoce de Kraepelin, et la notion de dissociation, au sens où celle-ci fut élaborée par les psychologues français de la fin du siècle dernier, qui travaillaient sur ce qu'on appelait alors les "névroses", les "maladies de la personnalité", les "troubles de la mémoire et de la volonté" ?

L'auteur souligne le rôle joué par Carl Gustav Jung dans cette ambiguïté terminologique : avant d'être « engagé par Bleuler à la clinique du Burghölzli », il « a suivi les cours de Janet lors d'un séjour parisien en 1902-1903 ». C'est pourquoi Jung va « appliquer à la démence précoce une notion clé de l'école psychologique française, celle de dissociation ». Jung semble ainsi tenir pour équivalents la *dissociation* de Janet (qu'il traduit en allemand par le terme de *Dissoziation*) et la *Spaltung* de Bleuler, c'est-à-dire les mécanismes à l'origine, respectivement, des symptômes hystériques et de la schizophrénie. On ne s'étonnera pas, dès lors, de l'opiniâtreté avec laquelle persiste, parmi la population générale et dans les médias, l'idée reçue selon laquelle la schizophrénie est un dédoublement de la personnalité !

Alain Bottéro considère que dans un second temps, « si la notion de dissociation s'est imposée d'elle-même aux cliniciens français pour rendre le sens de *Spaltung*, [...] c'est avant tout parce qu'elle leur était on ne peut plus familière, qu'elle avait déjà fait son chemin dans la psychiatrie française, qu'ils s'y retrouvaient en terrain connu ».

La *dissociation* est-elle pathognomonique de la schizophrénie ? Evidemment pas, si l'on s'en tient à considérer que le vaste champ lexical de la dissociation (désagrégation, scission, clivage, dissolution, dislocation, *séjonction*<sup>803</sup>, fission, disjonction<sup>804</sup>, etc.) n'est référé qu'à un

---

<sup>802</sup> Bottéro A. Une histoire de la dissociation schizophrénique. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 1999 ; 6 : 7-14.

<sup>803</sup> La *séjonction* est un concept introduit par le neurologue Carl Wernicke pour désigner ce qu'il considère comme le phénomène commun aux aphasies et à toutes les psychoses. Elle est définie comme « une rupture des liens associatifs, un relâchement dans l'architecture de la personnalité » (Hulak F. La dissociation, de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *Evolution psychiatrique* 2000 ; 65(1) : 19-30). Eugène Bleuler avoue d'ailleurs que son « concept de dissociation correspond à la *séjonction* de Wernicke » (1911, *op. cit.*, p. 462).

seul et même processus psychologique. En revanche, si l'on considère deux mécanismes nettement distincts, le problème s'évapore (en partie du moins). La solution n'est d'ailleurs pas à rechercher plus loin que chez Bleuler lui-même. Dans son ouvrage célèbre de 1911, le maître du Burghölzli écrit que dans la schizophrénie, « la conscience ne se fragmente pas d'elle-même, seuls ses contenus le font »<sup>805</sup>. Autrement dit, la réponse ne nous est pas fournie par l'associationnisme, mais par le gestaltisme : dans la schizophrénie, la dissociation touche les *contenus* de la pensée (idées, émotions, sentiments, intentions, etc.), alors qu'elle affecte les *contenants* de pensée (et en premier lieu la conscience) dans l'hystérie, le dédoublement de la personnalité (les « troubles dissociatifs de l'identité »), les phénomènes hypnotiques, et plus généralement dans le fonctionnement psychique universel du *sujet divisé*. Marianne Kédia résume ainsi la distinction en jeu : « Le dissociation de Janet décrit [...] une compartimentalisation de fonctions psychiques restées intègres, alors que la *Spaltung* de Bleuler rend compte d'une fragmentation des fonctions elles-mêmes »<sup>806</sup>.

Le plus simple serait encore de disposer de deux termes distincts. D'un point de vue purement sémantique, le terme *dissociation* semble mieux convenir à la *Spaltung* bleulerienne ; celui de *clivage*, quant à lui, rend mieux compte des multiples formes de division de la conscience, du moi, du sujet. Mais l'histoire en a voulu autrement, notamment depuis que Janet a employé le terme *dissociation* dans le sens d'une division des contenants de pensée, et que Bleuler, à l'inverse, a jugé opportun de construire son néologisme sur la base du préfixe grec *σχίζω*, du verbe *schizein* qui signifie fendre, diviser, couper, déchirer, ce qui, à vrai dire, est plus évocateur du dédoublement de la personnalité, que de l'étrangeté du malade schizophrène, et du *Praecox Gefühl* (Henricus Cornelius Rümke), ressenti immédiat du clinicien à son contact. Freud, quant à lui, n'a pas simplifié le problème, en choisissant de traduire le terme janétien par le mot allemand *Spaltung*, celui-là même utilisé par Bleuler dans un sens fort différent...<sup>807</sup>

Pour limiter l'ambiguïté, nous emprunterions volontiers à la chimie le terme *dissolution*, pour décrire le processus à l'œuvre dans la schizophrénie, et dont elle est pathognomonique. Il s'agit d'une distension des liens qui unissent chacun des contenus psychiques : la trame se

---

<sup>804</sup> Minkowski E. (1966) *Traité de psychopathologie*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo ; 1999, p. 145.

<sup>805</sup> *Ibid.*, p. 462.

<sup>806</sup> Kédia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *Evolution psychiatrique* 2009 ; 74(4) : 487-496.

<sup>807</sup> Bottéro A., 1999, art. cit.

relâche, la force de cohésion qui maintient ensemble chacune des fibres qui forment le tissu psychique s'affaiblit, ouvrant à des réassociations faibles, mouvantes, éphémères, incongrues, multiples, volontiers aberrantes, éventuellement paradoxales, abandonnées aux mouvements internes devenus anarchiques du fait d'une instance régulatrice rendue inopérante, aussi bien qu'au hasard et à la contingence. Le tissu ne se déchire pas ni ne se troue à proprement parler, il se disloque : ce n'est pas l'unité qui est rompue, c'est la cohésion même du matériau psychique qui est perdue, occasionnant une désagrégation, comme un univers qui se verrait privé des forces fondamentales (nucléaires, électromagnétique, gravitationnelle) qui font tendre toute chose vers la cohésion, des éléments constitutifs des noyaux atomiques, jusqu'aux amas de galaxies. La clinique nous montre cette dissolution à l'œuvre derrière chacun des symptômes schizophréniques : les troubles du cours de la pensée (barrages, *fading*, néologismes, réponses à côté, « coq à l'âne », tangentialité, diffluence, alogie, etc.), la discordance (entre affects, idées et comportements), ou encore l'apragmatisme (qui n'est autre qu'une dissociation de tout ce qui concourt à la mise en acte du désir).

Le clivage, quant à lui, n'a pas ce relent de catastrophe. On peut d'ailleurs penser qu'il vise régulièrement à protéger le psychisme contre ce démantèlement, comme un pays qu'on scinderait pour lui épargner la guerre civile et l'implosion. Alors que la *dissolution* est l'expression d'une négation, d'une suppression, d'un affaiblissement, de la perte d'une fonction (Eugène Bleuler parle de *relâchement* des associations<sup>808</sup> ; Eugène Minkowski évoque quant à lui la *perte* de contact vital avec la réalité<sup>809</sup>), le *clivage* est une opération active, chargée d'intentionnalité. Le terme désigne d'ailleurs autant le mécanisme, l'opération (défensive ?) à l'œuvre, que son résultat. Il se traduit par des phénomènes d'une grande variété, qui dépendent essentiellement du contenant de pensée qu'il affecte, et du degré de rupture qu'il lui impose. On peut schématiquement repérer deux formes de ce clivage.

C'est d'un clivage originel du magma d'excitation qu'émerge progressivement l'instance régulatrice du Moi, garante de l'identité et des relations avec la réalité externe<sup>810</sup> : d'une façon générale, de tels clivages donnent naissance aux distinctions topiques, entre systèmes, entre instances. C'est à eux, essence de la métapsychologie freudienne, que l'on doit toute la palette de la *psychopathologie de la vie quotidienne*, à laquelle nous pouvons adjoindre le rêve et la

---

<sup>808</sup> Bleuler E., 1911, *op. cit.*

<sup>809</sup> Minkowski E., 1927, *op. cit.*

<sup>810</sup> Freud S., 1923c, *op. cit.*

suggestion hypnotique en tant que manifestations normales, bien qu'ostensibles, d'une zone inconsciente du champ intra-subjectif. Les symptômes névrotiques ne semblent pas non plus devoir être mis au compte d'un autre processus. Ici, on le voit, le clivage est limité en degré : une dialectique est maintenue entre les zones clivées, au prix de contorsions et de déformations plus ou moins coûteuses. Il va du refoulement transitoire à l'isolation farouche.

L'autre forme de clivage se caractérise par sa radicalité. Freud a mis en évidence la capacité du moi à se scinder en une partie qui dénie la réalité, et une partie qui continue de la considérer ; ces deux courants psychiques inconciliables coexistent sans se conflictualiser, sans se dialectiser. A l'origine, c'est au sujet de la perversion, et en particulier du fétichisme, que Freud a envisagé un tel clivage<sup>811</sup>. Puis à la fin de sa vie, dans son *Abrégé de psychanalyse*, il en fait une caractéristique essentielle de la psychose :

Le problème de la psychose serait simple et clair si le moi se détachait totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut-être même jamais. [...] Nous pouvons probablement admettre que ce qui se passe dans tous les états semblables consiste en un *clivage* psychique. Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a deux ; l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière. Les deux attitudes coexistent, mais l'issue dépend de leurs puissances relatives.<sup>812</sup>

Ce qui fait l'essence de cette forme de clivage, c'est la rupture de la dialectique entre les deux parties dissociées ou, pour parler en termes gestaltistes, l'autonomisation d'une partie qui acquiert le statut de totalité, d'entité autonome. Il s'agit, précisément, de ce que Gisela Pankow traduit par le terme de *dissociation* : la partie clivée n'est plus reconnue comme telle, elle est prise pour un tout. Nous voyons dans ce processus le caractère même de la psychose : un mécanisme, un phénomène morbide, un symptôme, devrait être qualifié de psychotique *si et seulement si* il relève de cette forme de clivage<sup>813</sup>. Lorsqu'un tel clivage affecte la conscience, on voit cohabiter des « personnalités », des « identités », qui s'ignorent et s'excluent mutuellement : il s'agit des dédoublements de la personnalité, des « personnalités multiples », des « troubles dissociatifs de l'identité ». Lorsque ce clivage fend l'unité du

---

<sup>811</sup> Freud S. (1927) Le fétichisme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 133-138.

<sup>812</sup> Freud S. (1938a) *Abrégé de psychanalyse*. Paris : PUF ; 1975, pp. 77-78.

<sup>813</sup> Cette conception semble négliger la distinction traditionnellement admise entre la structure psychotique et la structure perverse. Toutefois, il faut rappeler que ce qui spécifie la perversion, c'est un type particulier de rapport à la réalité, qui n'est pas rejetée en bloc (*Verwerfung*), sans quoi le pervers hallucinerait un pénis là où il n'y en a pas, mais seulement désavouée, c'est-à-dire niée dans sa signification (*Verleugnung*), ce qui amène le fétichiste à déplacer la valeur phallique du pénis sur un substitut.

réservoir pulsionnel, éjectant un désir ou l'une de ses composantes, il aboutit au délire : idées délirantes et perceptions hallucinatoires traduisent le retour *dans le Réel* du matériel clivé.

Bleuler semble vouloir articuler ces deux formes de *dissociation* (*dissolution* et *clivage*), lorsqu'il distingue « deux moments » dans sa *Spaltung* : la *Zerspaltung* primaire « qui correspond à une véritable désagrégation »<sup>814</sup>, et la *Spaltung* à proprement parler, qui se traduit plutôt par un « clivage de la pensée en différents groupements »<sup>815</sup>. Nous retrouvons ici ce que Pankow désigne par « îlots de terre ferme » : l'effondrement initial donne lieu, dans un second temps, à la formation de conglomerats morbides. Ici, le caractère défensif du clivage apparaît nettement : la division vise à contenir la dissolution. Ce double moment explique la ténacité de certains liens associatifs dans la pensée schizophrénique : les malades manifestent volontiers des pensées obsédantes, des rituels immuables et stéréotypés, des idées délirantes récurrentes, qui contrastent avec l'immense désorganisation qui forme la toile de fond de leur vie psychique. Un autre indice de ce processus peut être observé dans le fait, si fréquent dans la schizophrénie, qu'au fil des mois et des années d'évolution pathologique, la désorganisation régresse à mesure que l'appauvrissement autistique s'accroît : cela signe le triomphe du clivage sur la dissolution, au prix d'un assèchement parfois tragique de la vie psychique. Catherine Chabert parle à ce propos de « désert psychotique », auquel laisse rapidement place l'efflorescence productive initiale : les protocoles de Rorschach des patients en témoignent de façon souvent caricaturale<sup>816</sup>.

Comment situer les *phénomènes d'influence* au regard de cette catégorisation des processus dissociatifs ? Ils relèvent d'un destin particulier du morceau séparé d'un contenant psychique des suites d'un *clivage*, destin qui se caractérise par l'occupation de l'espace interne. Un tel vécu d'influence est délirant lorsque le morceau en question est le produit d'un clivage psychotique, radical. Dans tous les cas, le morceau clivé est vécu comme un contenu étranger pénétrant qui excite les parois internes du moi. C'est pourquoi nous avons proposé d'articuler les phénomènes d'influence à la question du féminin, et en dernier ressort, à la problématique *hystérique*.

---

<sup>814</sup> Hulak F. La dissociation, de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *Evolution psychiatrique* 2000 ; 65(1) : 19-30.

<sup>815</sup> Bleuler E., 1911, cité par Hulak F., *ibid*.

<sup>816</sup> Chabert C. (1987) *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod ; 1998, pp. 191 *sqq*.



L'hypothèse d'une *vaginalité* nous a en effet amené à poser autrement la « question de l'hystérique » : non plus « être le phallus ou l'avoir ? »<sup>817</sup>, mais « avoir ou ne pas avoir de vagin ? ». L'hystérique craint d'être envahi(e) par un contenu étranger, dans un mouvement *centripète*, pénétrant, comme l'obsessionnel craint de voir lui échapper, dans un élan *centrifuge*, ses contenus propres : fluides corporels (expulsion des selles, vomissement, éjaculation), matériau psychique (manifestations affectives, décharges libidinales ou agressives, confidences, associations libres dans la cure), possessions matérielles et financières. L'obsessionnel s'efforce de se protéger contre une telle dispersion de ses contenus internes, par le surinvestissement centripète de son intériorité : introversion, intellectualisation, rumination, retenue, pudeur, avarice, accumulation, collection, « régression de l'acte à la pensée »<sup>818</sup>, etc. A l'inverse, l'extériorisation, la mise au-dehors, qui forme la toile de fond du rapport à l'autre chez l'hystérique (mise en spectacle, démonstration affective, exhibition du conflit intérieur sur la scène somatique dans l'hystérie de conversion, projection de la source de l'angoisse vers un objet externe dans l'« hystérie d'angoisse », etc.), apparaît réactionnelle à l'invagination désirée/redoutée : un mouvement centrifuge en défense contre l'appétence concave, centripète, vaginale.

Au risque de céder, à l'heure de conclure, aux sirènes de la systématisation, inévitablement excessive et simpliste, il est tentant d'égrener ainsi une série de paires d'opposées, qui semblent s'ordonner de façon dynamique autour de la dialectique du contenant et du contenu, du dehors et du dedans : séparation/intrusion ; castration/pénétration ; introversion/extratensivité ; convexité/concavité ; masculin/féminin. Les deux grands pôles d'organisation de la personnalité, rigide et labile, correspondraient ainsi aux configurations aménagées en réponse aux deux angoisses prototypiques, relatives aux deux mouvements, gros de plaisir et d'angoisse, du dedans vers le dehors, et du dehors vers le dedans.

« Avoir ou ne pas avoir de vagin ? » : telle serait la façon *névrotique* de formuler l'ambivalence vis à vis de la pénétration passive. Dans la *psychose* hystérique, Œdipe, comme toujours dans la psychose, cède la place à Hamlet, la dialectique de l'avoir à celle de l'être, reformulant ainsi la question : « être ou ne pas être le vagin ? ». Le corps, par *dissociation*

---

<sup>817</sup> François Richard (in André et al., 1999, *op. cit.*, p. 97), en référence à la compréhension lacanienne de l'hystérie.

<sup>818</sup> Freud S. (1909c) Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 199-261, p. 258.

*fonctionnelle* (Pankow), est ainsi tout entier confondu avec sa fonction génitale féminine de contenance, dans ses valences positive et négative (pouvoir ou non accueillir l'autre en soi) : nous avons parlé, à ce sujet, de *corps-vagin*, ou encore de *moi-endomètre*<sup>819</sup>, dans la psychose hystérique.

A cette ambivalence vis à vis de la pénétration passive répond un compromis, qui consiste à débarrasser la pénétration de ce qu'elle a de menaçant : le corps de l'autre. Ainsi avons-nous postulé le rôle pivot, dans l'hystérie, du fantasme d'une *pénétration incorporelle*, qui tout à la fois excite, fait jouir, et épargne de l'angoisse de destruction de l'espace interne tout comme de l'angoisse de culpabilité consécutive à la jouissance espérée.

Si l'hystérie répond à une *structure*, celle-ci transcende donc, de notre point de vue, le clivage entre névrose et psychose. Les deux grands régimes de fonctionnement psychique, tous deux référés à deux types distincts de *dissociation*, donnent lieu à un traitement différencié de la problématique hystérique, sans que celle-ci ne perde son essence. C'est là, semble-t-il, une façon de revenir au sens initial de la notion de *structure*, riche de portée épistémologique, mais dévoyée en psychopathologie par la référence exclusive à l'hypothèse de la *forclusion du Nom-du-Père*, et à l'hermétisme nosographique qu'elle implique, ce à quoi semble faire référence Catherine Chabert lorsqu'elle écrit :

le détournement de la notion de structure l'a parfois transformée en croyance dans une explication à la fois totalitaire et réductrice, dans l'édification illusoire de systèmes fermés utilisés comme référents magiques, alors que justement l'éveil du structuralisme a été permis par le renoncement de la pensée occidentale au mythe d'une totalité englobante<sup>820</sup>

Nous avons proposé d'utiliser l'expression *psychose hystérique* dans un sens qui assume pleinement la portée des deux signifiants qu'elle accole. Elle crée inévitablement un pont entre les deux modèles de référence du fonctionnement psychique, névrotique et psychotique, en vertu d'une prise en compte des racines prégénitales de ce qui est au cœur des enjeux de la problématique hystérique : le féminin. Loin de balayer ce qui distingue ces deux *structures*,

---

<sup>819</sup> La distinction entre vagin et utérus, ici, importe peu : nous avons cru bon, notamment en référence à André Green et Françoise Dolto, d'envisager le fantasme d'un organe vagino-utérin indifférencié, emblème d'une cavité contenant, pénétrable, figure de la concavité, chez l'homme comme chez la femme.

<sup>820</sup> Chabert C., in Widlöcher D (Collectif, sous la direction de). (1994) *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF ; 2005, pp. 106-107.

elle constitue une occasion de réaffirmer leur différenciation de façon vivante, car reposant sur une appréhension dynamique, c'est-à-dire processuelle, des phénomènes psychiques.

# BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (1994) *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques*. Paris : Masson ; 1996.

André J. (1994) *La sexualité féminine*. Paris : PUF ; 2010.

André J. (1995) *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris : PUF ; 2007.

André J, Lanouzière J, Richard F. *Problématiques de l'hystérie*. Paris : Dunod ; 1999.

Anzieu D, Chabert C. (1961) *Les méthodes projectives*. Paris : PUF ; 2004.

Artaud, A. (1927) Correspondance avec Jacques Rivière, in *L'ombilic des limbes* suivi de *Le pèse-nerfs* et autres textes. Paris : Gallimard ; 2003.

Aulagnier P. (1975) *La violence de l'interprétation*. Paris : PUF ; 2007.

Avila T d'. (1562-1565) *Vie écrite par elle-même*. Paris : Seuil ; 1995.

Baillarger J. *Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent*. Paris : Académie royale de médecine ; 1846.

Ballet G (sous la direction de). *Traité de pathologie mentale*. Paris : Doin ; 1903.

Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique. *Encéphale* 1911 ; 11 : 401-411.

Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. *Encéphale* 1913 ; 6 : 501-519.

Benhaiem JM (sous la direction de). (2005) *L'hypnose aujourd'hui*. Paris : In Press ; 2012.

Bergeret J. *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson et Cie ; 1974.

Bernheim H. (1886) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris : L'Harmattan ; 2005.

Bioy A, Keller PH, Fauxpoint JD. Perspectives de l'hypnose au regard de la psychanalyse. *Evolution psychiatrique* 2005 ; 70(1) : 151-160.

Bioy A. Sigmund Freud et l'hypnose : une histoire complexe. *Perspectives psychiatriques* 2008 ; 47(2) : 171-184.

Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau I. *L'aide-mémoire d'hypnose*. Paris : Dunod ; 2010.

Bleuler E. (1911) *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies*. Paris : EPEL/GREC ; 1993.

Bon N. Freud et l'école de Nancy. *La revue lacanienne* 2011 ; 10(2) : 45-48.

Bottéro A. Une histoire de la dissociation schizophrénique. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats* 1999 ; 6 : 7-14.

Bouvet M. (1956) La clinique psychanalytique : la relation d'objet, in *La relation d'objet*. Paris : PUF ; 2006, 121-206.

Braffman W, Kirsch I. Imaginative suggestibility and hypnotizability: an empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999 ; 77(3) : 578-587.

Ceillier A. Les influencés, syndromes et psychoses d'influence. *Encéphale* 1924 (3-6).

Chabert C. (1983) *Le Rorschach en clinique adulte. Interprétation psychanalytique*. Paris : Dunod ; 2004.

Chabert C. (1987) *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod ; 1998.

Chabert C. (2003) *Féminin mélancolique*. Paris : PUF ; 2007.

Chasseguet-Smirgel J. (1964) *La sexualité féminine*. Paris : Payot ; 1978.

Claude H. Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Encéphale* 1930 ; 25(5) : 345-359.

Cochet A. La schizophrénie, « maladie de la cognition »... *Santé mentale* 2008 ; 126 : 19-22.

Davion F. Une femme sous influence. *Journal français de psychiatrie* 2004 ; 22(2) : 57-60.

Docquir C. « Une danseuse est dressée (sur la pointe des pieds) ». Approche de la question du masochisme dans la danse classique. *Evolution psychiatrique* ; in press.

Dolto F. (1939) *Psychanalyse et pédiatrie*. Paris : Seuil ; 1971.

Dubertret C, Gorwood P. Psychose hallucinatoire chronique. A propos d'un cas clinique traité par Risperidone. *Nervure* 1999 ; 12(2) : 15-17.

Dubertret C, Adès J, Gorwood P. Clinical and etiopathogenic specificities of the French concept of Psychose hallucinatoire chronique compared to schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2004 ; 30(1) : 173-184.

Ey H. (1934) *Hallucinations et délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal*. Paris : L'Harmattan ; 1999.

Ey H. (1948-49) *L'hystérie* (tapuscrit de 122 pages jamais publié, prêté par la bibliothèque de l'association *L'Elan retrouvé*, Paris 9)

Ey H. *Traité des hallucinations*. Paris : Masson ; 1973.

Feisthauer J. *Possession démoniaque ou mystique, un problème de Femme ?...* Mémoire pour l'obtention du CES de psychiatrie. Université Claude Bernard de Lyon ; 1980.

Ferchiou A, Schürhoff F, Bulzacka E, Mahbouli M, Leboyer M, Szöke A. Mémoire de source. Présentation générale et revue des études dans la schizophrénie. *Encéphale* 2010 ; 36(4) : 326-333.

Ferenczi S. (1909) Transfert et introjection, in *Œuvres complètes. Psychanalyse I : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1990, 93-125.

Ferenczi S. (1912) Le concept d'introjection, in *Œuvres complètes. Psychanalyse I : 1908-1912*. Paris : Payot ; 1990, 196-198.

Follin S, Chazaud J, Pilon L. Cas cliniques de psychoses hystériques. *Evolution Psychiatrique* 1961 ; 26(2) : 257-286.

Follin S. (1988) La notion de psychose hystérique et la théorie générale des psychoses, in *Vivre en délirant*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo ; 1992, 319-331.

Franck N. *Trouble de l'attribution des actions dans la pathologie schneidérienne*. Thèse de Doctorat. Université Claude Bernard Lyon I ; 2001.

Freud S. (1887-1902) *La naissance de la psychanalyse. Lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. Paris : PUF ; 2005.

Freud S. (1890) Traitement psychique (traitement d'âme), in *Résultats, idées, problèmes 1890-1920*. Paris : PUF ; 2001, 16-17.

Freud S. (1892-1893) Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la « contre-volonté », in *Résultats, idées, problèmes 1890-1920*. Paris : PUF ; 2001, 31-43.

Freud S, Breuer J. (1895) *Etudes sur l'hystérie*. Paris : PUF ; 1996.

Freud S. (1896) Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 61-81.

Freud S. (1905a) Fragment d'une analyse d'hystérie, in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 1-92.

Freud S. (1905b) *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard ; 1962.

Freud S. (1908a) Les théories sexuelles infantiles, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 14-27.

Freud S. (1908b) Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 149-155.

Freud S. (1909a) Considérations générales sur l'attaque hystérique, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 161-165.

Freud S. (1909b) Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 93-198.

Freud S. (1909c) Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux rats), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 199-261.

Freud S. (1910) Un type particulier de choix d'objet chez l'homme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 47-55.

Freud S. (1911) Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoïdes*) (Le Président Schreber), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 263-324.

Freud S. (1914) Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 81-105.

Freud S. (1915a) Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique, in *Névrose, Psychose et Perversion*. Paris : PUF ; 1978, 209-218.



Freud S. (1915b) Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes, vol. XIII*. Paris : PUF ; 1988, 259-278.

Freud S (1915c) L'inconscient, in *Métapsychologie*. Paris : Folio ; 1915, 65-121.

Freud S. (1915d) Pulsions et destins de pulsions, in *Œuvres complètes, vol. XIII*. Paris : PUF ; 1988, 161-185.

Freud, S. (1916) *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot ; 1968.

Freud S. (1917) Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 106-112.

Freud S. (1918a) Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups), in *Cinq psychanalyses*. Paris : PUF ; 2001, 325-422.

Freud S. (1918b) Le tabou de la virginité, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 66-80.

Freud S. (1919a) L'inquiétante étrangeté, in *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris : Gallimard ; 1933.

Freud S. (1919b) Un enfant est battu, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 219-243.

Freud S. (1920a) Au-delà du principe de plaisir, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, 7-82.

Freud S. (1920b) Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 245-270.

Freud S. (1921) Psychologie collective et analyse du Moi, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, 83-176.

Freud S. (1923a) L'organisation génitale infantile, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 113-116.

Freud S. (1923b) La disparition du complexe d'Œdipe, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 117-122.

Freud S. (1923c) Le Moi et le Ca, in *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot ; 1973, 177-234.

Freud S. (1923d) Une névrose démoniaque au XVIIe siècle. *Revue française de psychanalyse* 1927 ; 1(2) : 337-369.

Freud S. (1924) Le problème économique du masochisme, in *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF ; 1974, 287-297.

Freud S. (1924-1925) Notice sur le bloc magique. *Revue française de psychanalyse* 1981, 45(5) : 1107-1110.

Freud S. (1925a) La négation, in *Œuvres complètes, vol. XVII*. Paris : PUF ; 1992, 167-171.

Freud S. (1925b) *Ma vie et la psychanalyse*. Paris : Gallimard ; 1928.

Freud S. (1925c) Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 123-132.

Freud S. (1926) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF ; 2009.

Freud S. (1927) Le fétichisme, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 133-138.

Freud S. (1931) Sur la sexualité féminine, in *La vie sexuelle*. Paris : PUF ; 2004, 139-155.

Freud S. (1933) La féminité, in *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1989.

Freud S. (1937a) Analyse terminée et analyse interminable. *Revue française de psychanalyse* 1975 ; 39(3) : 371-402.

Freud S. (1937b) Constructions dans l'analyse, in *Résultats, idées, problèmes 1921-1938*. Paris : PUF ; 1985, 269-281.

Freud S. (1938a) *Abrégé de psychanalyse*. Paris : PUF ; 1975.

Freud S. (1938b) Le clivage du moi dans les processus de défense, in *Résultats, idées, problèmes 1921-1938*. Paris : PUF ; 1985, 283-286.

Garrabé J. La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs. *Evolution psychiatrique* 1999 ; 64(4) : 717-726.

Gatien de Clérambault Gaëtan (1927) *L'Automatisme Mental*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond ; 1992.

Gift TE, Strauss JS, Young Y. Hysterical psychosis: an empirical approach. *American journal of psychiatry* 1985 ; 142 : 345-347.

Green A. (1976) Le concept de limite, in *La folie privée*. Paris : Folio ; 2010, 121-164.

Green A. (1990) *Le complexe de castration*. Paris : PUF ; 2007.

Green A. Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de psychanalyse* 1999 ; 63(5) : 1587-1605.

Green JP. The five factor model of personality and hypnotisability: little variance in common. *Contemporary hypnosis* 2004 ; 21(4) : 161-168.

Grivois H (sous la direction de). *La psychose hallucinatoire chronique*. Paris : Masson ; 1989.

Grivois H. *Le Fou et le mouvement du monde*. Paris : Grasset ; 1995.

Guttieres-Green L. (2003) *Le masculin et le féminin chez Freud, Winnicott et les autres*. Cycle de conférences d'introduction à la psychanalyse ; [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr).

Hart O (van der), Witztum E, Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of traumatic stress* 1993 ; 6(1): 43-64.

Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *American journal of psychiatry* 1964 ; 120(6) : 1066-1074.

Howard H. Moffet MPH. Sham acupuncture may be as efficacious as true acupuncture: a systematic review of clinical trials. *Journal of alternative and complementary medicine* 2009 ; 15(3) : 213-216.

Hulak F. La dissociation, de la séjonction à la division du sujet. Genèse et évolution d'un concept. *Evolution psychiatrique* 2000 ; 65(1) : 19-30.

Jardri R, Thomas P. Les troubles de la distinction Soi-Autre chez les sujets souffrant de schizophrénie : perspectives neuroscientifiques. *Information psychiatrique* 2009 ; 85(5) : 415-419.

Kedia M. La dissociation : un concept central dans la compréhension du traumatisme. *Evolution psychiatrique* 2009 ; 74(4) : 487-496.

Keller P-H. Le phénomène placebo : une relation qui s'ignore. *Perspectives psychiatriques* 2011 ; 50(2) : 155-161.

Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S., Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, Libbrecht J, et al. "Michael's Game", a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient education and counseling* 2011 ; 83(2) : 210-216.

Klein M. (1946) Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, in *Développements de la psychanalyse*. Paris : PUF ; 1966, 274-300.

Kristeva J. La passion selon Thérèse d'Avila. *Topique* 2006 ; 96(3) : 39-50.

La cinémathèque française. *Le cinéma expressionniste allemand*. Paris : La Martinière ; 2006.

Lacan J. The looking-glass phase. *International journal of psychoanalysis* 1937 ; 18(1) : 76-79.

Lacan J. (1966) D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, in *Ecrits, tome 2*. Paris : Seuil ; 1999, 9-61.

Lacan J. Radiophonie, in *Scilicet* 1970 ; 2/3 : 55-99.

Lacan J. (1972-1973) *Séminaire XX : Encore*. Paris : Seuil, 1975.

Lacan J. (1977-1978) Séminaire XXV : Le moment de conclure. *Ornicar?* 1979.

Lacas ML. Gisela Pankow : filiations dans la psychanalyse des psychoses. *Topique* 2001 ; 76(3) : 41-48.

Lacas ML (Collectif, sous la direction de). *Présence de Gisela Pankow*. Paris : Campagne Première ; 2004.

Lacas ML. La démarche originale de Gisela Pankow. *Evolution psychiatrique* 2007 ; 72(1) : 15-24.

Le Maléfan P. Gilbert Ballet et la médiumnité. Contribution à l'histoire de la psychose hallucinatoire chronique et à celle des divisions subjectives. *Evolution psychiatrique* 2003 ; 68(1) : 63-72.

Le Poupon-Pirard J, Mettens P, Nshimirimana L, Pirard R. *L'éthique hors la loi. Questions pour la psychanalyse*. Bruxelles : De Boeck Université ; 1997.

Lemoine P. *Le mystère du placebo*. Paris : Odile Jacob ; 1996.

Lerner V, Witztum E. Victor Kandinsky, M.D., 1849-1889. *American journal of psychiatry* 2006 ; 163 : 209-209.

Levy-Valensi J, Ey H. Délire spirite. Ecriture automatique. *Annales médico-psychologiques* 1931 ; 13(2) : 126-140.

Libbrecht K. (1995) *Les délires de l'hystérique*. Toulouse : Erès ; 2001.

Luca M de. Psychose hystérique, aspects cliniques et historiques. *Perspectives psychiatriques* 2009 ; 48(2) : 149-158.

Maleval JC. Le délire hystérique n'est pas un délire dissocié. *Evolution psychiatrique* 1978a ; 43(4) : 691-739.

Maleval JC. Schizophrénie et folie hystérique. *Information psychiatrique* 1978b ; 54(7) : 743-765.

Mijolla A de (sous la direction de). *Dictionnaire International de Psychanalyse*. Paris : Calmann-Levy ; 2002.

Minkowski E, Targowla R. (1923) Contribution à l'étude des idées d'influence. *Encéphale* 2003 ; 29(2) : 27-32.

Minkowski E. (1927) *La schizophrénie*. Paris : Payot, 2002.

Minkowski E. (1933) *Le temps vécu*. Paris : PUF, 1995.

Minkowski E. (1966) *Traité de psychopathologie*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo ; 1999.

Mortier R (sous la direction de). *Dictionnaire encyclopédique Quillet. Supplément*. Paris : Librairie Aristide Quillet ; 1971.

Nordenstrom BK, Council JR, Meier BP. The "big five" and hypnotic suggestibility. *International journal of clinical and experimental hypnosis* 2002 ; 50(3) : 276-281.

Organisation Mondiale de la Santé (2008) *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. CIM-10* ; 2009.

Oury J. Suite de la conversation avec Henry Maldiney, Salomon Resnik et Pierre Delion. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2001 ; 36(1) : 47-54.

Pankow G. (1969) *L'homme et sa psychose*. Paris : Flammarion ; 2003.

Pankow G. (1977) *Structure familiale et psychose*. Paris : Flammarion ; 2006.

Pankow G. (1987) *L'être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*. Paris : Flammarion ; 2006.

Pelsser R. Gisela Pankow ou la possible rencontre avec le psychotique. *Santé mentale au Québec* 1984 ; 9(1) : 80-96.

Piesbergen C, Peter B. An investigation of the factor structure of the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A (HGSHS:A). *Contemporary hypnosis* 2006 ; 23(2) : 59-71.

Post DE. The hypnosis of Adolf Hitler. *Journal of forensic science* 1998 ; 43(6) : 1127-1132.

Postel J, Allen DF. L'œuvre historique de Gilbert Ballet (1853-1916). *Histoire des sciences médicales* 1993 ; 27(3) : 189-194.

Pragier G, Faure-Pragier S. Une fille est analysée : Anna Freud. *Revue française de psychanalyse* 1993 ; 57(2) : 447-458.

Racamier PC. (1980) *Les schizophrènes*. Paris : Payot ; 2001.

Racamier PC. *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale ; 1995.

Richer P. *Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Paris : Delahaye ; 1881.

Salem G, Bonvin E. *Soigner par l'hypnose*. Paris : Masson ; 2010.

Saoud M, Amato T d'. *La schizophrénie de l'adulte. Des causes aux traitements*. Paris : Masson ; 2006.

Sauvagnat F, Maleval JC. Crise d'adolescence ou entrée dans la psychose ? La critique du cas Renée de Sechehaye par H.C Rümke et K. Conrad dans les années 50. *Information psychiatrique* 1991 ; 67(7) : 611-619.

Schaeffer J. (1997) *Le refus du féminin*. Paris : PUF ; 2008.

Schaeffer J. (2000) *Féminin et refus du féminin*. Conférence du 11 mai 2000. [www.spp.asso.fr](http://www.spp.asso.fr)

Schaeffer J, Cornut-Janin M, Faure-Pragier S, Guignard F. (1999) *Clés pour le féminin*. Paris : PUF ; 2005.

Schatzman M. (1973) *L'esprit assassiné*. Paris : Stock ; 1974.

Schneider K. (1950) *Psychopathologie clinique*. Louvain : Nauwelaerts ; 1972.

Schneider M. Du cloacal au matriciel. *Revue française de psychosomatique* 2004 ; 26(2) : 35-53.

Schneider M. *Le paradigme féminin*. Paris : Flammarion, 2006.

Schreber DP. (1903) *Mémoires d'un névropathe*. Paris : Seuil ; 2001.

Séglas J. Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. *Année psychologique* 1901 ; 8(8) : 553-558.

Sjoberg BM, Hollister LE. The effects of psychomimetic drugs on primary suggestibility. *Psychopharmacology* 1965 ; 8(4) : 251-262.

Stafford Smith C. Welcome to « the disco ». *The Guardian*, 19 juin 2008.



Steisel IM. The Rorschach test and suggestibility. *Journal of abnormal and social psychology* 1952 ; 47(3) : 607-614.

Suarez-Almazor ME, Looney C, Liu Y, Cox V, Pietz K, Marcus DM, Street Jr RL. A randomized controlled trial of acupuncture for osteoarthritis of the knee: effects of patient-provider communication. *Arthritis care & research* 2010 ; 62(9) : 1229-1236.

Sullivan P. Psychoses. *Psycho media* 2007 ; 12 : 8-13.

Tausk V. (1919) De la genèse de « l'appareil à influencer » au cours de la schizophrénie. *La psychanalyse* 1958 ; 4 : 227-265.

Thoret Y, Giraud AC, Ducerf B. La dissociation hystérique dans les textes de Janet et Freud avant 1911. *Evolution psychiatrique* 1999 ; 64(4) : 749-764.

Tribolet S. *Vocabulaire de santé mentale*. Paris : Editions de santé ; 2006.

Tutkun H, Yargic LI, Sar V. Dissociative identity disorder presenting as hysterical psychosis. *Dissociation* 1996 ; 9(4) : 244-252.

Vignemont F de, Fournieret P. The sense of agency: A philosophical and empirical review of the “Who” system. *Consciousness and cognition* 2004 ; 13(1) : 1-19.

Widlöcher D (Collectif, sous la direction de). (1994) *Traité de psychopathologie*. Paris : PUF ; 2005.

Winnicott DW (1971) *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard ; 2003.

# ANNEXES

## ANNEXE I : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE DOMINIQUE

<p>I 7''</p> <p>1. Alors ça, ça me fait penser au bas du corps des femmes, je sais pas si c'est l'utérus, ou... Au bassin, au niveau du bassin, les deux parties quoi. Et même, là, je verrais le sexe de la femme, le vagin, et un peu l'utérus. Plutôt quelque chose de féminin.</p> <p>2. Remarquez, ça pourrait être masculin aussi, là, comme un sexe d'homme, mais pas... la personne n'aurait pas un sexe énorme, un petit sexe ! (rit).</p> <p>Je verrais les 2 ovaires aussi.</p>	<p>J'ai l'impression qu'y a deux parties symétriques (mime avec les mains), comme dans le corps de la femme, ou même de l'homme en fait, deux ovaires, deux seins, deux testicules. (C/F ?) la forme je crois, un peu. Le bassin, le bas du corps. Là c'est plutôt quelque chose de fermé, c'est pas très ouvert là, y'aurait pas de relation amoureuse possible, et l'enfant on le verrait pas non plus. (Dbl ?) là les ovaires (Dbl inf), et plus haut je sais pas, ce serait l'utérus (Dbl sup), mais comme y'a la tache on dirait que l'enfant peut pas se développer. En fait ça m'évoque pas la procréation. Un corps humain qui pourrait pas procréer.</p> <p>La proéminence (Dd inf), mais un sexe pas développé, un sexe d'un enfant, alors que le bassin, comme c'est grand, je verrais plutôt... Ou un bassin d'enfant...</p> <p>EL (animal) : je sais pas, j'arrive pas à... Par exemple, un animal qui pourrait avoir des ailes, une chauve-souris (G, ban)</p>	<p>Gbl F- Anat/Sex</p> <p>Dd F+ Sex</p>
<p>II 20''</p> <p>Alors là je sais pas. Ca me rappelle un peu l'autre dessin, mais... je sais pas... je sais pas.</p> <p>3. Aussi, le bas du corps, le ventre de la mère, l'endroit où l'enfant se développe.</p> <p>C'est marrant ces tâches. En fait, y'a l'idée de symétrie dans les deux dessins. C'est plutôt quelque chose de féminin quoi, plutôt quelque chose qui appartiendrait au corps de la femme, comme l'autre dessin.</p>	<p>Le blanc, ça m'évoque l'idée d'une poche. F ; D noir</p> <p>(D rouges ?) c'est comme si je l'occultais, le noir c'est comme si il attirait mon attention, et aussi le blanc.</p> <p>EL (personnages) : non.</p>	<p>Dbl F- Anat/Sex</p> <p>Crit Obj Rem Sym</p>

<p>III 10'' (rappel consigne retournement) ∨^</p> <p>4. En fait, ça m'évoque toujours le bas du corps, presque un bustier de femme, le haut des seins, a part que le haut du corps serait un peu réduit, mais c'est toujours l'idée du ventre, l'intérieur du corps de la femme, pas vraiment le sexe, mais l'utérus, ce qui renvoie à la maternité en fait.</p> <p>5. ∨ Un genre d'insecte, la tête, le corps, et les deux pattes.</p>	<p>Les bras (D rouges sup), les seins (D têtes), le buste (D bustes), le sexe (D jambes + D paniers) mais pas l'utérus. Comme une femme qui porterait un peu un corset. F</p> <p>∨ La tête (D paniers) avec les pinces, les pattes (D jambes), la carapace (D bustes + D têtes)</p> <p>EL (personnages) : non. Ah oui, des poules, je vois le bec là. Deux poules qui se regarderaient là. Ou alors des souris. La tête (D têtes), le corps (D bustes). (D kan ban)</p>	<p>Gbl F- Hd/Anat/ Sex → K</p> <p>G F+ A</p>
<p>IV 10'' Alors ça je sais pas.</p> <p>6. Bon je dirais aussi le sexe de la femme aussi, pareil. Je sais pas si c'est parce que j'ai vu le premier dessin... Le vagin, l'intérieur de la femme. Là par exemple, je vois pas l'utérus ou l'endroit où se niche l'enfant finalement. Et puis là je vois pas les attributs de la féminité, les ovaires. Je vois la cavité si vous voulez. Un peu la relation amoureuse on pourrait dire presque, carrément.</p>	<p>Le sexe d'une femme (Dbl entre les D jambes). Et là on introduit quelque chose (D queue) dans... (reste du G ?) ça correspondrait à ce qu'y a au-dessus du sexe, mais comme c'est taché... c'est comme si l'utérus n'existait pas, ou comme si il était fermé quoi.</p>	<p>Gbl F- Sex/Anat → kp</p>
<p>V 15'' 7. Alors là je verrais les ovaires de la femme. ∨ Là je vois pas autre chose ^ ça me ferait penser à une radiographie, vous voyez, chaque fois, c'est comme si vous me présentiez une radiographie du corps de la femme, utérus, sexe, une partie qui renvoie à la maternité.</p> <p>Je pourrais aussi exprimer mes sensations ; je me vois le bien-être dans le ventre de ma mère ; je vois que j'ai été portée dans le ventre de ma mère avec amour.</p>	<p>Ovaires : je sais pas, ces deux tâches, ces deux poches là (montre les ailes, sans précision). G</p> <p>C'est pour l'ensemble. Ca m'évoque la maternité, et la relation que j'ai eue avec ma mère. C'est bizarre, parce que j'ai pas vraiment été désirée, mais j'ai été la bienvenue. J'ai été bien considérée, j'ai été source de joie quoi.</p> <p>EL (animal) : une chauve-souris, avec les ailes dans ce sens, ça serait la tête, le corps, et les ailes (G, ban) Oui c'est vrai que moi je voyais plutôt des choses en rapport avec le corps humain. Ca me fait penser à des radios, un truc squelettique, le squelette.</p>	<p>G F- Anat/Sex</p> <p>Crit Subj</p>

<p>VI 5'' 8. Ben je dirais les ovaires aussi, je sais pas pourquoi.</p> <p>9. Ou alors ça m'évoque aussi le sang des règles, les règles quand elles sortent, le flux sanguin des règles.</p>	<p>Dd arbitraire dans le grand D inf ; F.</p> <p>La tache qui se répand, quand le sang sort du vagin. (D sup ?) ben je sais pas, la poche de l'utérus qui serait complètement fermée, des choses qui seraient pas développées. L'écoulement au niveau du vagin (D sup, dont axe central) et la tache (D inf) (elle fait un geste d'expansion avec sa main, pour figurer la tache qui se répand). kob</p>	<p>Dd F- Anat/Sex</p> <p>G kob Sang</p>
<p>VII 7'' 10. Ca me ramène toujours au ventre de la mère, là ce serait l'utérus où se forme l'enfant, le placenta, la poche. Ca évoque le désir de grossesse ou les choses comme ça en fait.</p>	<p>L'espace (Dbl), la poche blanche là. On se dit qu'un enfant pourrait s'y développer.</p> <p>Rép. Add. : maintenant j'y vois autre chose. La poitrine d'une femme et le soutien-gorge (D têtes ; D queue de cheval = bretelle du soutien-gorge), l'utérus (Dbl), et les ovaires (D inf.), et ça le sexe de la femme (Dd inf. med), un peu dessiné quoi. (Gbl F- Anat/Sex/Hd) EL (personnages) : oui, un visage et une plume (D sup) ; je vois le même visage, comme si on pouvait tracer une ligne au milieu. J'ai l'impression que la personne a mis de l'encre et a plié en deux. (D F+ H ban) Et là le corps un peu (D med), mais pas bien formé.</p>	<p>Gbl F- Anat/Sex</p>
<p>VIII 5'' Alors ça c'est coloré !</p> <p>11. Là ça me montre toujours la deuxième partie du corps de la femme. Là y'aurait les ovaires, l'utérus surtout, mais le vagin serait fermé, je sais pas pourquoi. Là on sent qu'y a pas... je verrais pas la formation d'un enfant en fait.</p>	<p>Les ovaires (D orange), les seins (D vert), ça je sais pas (D gris), le buste (D rose med). (C/F ?) la couleur ça renvoie un peu à la couleur de la chair des organes, je suppose que c'est rouge un peu. (vagin fermé ?) les ovaires là, ça appuie. Ca me fait penser à un kyste à l'ovaire de 7 cm qu'il a fallu m'enlever.</p> <p>Rép. Add. : en fait ça me fait penser à un vêtement de mode. Les épaules (D vert), les bras (D roses lat) mais qui correspondent pas au niveau des épaules, la poitrine (D rose med), le bas du corps, le sexe (D orange), mais pas trop la place pour l'utérus. Là je vois les choses différemment. (D F-</p>	<p>Rem C</p> <p>Gbl FC Anat/ Sex/Hd</p>

	Hd) EL (animaux) : 2 hamsters là (D, ban), enfin ces petits animaux là, des souris, des rats, sans la queue. (D F+ A ban)	
IX 5'' 12. Alors là c'est un peu pareil. Le sexe fermé, la pénétration n'est pas possible (elle mime avec ses 2 mains un geste de fermeture). Y'a l'utérus pour l'enfant.	^ comme ça, ça fait fermé v tandis que là je vois plutôt un sexe ouvert ^ (montre le D rose) mais là c'est la couleur rouge. Le vagin (partie médiane du D rose) et là c'est les ovaires (parties latérales du D rose). L'utérus (Dbl).  Rép. Add. : v dans l'autre sens, je vois différemment. Un sexe de femme ouvert, le vagin par là, cette poche blanche (partie supérieure du Dbl), et ça je sais pas (partie centrale du Dbl)un utérus mal formé, petit, y'a pas la place pour un enfant. (Dbl F- Sex/Anat)	Dbl FC Anat/Sex
X 5'' 13. Ben là y'a... les ovaires, tout est ouvert, toujours la partie basse de la femme, le sexe, y'a la place pour l'enfant, voilà.	Un sexe de femme, un vagin, délimité (Dbl sous le D vert inf), les ovaires (D jaunes med), l'utérus (D bleu med). (C/F ?) non c'est la forme, les formes.  Rép. Add. : ou alors, ça, ça peut faire un sexe de femme, un vagin aussi (Dbl entre les D roses) et les ovaires seraient là (D gris sup). (Dbl F- Anat/Sex)  (pénétration ?) et ben là je dirais qu'y a la place (montre le Dbl entre les D roses).	Dbl F- Anat/Sex

Choix + :

J'aime moins les couleurs (montre les planches pasteltes), parce que ça met pas les choses en valeur. Je serais plutôt attirée par toutes ces formes là. Je pense que ce qui m'attire le plus, c'est quand rouge et noir sont mêlés.

III : y'a des taches, y'a de l'espace, y'a la place pour le blanc, dans ce corps là je verrais plus la possibilité d'avoir un enfant.

Choix - :

VI : c'est un sexe fermé, y'a pas de possibilité d'avoir de relation amoureuse, donc ça me plaît pas.

IV : on dirait qu'on introduit une arme, enfin un objet dans le sexe de la femme, c'est violent comme image.

## ANNEXE II : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE CAROLE

<p>I – 17''</p> <p>1. Une tâche de sang souillé.</p> <p>2. Un visage écrasé.</p> <p>3. &lt;√ Une poitrine et des mains.</p> <p>4. &lt; Un point de respiration. Voilà.</p> <p>5. Un chien, une tête de chien.</p> <p>6. ^ Un monstre. Le diable.</p>	<p>G</p> <p>Une mystification.</p> <p>On lui marche dessus (où ?) par terre.</p> <p>Dd pinces (mime) ça s'accroche, pour ne pas être enseveli par une sorte de grand marécage.</p> <p>Poitrine : une poitrine de femme africaine (Dd « colline » sup)</p> <p>G. Les oreilles (D sup lat), des crocs ou des yeux qu'ont été distordus par la méchanceté des gens qu'ont toujours besoin de se faire un support. Quelque chose de très en colère mais qui dit rien.</p> <p>C'est la tristesse, pas de couleur (?) la couleur et la forme. Les triangles et ça</p>	<p><i>Protocole non-cotable du fait de la pauvreté de l'enquête.</i></p>
<p>II – 16''</p> <p>Une séquestration. Aucune issue.</p> <p>Affronter ses peurs.</p> <p>7. Des portes battantes.</p> <p>8. √ Des pieds, avec des chaussettes.</p> <p>9. Une mante-religieuse</p> <p>10. &lt; Un support.</p> <p>11. √ La totale pour une femme.</p>	<p>G</p> <p>D rouge sup</p> <p>Malheureuse d'avoir mangé la tête d'un homme. C'est ses yeux là (Dd dans D « mains »)</p> <p>Faire aux autres ce qu'on ne veut pas vivre. Comme le roi et les serviteurs. Y'a support et suppôts. C'est ce que je ressens dans ma tête un suppôt. J'ai l'impression d'être un support de suppôt. (associe le suppôt à la représentation du diable, planche I) Un support c'est un bouc-émissaire.</p> <p>Un utérus purifié (Dbl) comme une clé ici, une barrière, à ne pas</p>	

<p>Un semblant de voyance. Voilà, c'est tout !</p>	<p>franchir (traits noirs). Les ovaires (D rouge inf) comme si ils avaient été rongés par la cigarette. Un support sexuel.</p> <p>[pincettes : comme prendre quelqu'un avec des pincettes. Comme une pince à épiler, c'est ça que je veux dire.]</p>	
<p>III – 5''</p> <p>12. Des becs de lièvre.</p> <p>13. Des positions... féminines.</p> <p>14. Des talons hauts.</p> <p>15. Des poitrines transpercées.</p> <p>Des minuties, c'est comme ça qu'on dit ?</p> <p>16. √ Un animal qui a baissé la tête.</p> <p>17. Une crucifixion.</p> <p>18. &lt;^ Un papillon.</p> <p>Le test de Rorschach en général, c'est que des symétries, non ? Donc une symétrie, pour l'autre aussi, et pour l'autre aussi.</p> <p>19. De la cendre, des corps immolés.</p> <p>20. Des robots, des humanoïdes ! comme si ils avaient perdu leurs cœurs, comme si ils n'avaient plus de cœur, et qu'ils essayaient de se rejoindre. Un cœur retrouvé...</p> <p>21. Des autochtones qui ramassent de l'eau d'un puit, qui est très bonne mais qui est souillées par les mains qui la tiennent. Des sacs qui renferment ce qu'on peut imaginer, donc de l'eau par exemple.</p> <p>Des affrontements, le chacun pour soi, la bipolarité, l'ambiguïté sexuelle...</p>	<p>Sur le D « visage »</p> <p>(montre le D « poitrine ») : les pincettes. On peut mettre une croix sur une femme qu'on n'aime pas.</p> <p>D rouge lat</p>	



<p>IV – 10''</p> <p>22. Un tapis.</p> <p>23. Un support.</p> <p>Un ralentissement au niveau de la... une métaphore de ralentissement.</p> <p>24. Quelqu'un qui obéit aux ordres. Des yeux qui obéissent à des ordres.</p> <p>J'entends des voix (?) elles disent « ça », elles se répètent, j'ai l'impression de m'entendre comme un écho (que voient-elles sur la planche ?) un éclaircissement.</p> <p>25. Une bagarre qui a mal tourné (?) c'est moi.</p> <p>La forme du yin et du yang, donc d'un homme et d'une femme. Un entre deux, toujours un empire, justice et injustice, comme si elles étaient personnifiées par des antennes, par des ondes.</p> <p>26. &lt; Une tête coupée.</p> <p>√&lt;^ Quelque chose qui tourne en rond et qui revient au même (elle fait tourner la planche)</p> <p>Toujours cette symétrie. Un support.</p>	<p>Rép. Add. : Le suppôt dont j'ai parlé. Il faut vraiment s'en méfier. Un suppôt monstrueux, du côté droit.</p> <p>Une évanescente.</p>	
<p>V – 19''</p> <p>27. Un V. 2 V.</p> <p>28. Un papillon.</p> <p>29. Un tapis.</p> <p>30. Un support.</p> <p>Une ex...pansion du mal, le mal en expansion.</p>		

<p>Une ligne très fine, une finesse.</p> <p>31. Des cornes, on dirait des cornes en formes de pénis.</p> <p>Un manque d'imagination.</p> <p>Si on le replie sur soi-même, sur lui-même ce papillon, il aura peut-être pas le choix d'aller dans la direction où il voudrait aller. Quelque chose qui se demande où il va.</p>		
<p>VI – 10''</p> <p>32. Des fourches dans un cou.</p> <p>33. Un cobra qui n'a plus de mâchoire, enfin qui n'a plus sa tête normale.</p> <p>34. &lt; un tapis, un support, je vois que ça.</p> <p>35. √ de l'autre côté je vois... des montagnes, des collines,</p> <p>36. et un petit bonhomme qui doit passer... qui se sent séquestré entre la tentation et ces deux collines (?) La tentation c'est le serpent, la sexualité, l'astrologie, la voyance, les rêves, l'onirisme, pour toutes les plaquettes qu'on a passé en revue...</p>	<p>Dd inf: comme si elles étaient prêt à... comme une mante-religieuse, au niveau des collines et des...</p>	
<p>VII – Imm</p> <p>37. Des hurlements. Des bouches édentées.</p> <p>38. Des oreilles de lapin.</p> <p>39. Des visages distordus, ça se dit ?</p> <p>La haine, la colère. Des mots et des images. Des mots qui nous font penser à des images. Des mots tranchants. J'entends les voix. J'ai entendu « pute », hier ou ce matin (voix intérieures ou extérieures ?) à l'extérieur et à l'intérieur.</p> <p>Parler pour se vider l'esprit. Un support.</p>	<p>Rép. Add. : Comme une grosse échographie, une analyse médicale. Le vagin là (axe central dans le D inf.) Une grossesse, une mise au monde.</p> <p>Je vois une direction (Dbl)</p>	

<p>40. des oreilles de chien. Une tête de chien en tant que support.</p> <p>Quelque chose de très sexuel.</p> <p>41. √ Des « S »</p> <p>^∨ et je vois... Stop !</p>	<p>Le support, c'est une tête de chien. C'est aussi un suppôt.</p> <p>Un support de cri pour des gens qui ont envie de faire l'amour librement.</p>	
<p>VIII – Imm.</p> <p>42. Des lionnes qui baissent la tête.</p> <p>43. Des marécages.</p> <p>44. √ un cordon ombilical, qui n'a pas été coupé.</p> <p>45. Un élastique, un homme, deux couleurs qui se mélangent, et qui font du marron. Une épreuve, la marche. Des pincettes, sur toutes les images j'ai vu que des pincettes. Je vois un élastique très solide, comme... plus une question de support, mais une question de soutien. En caoutchouc.</p>	<p>ban</p> <p>D vert + gris</p> <p>Dd vert inf</p>	
<p>IX – 12''</p> <p>L'échec d'un big-bang.</p> <p>46. Le serpent.</p> <p>Trois couleurs, orange, blanc et bleu.</p> <p>47. Une énorme tâche.</p> <p>48. Des pincettes.</p> <p>49. Des râtaux sexuels.</p> <p>49. Deux murs, où on voit de la blancheur.</p> <p>Deux trous blanchâtres, beaucoup de trous blanchâtres. Des mélanges de couleur inappropriés pour faire quelque chose de joli.</p>	<p>Un orgasme.</p> <p>Axe central.</p> <p>Ca veut dire « t'as pas droit », comme une ceinture, une fermeture (Dd vert « griffes »). Quelque chose qui n'a pas accès à l'autre côté.</p> <p>Comme une dimension, des effets d'optique, on regarde à travers.</p>	

<p>Une base. L'onirisme.</p>		
<p>X – Imm.  Pour des enfants, des couleurs,</p> <p>50. Des lions</p> <p>51. ou des hippocampes, la tête bien haute.</p> <p>52. Des soleils, pour éclaircir une couleur rose.</p> <p>Des couleurs, des enfants.</p> <p>53. Des grneouilles avec des pincettes.</p> <p>54. √ le « V »</p> <p>55. Des hippocampes, pareil.</p> <p>56. Et la tête d'une femme, une tête avec des cheveux et un corps qui supporte quelque chose sur ses deux épaules, comme des grands serpents, des grands hippocampes. Voilà !</p> <p>57. Le cœur de la lave.</p> <p>58. Un soleil brûlant.</p> <p>Une proximité.</p> <p>Et toujours cette symétrie.</p>	<p>ban, avec un cœur embrasé.</p> <p>D vert inf.</p>	

### ANNEXE III : PROTOCOLE DE RORSCHACH DE FLORENCE

<p>I C'est noir, négatif.</p> <p>1. 2 yeux, avec un nez au milieu et une bouche. Je peux vous montrer ? Un animal avec des cornes. Ca représente le diable, les forces obscures.</p> <p>2. Si je regarde bien, je vois des âmes, des gens prisonniers.</p> <p>3. Deux gardes, avec une personne qui a envie de sortir de l'enfer, et y'a ces deux fameux gardes. Je vois les mains de la femme. Est-ce une femme ? Oui, elle a une robe. Le problème c'est qu'elle est prisonnière, avec ces deux molosses qui l'empêchent d'avancer.</p>	<p>Une tête, le mal, Halloween. FC +</p> <p>Dd bizarre dans le noir. « les points ce sont des yeux »</p> <p>F+</p>	<p>Rem C'</p> <p>Gbl FClob(+) (Hd)</p> <p>Dd F- (H)</p> <p>G K(+) (H)</p>
<p>II – 12''</p> <p>4. Je vois des chiots.</p> <p>5. Ce rouge là, c'est du sang pour moi, ça m'évoque du sang.</p> <p>6. Ici c'est rouge mais ça m'évoque un papillon. C'est quelque chose de beau, c'est que du positif. Entouré de deux chiens, noirs, mais c'est pas pour ça que c'est du négatif. La tête du chien, le museau.</p> <p>Qu'est-ce que c'est ça ? (montre le Dbl central)</p> <p>7. Je vois un oiseau avec un grand bec.</p> <p>Au bout de ce chemin, c'est le paradis. Ca représente tout a fait ma situation actuelle. Le papillon va vers la lumière. Ca c'est la lumière (Dbl).</p> <p>8. Et au bout, la porte du bonheur,</p> <p>9. symbolisée par deux lions.</p>	<p>F+</p> <p>Des chiens qui auraient été battus, torturés. Maintenant qu'ils savent qu'il y a une élue, ils vont vers la lumière.</p> <p>D rouge inf.</p> <p>Dbl Un oiseau, pris de haut. Une cigogne peut-être.</p> <p>D main</p> <p>D rouge sup</p>	<p>D F+ A ban</p> <p>D C Sg</p> <p>D F+ A</p> <p>Dbl F+ A</p> <p>Dd F+ Obj</p> <p>D F- A</p>

<p>III – 6'' Je vois du positif. C'est quoi cet animal ?</p> <p>10. Je retrouve mon petit papillon au milieu, moins prononcé, mais joli.</p> <p>Couleurs noir et rouge qui reviennent. Y'a quelque chose qui va pas dedans, parce qu'elle est aussi bien positif que négatif.</p> <p>11. Deux animaux, on dirait qu'ils sont en train de faire la vaisselle, face à face, ils s'observent. Ils ont fait beaucoup d'erreurs, ils ne demandent qu'à aller au paradis.</p> <p>12. Et ça (rouge lat) ça me rappelle le sang. C'est en contradiction avec le papillon.</p> <p>Ca c'est négatif, ça c'est positif. Ils sont peut-être au purgatoire, je ne sais pas.</p>	<p>Rép. Add. : une tête de chat (D panier)</p> <p>Rép. Add. : toujours cette porte au fond (Dd gris inf), une échappatoire.</p> <p>Des animaux avec un bec, des oiseaux. D jambes + D bras = « jambes » Ca c'est deux garçons, vous allez me prendre pour une folle, parce qu'il y a les kikis ici.</p> <p>Ils se font face à face, ils s'expliquent, ils ont un passé difficile, ils ont fait de grosses bêtises, ils cherchent à se faire pardonner.</p>	<p>D F+ A ban</p> <p>Rem C' et Rem C</p> <p>G kan(+) A</p> <p>D C Sg</p>
<p>IV – Imm Ah ben alors là !</p> <p>11. Les forces du mal, dans toute sa splendeur, oh là là... c'est que du négatif. La tête, les yeux, avec une surpuissance, avec une queue, comme les dinosaures, ils balayent tout sur leur passage, avec leurs grosses boules et les pics. J'ai l'impression qu'il me voit car on voit bien les yeux. Ca me fait des frissons. Je sais pas si c'est Satan. Si c'est pas lui, c'est un de ses conseillers.</p>	<p>La tête, les petits yeux inquisiteurs, les mains, ou ce qu'il en reste, les pieds, les jambes, la queue. C'est le mal en personne.</p>	<p>Choc</p> <p>G FClob(+) (H) → K</p>
<p>V – 3''</p> <p>12. On retrouve mon papillon.</p> <p>13. Ah non, c'est une C-S. Dans le monde animal, la C-S représente les vampires. Il est noir, c'est pas du positif. Une C-S qui représente les forces du mal, dans le monde des animaux. La vampirisation. Les ailes, la tête, les pattes. Elle est venue se battre contre nous les forces du bien.</p>	<p>C'est le mal, le mal commence à prendre un peu de terrain.</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G FClob(+) A</p>

<p>VI – 27'' &lt;v</p> <p>14. Je vois une araignée, une petite araignée. &lt;^ Je crois bien que... je vois pas grand chose, c'est très abstrait. Quelque chose de positif et de négatif. Autant de mal que de bien.</p> <p>15. Ah ! je vois un singe, un babouin, forcément, c'est les forces du bien ça. Il a l'air sérieux, il veille, il est là. Ca pourrait être le babouin du roi lion.</p> <p>Je vois une araignée, c'est ma plus grande phobie, je suis arachnophobe, mais elle se cache. C'est les forces du bien, qui pourront éventuellement se transformer en forces du mal, c'est tellement positif que ça peut se transformer en négatif.</p>	<p>Rép. Add. : des grigris indiens pour nous protéger (D sup). C'est positif. Dd inf med. Elle a peur, elle se cache derrière</p> <p>F+ Dd med</p> <p>D inf : c'est négatif. Il peut s'emporter, se mettre hors de lui</p>	<p>Dd F+ A</p> <p>Dd F+ Ad → kan</p>
<p>VII C'est bien ça ! C'est du positif.</p> <p>16. Je vois des animaux. Un ours peut-être. Un éléphant. Deux formes, très distinctes, qui se regardent, qui sont de dos et qui se retournent. C'est positif ça. Ils sont pas complètement noirs, ils virent vers le gris, c'est qu'il y a du y avoir quelque chose avec eux. Mais ils sont tellement mignons, ils sont pardonnés. On dirait des lapins, mi-lapin, mi-chien. Ils se regardent, ils communiquent.</p>	<p>Oreilles, tête, cou, pattes, et tout son corps. G F+</p>	<p>G kan(+) A</p>
<p>VIII Déjà y'a de la couleur. Ah ! ça va bien ça.</p> <p>17. Je vois un corps humain, les organes. La cage thoracique, ici les poumons en rose, c'est pas les nénécs ça, les seins ?</p> <p>18. Je vois des caméléons également. En tout cas c'est deux bestioles, mi ours, mi rongeur, mi caméléon aussi.</p> <p>C'est positif, mais porteur d'un message. Pour l'instant c'est rose, mais si on continue les excès, ça finira par devenir jaune. Ma Maman est décédée de ça.</p>	<p>L'intérieur d'un corps humain. Cage thoracique, poumon, foie. Le corps humain d'un enfant, pur, innocent. L'intérieur d'une personne pure, c'est propre.</p> <p>Ban Entre le rat, un rongeur, le caméléon.</p>	<p>G F- Anat</p> <p>D F+ A ban</p>

<p>IX Non ça j'aime pas, ça. 19. Parce que j'ai l'impression que c'est la maladie. C'est plus ou moins la même photo que tout à l'heure. Le corps humain une fois que la maladie s'est installée. Les organes ne sont plus aussi beaux.</p> <p>20. Je vois une tête de mort au milieu.</p> <p>L'autre était positive, ça c'est négatif. Le avant et le après. L'intérieur d'un enfant, et ça c'est après consommation, dans l'excès. C'est très mauvais.</p>	<p>Elle est horrible cette photo, c'est la mort. D orange : le foie D rose : poumons. Y'a même plus de forme. Ca n'en parlons pas (D vert), je sais pas, mais c'est pas bon. On voit plus rien, tellement y'a eu d'excès. C'est la mort qui vient le chercher. C'est celui d'un adulte.</p> <p>Dbl med</p>	<p>G F- Anat</p> <p>Dbl F- Anat</p>
<p>X Ben c'est positif, festif. 21. C'est la mer, avec les petits poissons, les crabes, les langoustines. Les couleurs sont pas forcément... ça se mélange, mais c'est bien fait. L'univers de la mer. Suite à mon délire je pense qu'ils se sont tous passés le mot, ils veulent fêter ça, il manque qu'une sirène. Les écrevisse (D gris sup) c'est sombre parce qu'ils savent très bien que ce sont les premiers consommés. Excusez-moi, je repars dans mon délire. C'est festif, c'est le dénouement final.</p>	<p>La mer qui me remercie. Y'a eu tellement d'espèce qui ont disparu. Ils sont en train de tout décimer.</p> <p>Ca me rappelle La belle et la bête.</p>	<p>G F+ Paysage ban</p>



## **ANNEXE IV : TRADUCTION FRANÇAISE NON-VALIDÉE DE L'ÉCHELLE HGSHS (HARVARD GROUP SCALE OF HYPNOTIC SUSCEPTIBILITY) FORME A**

*L'étude sur l'hypnose a été notifiée aux sujets précédemment ; on suppose que leur présence vaut accord implicite pour être hypnotisés. Un effort doit être fait pour décourager un manque de sérieux chez les sujets et pour prévenir la présence de spectateurs désinvoltes.*

*Prévoir d'empêcher des gens de rentrer dans la salle pendant l'expérience.*

*Les sujets doivent être assis, de façon assez confortable, ne pas être gênés. En particulier, ils doivent être assez loin de la table pour ne pas se cogner en faisant les mouvements.*

### **Remarques préliminaires de l'examineur :**

Avant toute chose, je vais vous demander à chacun de vérifier que vos portables sont bien éteints. J'ai bien dit éteints, et pas en mode vibreur. Je veux m'assurer que nous ne serons pas dérangés pendant toute la durée de la procédure.

A partir de maintenant, je vais vous demander de rester calmes et silencieux, de ne pas parler entre vous, pour ne pas déranger les autres participants. Je vous remercie de bien rester silencieux, c'est important pour le bon déroulement de la procédure.

Dans quelques minutes je vais vous administrer une procédure standardisée pour mesurer votre susceptibilité à l'hypnose. A la fin de cette procédure standardisée, vous allez vous-mêmes noter ce que vous avez ressenti pendant l'expérience, dans la brochure de réponse qui vous a été distribuée. Remarquez que pour l'instant cette brochure est scellée. N'ouvrez pas la brochure avant que je ne vous l'aie expressément demandé, à la fin de la procédure standardisée. Sur la couverture de la brochure de réponse, vous trouverez des espaces pour vos nom, adresse, et quelques autres informations générales. S'il vous plaît, remplissez ces informations maintenant, en silence. Mais je vous le rappelle, s'il vous plaît n'ouvrez pas la brochure maintenant. Remplissez seulement les informations sur la couverture. (*laisser une minute ou deux aux sujets pour remplir la couverture*)

J'ai quelques petites choses à vous dire avant de commencer. Je suppose que pour certains d'entre vous c'est la première fois que vous allez expérimenter l'hypnose. Je veux que vous vous sentiez à l'aise, et pour cela je peux peut-être vous parler un peu de l'hypnose avant de commencer.

### ***Votre inquiétude face à l'inconnu***

Les gens qui expérimentent l'hypnose pour la première fois sont parfois un petit peu inquiet parce qu'ils ne savent pas à quoi s'attendre, ou parce qu'ils peuvent avoir une idée fautive de ce qu'est l'hypnose. C'est tout à fait naturel d'être curieux de découvrir une expérience nouvelle. Votre curiosité va être satisfaite lorsque nous aurons commencé. Vous pouvez aussi vous laisser aller à vivre cette expérience sans chercher à observer tout le processus en détail.

### ***Rires nerveux et chuchotements***

Parfois, certains peuvent avoir tendance à exprimer ce malaise initial en riant ou en chuchotant avec leurs voisins. Je dois vous demander s'il vous plaît de vous abstenir de ce type de manifestations pendant la durée de la procédure, afin de ne pas perturber la concentration des gens autour de vous.

### ***Vos questions***

Pour vous permettre de vous sentir pleinement à l'aise dans cette situation, laissez-moi vous rassurer sur quelques points.

### ***Hypnose et suggestions***

Avant tout, l'expérience hypnotique, même si elle est un peu inhabituelle, n'est pas si éloignée d'expériences ordinaires que vous avez pu expérimenter. L'hypnose dépend en grande partie de votre volonté d'être réceptif et sensible à des idées, et de permettre à ces idées d'agir sur vous sans interférence. Ces idées, nous les appelons suggestions.

### ***Respect des participants et éthique de la recherche***

Deuxièmement, il ne vous sera en aucun cas demandé de faire quoi que ce soit d'humiliant ou d'embarrassant. Nous sommes ici pour une étude scientifique sérieuse, et nous respectons strictement l'éthique de la recherche.

### ***Protection de l'intimité***

Troisième et dernière chose, il ne sera dévoilé rien de personnel sur vous pendant cette expérience hypnotique. Votre intimité sera parfaitement préservée.

### ***But d'une recherche sur l'hypnose***

Vous vous demandez peut-être pourquoi nous réalisons cette expérience. L'hypnose est de plus en plus utilisée en médecine : par exemple, par les dentistes pour diminuer la douleur, par les obstétriciens pour faciliter les accouchements, par les psychiatres pour réduire l'anxiété. Si nous pouvons comprendre les processus impliqués, nous en saurons plus sur les relations entre idées et action, et sur l'influence de la personnalité. Donc en participant à cette étude vous contribuez à la connaissance scientifique d'un phénomène qui peut être utilisé pour aider les personnes qui souffrent. Nous essayons simplement de mieux comprendre l'hypnose. Il est probable que tout le monde peut être hypnotisé, mais certains sont plus facilement hypnotisables que d'autres, même si tous y mettent de la bonne volonté. Nous essayons de comprendre ces différences entre les gens.

Avez-vous quelques questions ou commentaires avant que nous continuions ? (*répondre en paraphrasant les points précédents*)

Maintenant, installez-vous confortablement sur votre chaise, ne posez rien sur vos jambes, pas de livre, de papier, de sac. Reculez un peu votre chaise pour ne pas être dérangés par la table.

Nous allons maintenant commencer.

### ***Procédure principale (à lire mot pour mot) :***

#### ***1a. Chute de la tête (3'30'')***

Pour commencer, je voudrais que vous fassiez l'expérience de votre sensibilité aux suggestions lorsque vous n'êtes pas hypnotisé. Veuillez vous assoir maintenant bien droit sur votre chaise ; fermez les yeux et détendez-vous, mais tenez-vous bien droit. Très bien. Les yeux fermés et assis bien droit. S'il vous plaît, restez dans cette position avec les yeux fermés, tout en vous relaxant (*laisser passer 30''*). Maintenant restez simplement dans cette position et gardez les yeux fermés... assis bien droit sur votre chaise... avec les yeux fermés.

Dans un instant je vous demanderai de penser à votre tête qui tombe vers l'avant. Comme vous le savez, penser à un mouvement et faire le mouvement sont deux choses étroitement liées. Peu après avoir commencé à penser à votre tête qui tombe vers l'avant, vous allez ressentir une tendance à faire le mouvement. Vous allez découvrir que votre tête tombe effectivement vers l'avant, de plus en plus vers l'avant, jusqu'à ce que votre tête tombe si loin vers l'avant qu'elle pende mollement sur votre cou.

Ecoutez attentivement ce que je dis et pensez à votre tête qui tombe vers l'avant. Votre tête tombe vers l'avant, tombe vers l'avant. De plus en plus vers l'avant. Votre tête tombe de plus en plus vers l'avant, tombe de plus en plus vers l'avant. Votre tête va vers l'avant, tombe vers le bas, vers le bas, molle et détendue. Votre tête se penche vers l'avant, bascule vers l'avant, tombe vers l'avant, tombe vers l'avant, tombe vers l'avant, tombe, penche, elle est molle, relaxée, vers l'avant, vers l'avant, elle tombe, tombe, tombe... Maintenant !

C'est très bien. Maintenant vous pouvez vous redresser et ouvrir les yeux. Vous constatez que la pensée d'un mouvement produit une tendance à faire le mouvement. Vous avez maintenant une idée de ce que veut dire agir selon des suggestions.

#### ***2a. Fermeture des yeux (15'25)***

Maintenant je veux que vous vous asseyiez confortablement en posant vos mains sur vos genoux. Très bien. Posez vos mains sur vos genoux. Maintenant regardez vos mains et trouvez un point sur l'une de vos mains et concentrez-vous simplement dessus. Le point que vous choisissiez n'a aucune importance ; choisissiez simplement un point pour vous concentrer dessus. Je vais me référer à ce point que vous avez choisi comme cible. C'est très bien... les mains détendues... regardez bien ce point. Je vais vous donner quelques instructions

qui vont vous aider à vous détendre et à entrer progressivement en état d'hypnose. Installez-vous confortablement et détendez-vous. Je veux que vous regardiez sans cesse la cible, que vous gardiez les yeux rivés sur elle en écoutant ce que je dis. Votre capacité à être hypnotisé dépend en partie de votre volonté de coopérer et en partie de votre capacité à vous concentrer sur la cible et sur ma voix. Vous vous êtes déjà montré coopérant en venant ici aujourd'hui, et avec encore un peu plus de votre coopération, je peux vous aider à entrer en hypnose. Vous pouvez être hypnotisé seulement si vous le voulez. Je suppose que vous le voulez et que vous faites de votre mieux pour coopérer en vous concentrant sur la cible et en écoutant ma voix, en laissant venir tout ce que vous ressentez. Laissez tout simplement venir. Si vous portez une attention particulière à ce que je vous dis, et que vous pensez à ce à quoi je vous dis de penser, vous pouvez facilement ressentir ce que peut être l'hypnose. Il n'y a rien d'inquiétant ou de mystérieux dans l'hypnose. C'est une conséquence parfaitement normale de certains mécanismes physiologiques. C'est simplement un état de concentration profonde sur quelque chose de précis. D'une certaine façon, vous êtes hypnotisé à chaque fois que vous êtes au cinéma et que vous oubliez que vous êtes dans le public, et que vous avez l'impression de faire partie de l'histoire. Beaucoup de gens disent qu'entrer en hypnose ressemble d'abord à l'endormissement, mais à la différence que vous continuez à entendre ma voix comme une sorte de toile de fond, quelles que soit les autres expériences que vous pouvez vivre. D'une certaine façon, l'hypnose est comme le somnambulisme ; mais quoi qu'il en soit, l'hypnose est aussi une expérience individuelle et n'est pas semblable pour tout le monde. Dans un sens, la personne hypnotisée est comme un somnambule, parce qu'il peut effectuer des activités variées et complexes tout en restant hypnotisé. Tout ce que je vous demande est de maintenir votre attention et de continuer à coopérer comme vous le faites jusqu'à présent. Rien ne sera fait qui puisse vous embarrasser. La plupart des gens trouve que c'est une expérience passionnante. (3'35'')

Détendez-vous. Gardez vos yeux sur la cible. Regardez-la aussi continuellement que vous le pouvez. Si vos yeux venaient à s'égarer, à glisser ailleurs, ce n'est pas grave... ramenez simplement vos yeux sur la cible. Au bout d'un moment, vous pourrez avoir l'impression que la cible se trouble, ou peut-être qu'elle se déplace, ou encore, qu'elle change de couleur. Tout cela est normal. Vous pourriez vous sentir somnolent, ce serait normal aussi. Quoi qu'il se passe, laissez-le se passer et continuez à regarder la cible pendant un certain temps. Le moment viendra, quoi qu'il arrive, où vos yeux seront si fatigués, si lourds, que vous ne serez plus capables de les garder ouverts, et ils se fermeront, peut-être sans que vous ne le vouliez. Quand vos yeux se fermeront, vous les laisserez se fermer. (1'10'')

Alors que je continue de parler, vous allez vous sentir de plus en plus somnolent, mais tout le monde ne réagit pas de la même façon à ce que je dis. Certains vont fermer les yeux avant les autres. Quand vos yeux se fermeront, laissez-les simplement fermés. Vous m'entendrez alors continuer à donner des suggestions pour fermer les yeux, ces suggestions ne vous gêneront pas. Elles seront pour les autres personnes. Ces suggestions ne vous perturberont pas, elles vous permettront simplement de vous détendre de plus en plus.

Vous constaterez que vous pouvez vous détendre complètement, mais faites juste assez d'effort pour rester assis confortablement sur votre chaise. Vous pourrez changer de position pour rester à l'aise si nécessaire, sans que cela ne vous perturbe. Maintenant, laissez-vous vous détendre complètement. Détendez chaque muscle de votre corps. Détendez les muscles de vos jambes... détendez les muscles de vos pieds... détendez les muscles de vos bras... détendez les muscles de vos mains... de vos doigts... détendez les muscles de votre cou, de votre poitrine... détendez tous les muscles de votre corps... Laissez-vous devenir mou, mou, mou. Détendez-vous de plus en plus, de plus en plus. Détendez-vous complètement. Détendez-vous complètement. Détendez-vous complètement. (2'15'')

Alors que vous vous détendez de plus en plus, une sensation de lourdeur apparaît peut-être dans votre corps. Une sensation de lourdeur apparaît dans vos jambes et vos bras... dans vos pieds et vos mains... dans tout votre corps. Vos jambes sont lourdes et molles, lourdes et molles... Vos bras sont lourds, lourds... Tout votre corps est lourd, de plus en plus lourd. Comme du plomb. Vos paupières sont particulièrement lourdes. Lourdes et fatiguées. Vous commencez à vous sentir somnolent, de plus en plus somnolent. Votre respiration devient lente et régulière, lente et régulière. Vous vous sentez de plus en plus somnolent, de plus en plus somnolent alors que vos paupières sont de plus en plus lourdes, de plus en plus fatiguées et lourdes. (1'25'')

Vos yeux sont fatigués de fixer ce point. La lourdeur dans vos paupières augmente. Bientôt vous ne pourrez plus garder les yeux ouverts. Bientôt vos yeux vont se fermer d'eux-mêmes. Vos paupières seront trop lourdes pour rester ouvertes. Vos yeux sont fatigués de fixer ce point. Vos yeux deviennent humides à force de fixer ce point. Vous êtes de plus en plus somnolent. La fatigue dans vos yeux devient de plus en plus grande, de plus en plus grande. Ce serait si bon de fermer vos yeux, de se détendre complètement, et d'écouter simplement ma voix qui vous parle, en dormant. Vous aimeriez fermer vos yeux et vous détendre complètement, vous détendre

complètement. Vous allez bientôt atteindre vos limites. La fatigue sera si grande, vos yeux seront si fatigués, vos paupières vont devenir si lourdes, que vos yeux vont se fermer d'eux-mêmes, se fermer d'eux-mêmes. (1'20'')

Vos paupières sont de plus en plus lourdes, très lourdes. Vous êtes détendu, très détendu. Vous ressentez une sensation agréable de chaleur et de lourdeur dans tout votre corps. Vous êtes fatigué et somnolent. Fatigué et somnolent. Endormi. Endormi. Endormi. Ecoutez seulement ma voix. Ne prêter attention à rien d'autre qu'à ma voix. Vos yeux deviennent flous. Vous avez du mal à voir. Vos yeux sont épuisés. De plus en plus fatigués. De plus en plus épuisés. (50'')

Vos paupières sont lourdes. Lourdes comme du plomb. De plus en plus lourdes, de plus en plus lourdes. Elles poussent vers le bas, vers le bas, vers le bas. Vos paupières semblent alourdies, alourdies par du plomb, lourdes comme du plomb... Vos yeux clignent, clignent, clignent... se ferment... se ferment... (35'')

Vos yeux se sont peut-être fermés maintenant, et si ce n'est pas le cas, ils devraient bientôt se fermer d'eux-mêmes. Mais il est inutile de les fatiguer d'avantage. Même si vos yeux ne se sont pas encore complètement fermés, vous vous êtes bien concentré sur la cible, et vous êtes relaxé et somnolent. Maintenant, vous allez simplement laisser vos yeux se fermer. Les yeux complètement fermés. Fermez vos yeux maintenant. (35'')

Vous êtes maintenant confortablement relaxé, détendu, mais vous allez vous détendre encore plus, beaucoup plus. Vos yeux sont maintenant fermés. Vous allez garder vos yeux fermés jusqu'à ce que je vous le dise, ou jusqu'à ce que je vous dise de vous réveiller... Vous vous sentez somnolent et endormi. Ecoutez simplement ma voix. Prêtez-lui une attention particulière. Soyez attentif à ce que je dis, écoutez simplement. Vous allez être beaucoup plus somnolent et endormi. Bientôt vous allez être profondément endormi mais vous continuerez à entendre ma voix. Vous ne vous réveillerez pas jusqu'à ce que je vous le dise. Je vais maintenant commencer à compter. A chaque chiffre vous allez vous sentir descendre, descendre, dans un sommeil profond, confortable, profondément reposant. Un sommeil dans lequel vous allez être capable de faire toutes sortes de choses que je vous demanderez. 1, Vous allez être profondément endormi... 2, De plus en plus profondément dans le sommeil... 3, 4, De plus en plus, de plus en plus endormi. 5, 6, 7, Vous vous enfoncez, vous vous enfoncez, dans un profond, profond sommeil. Rien ne vous perturbe. N'écoutez que ma voix, et ce vers quoi je pourrais attirer votre attention. Je voudrais que vous soyez attentif à ma voix et à ce que je vous dis... 8, 9, 10, 11, 12, De plus en plus profond, toujours de plus en plus profondément endormi. 13, 14, 15, Malgré ce profond sommeil vous pouvez clairement entendre ma voix. Vous m'entendrez toujours quelle que soit la profondeur de votre sommeil... 16, 17, 18, Profondément endormi. Profondément endormi. Rien ne vous dérangera. Vous allez expérimenter beaucoup de choses que je vais vous dire d'expérimenter... 19, 20, Profondément endormi ! Vous ne vous réveillerez pas jusqu'à ce que je vous le dise. Vous souhaiterez dormir, et vous vivrez les expériences que je vais bientôt vous décrire. (3'40'')

### ***3a Abaissement de la main gauche. (5'50'')***

Alors que vous êtes de plus en plus endormi, vous pouvez, sans que cela ne vous perturbe, vous installer confortablement sur votre chaise, et mettre votre tête dans une position confortable.

Maintenant que vous êtes très détendu et endormi, que vous écoutez ma voix sans effort, je vais vous aider à en savoir plus sur la façon dont vos pensées influencent vos actions dans cet état. Tout le monde ne ressent pas exactement les mêmes choses dans cet état, et peut-être que vous ne ressentirez pas tout ce que je vais vous décrire. C'est tout à fait normal. Mais vous aurez au moins quelques expériences, et vous trouverez cela intéressant. Ressentez simplement ce que vous pouvez. Soyez très attentif à ce que je dis et observez ce qui se passe. Laissez simplement se passer ce que vous voyez se passer, même si ce n'est pas ce que vous attendez.

Etendez s'il vous plaît votre bras gauche devant vous, en l'air, avec la paume de la main vers le bas. Le bras gauche, bien tendu devant vous... bien tendu, en l'air, avec la paume de la main vers le bas. Très bien. Le bras gauche bien tendu devant vous... la paume vers le bas. Je veux maintenant que vous soyez attentif à cette main, ses sensations, ce qui lui arrive. Alors que vous êtes attentif à cette main, vous êtes plus conscient que d'habitude. Vous remarquez sa température, peut-être qu'il y a un petit picotement, peut-être que les doigts ont tendance à se contracter très légèrement... C'est bien, je veux que vous soyez très attentif, parce que quelque chose de très intéressant va lui arriver. Elle commence à être lourde... de plus en plus lourde... comme si un poids tirait la main et le bras vers le bas... vous pouvez vous représenter un poids qui tire dessus... et alors qu'elle est de plus en plus lourde elle commence à bouger... comme si quelque chose la forçait à descendre... un petit peu plus bas... de plus en plus bas... vers le bas... et alors que je compte elle devient de plus en plus lourde et descend de plus en plus bas... 1, vers le bas... 2, vers le bas... 3, vers le bas... 4, vers le bas, de plus en plus

bas... 5, vers le bas... 6, vers le bas... 7... 8... de plus en plus lourde, de plus en plus bas... 9... vers le bas... 10... de plus en plus lourde... de plus en plus bas. (*laisser 10''*)

C'est très bien. Laissez maintenant votre main retourner à sa position initiale de repos, sur le genou, et détendez-vous. Votre main sur le genou, et détendez-vous. Vous devez avoir remarqué comme le bras et la main avaient l'air lourds et fatigués, beaucoup plus que d'ordinaire si vous aviez du simplement rester dans cette position bras tendu pendant la même durée. Vous avez sûrement remarqué comme quelque chose semblait tirer votre main vers le bas. Maintenant détendez-vous simplement... Votre main et votre bras sont de nouveau confortablement détendus... agréablement détendus. Maintenant détendez-vous. Détendez-vous.

#### **4a. Immobilisation du bras droit (2'55'')**

Vous êtes très détendu. La lourdeur que vous avez pu ressentir par moments, vous la sentez maintenant dans tout votre corps. Maintenant je vais vous demander d'être très attentif à votre bras droit et à votre main droite... Votre bras droit et votre main droite partagent la même sensation de lourdeur... votre main droite se sent si lourde... remarquez qu'en pensant à la lourdeur dans votre main et votre bras, la lourdeur semble grandir encore plus... maintenant votre bras est de plus en plus lourd... très lourd... Maintenant votre main est de plus en plus lourde... si lourde... comme du plomb... Peut-être qu'un peu plus tard vous aurez envie de voir à quel point votre main est lourde... elle semble beaucoup trop lourde pour être soulevée... mais peut-être que malgré son poids vous pourriez la soulever un petit peu, même si elle devrait maintenant être trop lourde même pour ça... Pourquoi ne pas voir comme elle est lourde... Essayez simplement de soulever votre main, essayez. Essayez de soulever votre main, essayez (*laisser 10''*)

C'est très bien... N'essayez plus de soulever votre main... détendez-vous simplement. Vous remarquez que lorsque vous avez essayé de soulever votre main, il y avait comme une résistance à cause de l'état de relaxation dans lequel vous êtes. Mais maintenant vous pouvez simplement reposer votre main à nouveau. Votre main et votre bras se sentent à nouveau normaux. Ils ne sont plus lourds. Vous pourriez les soulever maintenant si vous le vouliez, mais n'essayez pas maintenant. Détendez-vous simplement... détendez-vous complètement. Détendez-vous. Détendez-vous agréablement.

#### **5a Blocage des doigts (1'40'')**

Maintenant essayons autre chose. Serrez vos mains l'une contre l'autre, à hauteur de votre visage, en entrelaçant vos doigts. Entrelacez vos doigts et serrez fermement vos mains l'une contre l'autre. Très bien. Entrelacez vos doigts, et serrez vos mains fermement. Entrelacez fermement vos doigts... les mains serrées l'une contre l'autre. Remarquez comme vos doigts deviennent fermement verrouillés ensemble, de plus en plus fermement verrouillés ensemble... si fermement verrouillés que vous vous demandez vraiment si vous pourriez séparer vos doigts et vos mains... Vos doigts sont verrouillés, fermement verrouillés... Et je veux que vous essayiez de séparer vos mains... essayez... (*laisser 10''*)

C'est très bien. N'essayez plus de séparer vos mains, et détendez-vous. Vous remarquez comme c'était dur de les séparer. Vos mains ne sont plus fermement jointes ensemble... Vous pouvez les séparer, elles ne sont plus collées. Maintenant remettez vos mains à leur position de repos sur vos genoux, et détendez-vous. Les mains à leur position de repos, et détendez-vous... détendez-vous profondément.

#### **6a Rigidité du bras gauche (2'25'')**

Etendez s'il vous plaît votre bras gauche devant vous, en l'air, et serrez le poing. Le bras gauche, bien tendu devant vous. Très bien. Bien tendu, et serrez le poing. Le bras bien tendu, et un poing ferme... serrez le poing fermement. Je veux que vous soyez attentif à ce bras et imaginez qu'il devient raide... de plus en plus raide... très raide... et maintenant vous remarquez que quelque chose arrive à votre bras... vous remarquez une sensation de raideur... il devient raide... de plus en plus raide... rigide... comme une barre d'acier... et vous savez comme c'est difficile, comme c'est impossible de plier une barre d'acier comme votre bras... Sentez comme votre bras est comme une barre d'acier... testez comme il est raide et rigide... essayez de le plier... essayez (*laisser 10''*)

Très bien. Maintenant n'essayez plus de plier votre bras, et détendez-vous. N'essayez plus de plier votre bras et détendez-vous. Je veux vous faire expérimenter beaucoup de choses. Vous avez senti la raideur dans votre bras... à tel point que vous aviez à exercer d'énormes efforts pour faire quelque chose qui aurait normalement été très facile. Mais votre bras n'est plus raide maintenant. Placez simplement votre bras en position de repos,

votre main sur le genou... de retour en position de repos. Détendez-vous simplement, et alors que votre bras se détend, laissez tout votre corps se détendre. Alors que votre bras se détend, laissez tout votre corps se détendre agréablement et profondément.

#### **7a. Mouvement des mains (ensemble) (1'45)**

Mettez s'il vous plaît vos deux bras tendus devant vous, les deux mains droit devant vous en l'air, les bras tendus, les paumes tournées vers l'intérieur, en face l'une de l'autre. Tenez vos mains séparées d'environ 30 cm... séparées d'environ 30 cm. Les deux bras sont bien tendus devant vous, les mains séparées d'environ 30 cm... les paumes en face l'une de l'autre... séparées d'environ 30 cm.

Maintenant je veux que vous imaginiez une force d'attraction qui rapproche vos mains l'une de l'autre, qui les tire l'une vers l'autre. Alors que vous pensez à cette force qui attire irrésistiblement vos mains l'une vers l'autre, elles vont se rapprocher, d'abord doucement, mais elles vont se rapprocher, de plus en plus proches, comme si une force agissait sur elles... elles bougent... elles bougent... de plus en plus proches (*laisser 10''*)

Très bien. Vous constatez à nouveau que de penser à un mouvement provoque une tendance à réaliser le mouvement. Maintenant remplacez simplement vos mains dans leur position de repos, sur vos genoux, et détendez-vous... vos mains retournent à leur position de repos, et vous vous détendez agréablement.

#### **8a Inhibition de la communication (1'25'')**

Vous êtes tout à fait détendu maintenant... profondément détendu... Imaginez à quel point ce doit être dur de communiquer alors que vous êtes si profondément détendu... peut-être aussi dur que si vous étiez endormi... Je me demande si vous pourriez hocher la tête comme pour dire « non ». Je ne pense vraiment pas que vous pourriez... Vous pourrez essayer un peu plus tard d'hocher la tête pour indiquer « non » quand je vous le dirai... mais je pense que vous trouverez ça très difficile... Pourquoi n'essayeriez-vous pas d'hocher la tête pour dire « non » maintenant... essayer simplement d'hocher la tête... Essayer de faire « non » avec la tête, maintenant. (*laisser 10''*)

Parfait... N'essayez plus d'hocher la tête et détendez-vous. Vous constatez encore une fois à quel point cela vous demande un effort de faire quelque chose d'aussi facile que d'hocher la tête. Vous pouvez hocher la tête pour dire « non » beaucoup plus facilement maintenant. Hochez la tête facilement maintenant... Très bien, maintenant détendez-vous. Détendez-vous, profondément, agréablement, tout simplement.

#### **9a. Hallucination (mouche) (1'30'')**

Je suis sûr que vous avez prêté tellement d'attention à ce qu'on a fait que vous n'avez pas remarqué la mouche qui bourdonne autour de vous... Mais maintenant que j'attire votre attention sur elle vous devenez beaucoup plus conscient de cette mouche qui vole tout autour de votre tête... de plus en plus près de vous... qui bourdonne bruyamment... vous entendez le bourdonnement de plus en plus fort qui fonce sur vous... Vous ne supportez plus cette mouche... vous voudriez la chasser... vous en débarrasser... elle vous agace. Allez-y, chassez-là si vous le voulez... (*laisser 10''*)

Maintenant, elle s'éloigne... elle est partie... et vous n'êtes plus agacé... plus de mouche. Détendez-vous simplement, détendez-vous complètement. Détendez-vous... détendez-vous simplement.

#### **10a. Catalepsie des yeux (2')**

Vous avez les yeux fermés depuis un long moment, depuis que vous vous êtes profondément détendu. Maintenant, ils sont résolument fermés, résolument clos... Dans un instant je vais vous demander d'essayer d'ouvrir vos yeux. Quand je vous dirai d'essayer de les ouvrir, il est fort probable que vos yeux seront comme s'ils étaient collés... parfaitement fermés par de la colle. Même si vous étiez capable d'ouvrir vos yeux, vous le feriez, bien sûr, juste pour un instant et vous les refermeriez immédiatement, et vous vous détendriez à nouveau, afin de ne pas perturber votre concentration. Mais je doute que vous soyez capable, même pour un instant, d'ouvrir vos yeux. Ils sont si fermement collés que vous ne pouvez pas les ouvrir. Peut-être aurez-vous bientôt envie d'essayer d'ouvrir vos yeux un instant alors même que vous les sentez si lourds, et si totalement... si fermement collés. Essayez... essayez d'ouvrir vos yeux. (10'')

Très bien. N'essayez plus d'ouvrir vos yeux. Maintenant, à nouveau, permettez à vos yeux d'être résolument fermés. Vos yeux, parfaitement fermés. Vous avez eu l'occasion de sentir vos yeux parfaitement fermés.

Maintenant détendez-vous. Vos yeux sont de nouveau normaux, mais gardez-les simplement fermés, et détendez-vous. Ils sont à nouveau normaux... Gardez-les simplement fermés et détendus... détendus et fermés.

### ***11a. Suggestion post-hypnotique (toucher la cheville gauche ; amnésie) (3'35)***

Restez profondément détendu et portez toute votre attention sur ce dont je vais vous parler maintenant. Dans un moment je vais commencer à compter à l'envers de « 20 » à « 1 ». Vous allez progressivement vous réveiller. Mais pendant la plus grande partie du décompte vous allez encore rester dans l'état dans lequel vous êtes maintenant. Au moment où je dirai « 5 » vous ouvrirez les yeux, mais vous ne serez pas tout à fait réveillé. Quand j'arriverai à « 1 » vous serez entièrement réveillé, dans votre état normal de vigilance. Vous aurez probablement l'impression que vous avez dormi parce que vous aurez des difficultés à vous souvenir de toutes les choses dont je vous ai parlé et de toutes les choses que vous avez faites ou ressenties. En fait, vous allez trouver que ça demande tant d'effort de vous rappeler chacune de ces choses, que vous n'aurez pas envie de le faire. Ce sera beaucoup plus facile de simplement tout oublier, jusqu'à ce que je vous dise que vous pouvez vous en souvenir. Vous ne vous souviendrez de rien de ce qui s'est passé jusqu'à ce que je vous dise : « Maintenant vous pouvez vous souvenir de tout ! ». Vous ne vous souviendrez de rien jusqu'à ce moment. Après que vous aurez ouvert les yeux, vous vous sentirez bien. Vous n'aurez ni mal de tête ni aucune séquelle. Je vais maintenant compter à l'envers à partir de « 20 », et à « 5 », pas avant, vous ouvrirez les yeux, mais vous ne serez pas tout à fait réveillé, jusqu'à ce que je dise « 1 ». A « 1 » vous serez parfaitement réveillé. Un peu plus tard vous entendrez un bruit de tapotement comme cela (*tapoter 3 fois sur le micro*). Quand vous entendrez le bruit de tapotement, vous vous baisserez et vous toucherez votre cheville gauche. Vous toucherez votre cheville gauche, mais vous aurez oublié que je vous ai dit de le faire, comme vous aurez oublié les autres choses, jusqu'à ce que je vous dise « maintenant vous pouvez vous souvenir de tout ! ». Allons-y : 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, nous sommes à mi-chemin, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Réveillez-vous ! Totalement réveillés ! Toute sensation d'engourdissement que vous pourriez encore ressentir va s'estomper rapidement.  
(*faire un bruit de tapotement distinctement, puis laisser 10''*)

### ***Evaluation***

Maintenant prenez votre Brochure de réponses, déchirer le sceau et tourner la page pour arriver à la seconde page de la brochure. N'allez pas à la troisième page jusqu'à ce que je vous le demande plus tard. Sur la deuxième page, merci de noter brièvement avec vos propres mots une liste des choses qui se sont passées depuis que vous avez commencé à regarder la cible sur votre main. Vous n'avez pas à entrer dans le détail de la façon particulière dont vous avez répondu, mais s'il vous plaît essayez simplement de mentionner toutes les choses différentes qu'il vous a été demandé de faire. Vous allez maintenant avoir 3 minutes pour noter ces informations. A la fin des 3 minutes, il vous sera posé un certain nombre de questions plus précises concernant vos expériences. Allez-y (laisser 2') S'il vous plaît, complétez votre liste pendant encore une minute. Si vous avez déjà complété votre liste, passez la dernière minute à essayer de vous souvenir s'il y avait quelque chose d'autre que vous pourriez avoir oublié de mentionner (laisser 1').

Très bien, maintenant écoutez attentivement les mots que je vais prononcer. Maintenant vous pouvez vous souvenir de tout. Veuillez aller à la page 3 et écrire une liste des autres choses dont vous vous rappelez maintenant, dont vous ne vous souveniez pas tout à l'heure. Vous allez avoir 2 minutes pour écrire ces informations. Allez-y (laisser 2')

Maintenant, merci d'aller à la page 4, et de répondre aux questions qui restent sur la brochure. Utilisez votre propre jugement lorsque les questions vous paraissent ambiguës. Ne revenez jamais en arrière.

(*ramasser les brochures*)

## **ANNEXE V : BROCHURE DE REPONSES HGSHS**

Individual version  
Group adaptation  
Adaptation 10/02

© 1959 by Stanford University  
© 1962 by Harvard University  
by John F. Kihlstrom

### **ECHELLE GROUPELE DE SUSCEPTIBILITE HYPNOTIQUE D'HARVARD**

#### **FORME A**

#### **Brochure de réponses**

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Année universitaire en cours: \_\_\_\_\_

Université: \_\_\_\_\_

Ville de résidence principale: \_\_\_\_\_

Téléphone Mobile: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

**MERCI DE NE PAS OUVRIR LA BROCHURE DE REPONSE  
AVANT QUE L'EXPERIMENTATEUR  
NE VOUS L'AIT EXPRESSEMENT DEMANDE**



**NE RIEN ECRIRE SUR CETTE PAGE**

Maintenant, merci d'écrire brièvement, avec vos propres mots, la liste de toutes les choses qui se sont passées depuis que vous avez commencé à regarder la cible sur votre main. Merci de ne pas entrer dans le détail. Vous avez 3 minutes pour noter ces choses.

**MERCI DE NE PAS TOURNER LA PAGE  
AVANT QUE L'EXPERIMENTATEUR  
NE VOUS L'AIT EXPRESSEMENT DEMANDE**

**Page 2**

Sur cette page, merci d'écrire la liste de toutes les autres choses qui se sont passées pendant cette expérience, dont vous vous souvenez maintenant, et dont vous ne vous souveniez pas tout à l'heure. Merci de ne pas entrer dans le détail. Vous avez deux minutes pour noter ces choses. Ne revenez pas en arrière, ne modifiez pas ce que vous avez écrit sur la page précédente.

**MERCI DE NE PAS TOURNER LA PAGE  
AVANT QUE L'EXPERIMENTATEUR  
NE VOUS L'AIT EXPRESSEMENT DEMANDE**

**Page 3**

Maintenant merci de compléter toutes les pages qui restent dans la brochure. A partir de maintenant, prenez le temps qui vous sera nécessaire. Avancez à votre propre rythme, page après page. A partir de maintenant, vous n'avez plus besoin d'attendre les instructions de l'expérimentateur pour continuer.

**Merci de ne pas revenir en arrière**

**Merci de ne plus modifier ce que vous avez écrit  
sur les pages précédentes**

<b>Impression subjective de réponse aux suggestions</b>
---

Pendant la procédure, plusieurs suggestions ont été administrées. Nous aimerions connaître vos impressions sur la façon dont vous avez expérimenté ces suggestions.

Les items, listés dans l'ordre de leur présentation, sont brièvement décrits ci-dessous. Pour chaque item, merci de cocher la colonne appropriée : si vous avez l'impression d'avoir répondu à la suggestion, cochez « réussite » ; sinon, cochez « échec ». Choisissez obligatoirement l'une de ces deux réponses, celle qui correspond le mieux à ce que vous avez expérimenté.

<b>Item</b>	<b>Suggestion</b>	<b>Réussite</b>	<b>Echec</b>
01	Chute de la tête vers l'avant		
02	Lourdeur et fermeture des yeux		
03	Lourdeur et abaissement du bras gauche tendu		
04	Lourdeur du bras droit et difficulté à le soulever		
05	Difficulté à séparer les mains et les doigts collés		
06	Raideur du bras gauche tendu et difficulté à le plier		
07	Attraction mutuelle des mains		
08	Difficulté à faire « non » avec la tête		
09	Mouvement pour se débarrasser d'une mouche bruyante		
10	Difficulté à ouvrir les yeux		
11	Mouvement pour toucher la cheville gauche en entendant le bruit de tapotement		
12	Oubli momentané de certaines choses survenues sous hypnose		

## **Section consacrées aux réponses objectives, observables, aux suggestions**

Sur les 4 prochaines pages, vous trouverez la liste des 12 suggestions qui vous ont été administrées pendant la procédure standardisée d'hypnose.

Nous aimerions que vous estimiez si vous avez répondu réellement à ces 12 suggestions, c'est-à-dire si vous pensez qu'un observateur extérieur qui vous aurait regardé, aurait considéré que vous avez ou non produit les réponses attendues à chacune des suggestions, selon certains critères précis que nous allons vous donner.

Dans cette section, nous voulons connaître votre estimation de votre comportement observable, et non de votre impression subjective. Par la suite, vous aurez l'occasion de décrire votre vécu subjectif, mais pour le moment intéressez-vous seulement à votre comportement observable, quelle que soit l'expérience subjective que vous en avez eue.

Il est évident que vos estimations pourraient, dans certains cas, ne pas être aussi précises que vous le souhaiteriez, et vous pourriez même parfois avoir à les donner de façon très approximative, voire au hasard. Quoi qu'il en soit, nous voulons que vous nous donniez ce que vous pensez intuitivement être la meilleure estimation.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez une description de chacune des 12 suggestions, suivie à chaque fois de deux réponses possibles, A et B. Merci d'entourer soit la réponse A, soit la réponse B, pour chaque question, selon ce qui vous semble le plus fidèle à ce qui s'est passé. Merci de répondre à **toutes** les questions.

**Merci de ne pas revenir en arrière**

## **01. CHUTE DE LA TETE VERS L'AVANT**

Il vous a d'abord été demandé de vous assoir bien droit pendant 30 secondes et de penser que votre tête tombait vers l'avant. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que votre tête est tombée d'au moins 5 cm (distance parcourue par le sommet de la tête) pendant le temps où vous avez pensé que cela se produisait ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Ma tête est tombée de 5 cm ou plus.

B. Ma tête est tombée de moins de 5 cm.

## **02. FERMETURE DES YEUX**

Il vous a ensuite été demandé de reposer vos mains sur vos genoux, de fixer un point sur l'une de vos mains, et de vous concentrer sur cette cible. Ensuite, il vous a été dit que vos paupières devenaient fatiguées et lourdes. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vos paupières se sont fermées (avant qu'on ne vous ait demandé de les fermer délibérément) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Mes yeux se sont fermés d'eux-mêmes.

B. Mes yeux ne se sont pas fermés d'eux-mêmes.

## **03. ABAISSEMENT DU BRAS GAUCHE**

Ensuite, on vous a demandé d'étendre votre bras gauche tout droit et de le sentir devenir lourd comme si un poids tirait la main et le bras vers le bas. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que votre main s'est abaissée d'au moins 15 cm (avant qu'on ne vous demande de laisser votre bras se reposer délibérément) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Ma main s'est abaissée d'elle-même de 15 cm ou plus.

B. Ma main s'est abaissée d'elle-même de moins de 15cm.

#### **04. IMMOBILISATION DU BRAS DROIT**

Ensuite, il vous a été dit que votre main droite et votre bras droit étaient lourds, et on vous a demandé d'essayer de soulever votre main. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vous n'avez pas soulevé votre main et votre bras de plus de 3 cm (avant qu'on ne vous demande de ne plus essayer) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Je n'ai pas soulevé ma main et mon bras de plus de 3 cm.

B. J'ai soulevé ma main et mon bras de plus de 3 cm.

#### **05. COLLAGE DES MAINS ET DES DOIGTS**

Il vous a été demandé d'entrelacer vos doigts, et l'on vous a dit que vos doigts allaient devenir fermement verrouillés. Il vous a ensuite été demandé de d'essayer de séparer vos mains. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vos doigts se sont incomplètement séparés (avant qu'on ne vous ait demandé de ne plus essayer de les séparer) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Mes doigts ne se sont pas complètement décollés lorsque j'ai essayé de les séparer.

B. Mes doigts se sont complètement décollés lorsque j'ai essayé de les séparer.

#### **06. RIGIDITE DU BRAS GAUCHE**

On vous a ensuite demandé d'étendre le bras gauche bien droit devant vous, et de fermer le poing. On vous a dit de remarquer que votre bras devenait raide, et l'on vous a demandé de tenter de le plier. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que votre bras s'est plié de moins de 5 cm (distance parcourue par la main) (avant que l'on ne vous demande de ne plus essayer) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Mon bras s'est plié de moins de 5 cm.

B. Mon bras s'est plié de 5 cm ou plus.



## **07. ATTRACTION DES MAINS**

Il vous a été demandé de tenir vos mains en face l'une de l'autre, à une distance de 30 cm, et d'imaginer une force attirant vos mains l'une vers l'autre. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vos mains se sont rapprochées à moins de 15 cm l'une de l'autre (avant que l'on ne vous demande de remettre vos mains dans leur position de repos) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Mes mains se sont rapprochés à moins de 15 cm l'une de l'autre.

B. Mes mains sont restées à plus de 15 cm l'une de l'autre.

## **08. INHIBITION DE LA COMMUNICATION**

Il vous a été demandé d'imaginer combien cela pourrait être difficile de bouger votre tête comme pour dire « non », et il vous a été demandé d'essayer de le faire. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vous avez fait un « non » reconnaissable avec la tête (avant que l'on ne vous demande de ne plus essayer) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Je n'ai pas fait un « non » reconnaissable avec la tête.

B. J'ai fait un « non » reconnaissable avec la tête.

## **09. L'EXPERIENCE DE LA MOUCHE**

On vous a demandé d'être attentif au bourdonnement d'une mouche, qui devenait de plus en plus agaçant. Ensuite, on vous a dit de la chasser. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vous avez fait des grimaces, des mouvements, ou eu une quelconque réaction caractéristique d'une gêne (indépendamment de ce que vous avez ressenti subjectivement) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. J'ai eu une réaction visible de gêne.

B. Je n'ai pas eu de réaction visible de gêne.

## **10. DIFFICULTE A OUVRIR LES YEUX**

Il vous a été dit que vos paupières étaient si fermement closes que vous ne pourriez pas les ouvrir. Il vous a été demandé d'essayer. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté que vos yeux sont restés fermés (jusqu'à ce que l'on vous demande de ne plus essayer de les ouvrir) ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. Mes yeux sont restés fermés.

B. Mes yeux se sont ouverts.

## **11. SUGGESTION POST-HYPNOTIQUE (SE TOUCHER LA CHEVILLE GAUCHE)**

Il vous a été dit qu'après votre réveil, vous entendriez le bruit d'un tapotement, et qu'à ce moment-là vous vous baisseriez pour toucher votre cheville gauche. Il vous a aussi été dit que vous le feriez sans vous souvenir qu'on vous l'avait demandé. Estimeriez-vous qu'un observateur aurait constaté, soit que vous vous êtes baissé pour toucher votre cheville, soit que vous avez fait un mouvement même partiel pour le faire ?

*Entourez l'une des deux réponses*

A. J'ai fait au moins en partie un mouvement observable pour toucher ma cheville gauche.

B. Je n'ai pas fait de mouvement observable, même partiel, pour toucher ma cheville gauche.

## **Section consacrées aux réponses subjectives, ressenties, aux suggestions**

Dans cette section, les 12 suggestions qui vous ont été proposées sont listées, dans l'ordre chronologique de leur présentation. Cette fois, nous vous demandons de vous concentrer sur votre ressenti, votre vécu subjectif concernant votre réponse aux suggestions, indépendamment de ce qu'aurait pu constater un observateur, et même si vous n'avez répondu que partiellement à une suggestion.

Les gens peuvent répondre à des suggestions hypnotiques de diverses façons :

- Parfois, leur réponse est plutôt volontaire, délibérée. Par exemple, lorsqu'on émet la suggestion que les mains s'attirent, ils dirigent le plus souvent délibérément le mouvement de leurs mains ;
- Parfois, leur réponse est surtout involontaire et automatique. Par exemple, ils peuvent constater que leurs mains s'attirent mutuellement sans qu'ils ne l'aient provoqué ;
- Parfois, leur réponse est un mélange de réponse volontaire et involontaire, si bien qu'il est impossible de distinguer les deux ressentis. Par exemple, ils peuvent constater qu'ils sont incapables de dire si leurs mains se sont attirées volontairement ou involontairement ;
- Parfois, l'impression d'avoir répondu volontairement est remplacée par l'impression d'une réponse involontaire. Par exemple, les gens peuvent commencer par diriger délibérément le mouvement de leurs mains, mais par la suite, ils constatent que leurs mains continuent de s'attirer sans plus d'effort de leur part ;
- Parfois, c'est le contraire qui se produit : l'impression de réponse involontaire est remplacée par l'impression de réponse délibérée. Par exemple, leurs mains peuvent commencer à s'attirer d'elles-mêmes, mais ils constatent qu'ils doivent terminer la réponse par une action volontaire ;
- Parfois, il leur est difficile de définir leur réponse en ces termes ;
- Et bien sûr, il n'y a parfois aucune réponse du tout.

Dans l'hypothèse où vous auriez répondu positivement à certaines des suggestions, complètement ou partiellement, merci d'indiquer sur les pages suivantes à quel degré votre réponse était volontaire, et à quel degré elle était involontaire. Pour chacune des 12 suggestions, merci d'entourer la lettre correspondant à la description qui caractérise le mieux votre expérience (une seule réponse à chaque fois).

A nouveau, il est possible que vos estimations puissent dans certains cas ne pas être aussi précises que vous le souhaiteriez, et que vous ayez donc à répondre intuitivement. Nous vous demandons quand même de choisir la phrase qui vous semble être votre meilleure estimation. Merci de répondre à *toutes* les questions.

**Merci de ne pas revenir en arrière**

## **01. CHUTE DE LA TETE**

Il vous a d'abord été demandé de vous assoir bien droit pendant 30 secondes et de penser que votre tête tombait vers l'avant.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **02. FERMETURE DES YEUX**

Il vous a ensuite été demandé de reposer vos mains sur vos genoux, de fixer un point sur l'une de vos mains, et de vous concentrer sur cette cible. Ensuite, il vous a été dit que vos paupières devenaient fatiguées et lourdes.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **03. ABAISSEMENT DU BRAS GAUCHE**

Ensuite, on vous a demandé d'étendre votre bras gauche tout droit et de le sentir devenir lourd comme si un poids tiraient la main et le bras vers le bas.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

#### **04. IMMOBILISATION DU BRAS DROIT**

Ensuite, il vous a été dit que votre main droite et votre bras droit étaient lourds, difficile voire impossible à soulever.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

#### **05. COLLAGE DES MAINS ET DES DOIGTS**

Il vous a été demandé d'entrelacer vos doigts, et l'on vous a dit que vos doigts allaient devenir fermement verrouillés.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

#### **06. RIGIDITE DU BRAS GAUCHE**

On vous a ensuite demandé d'étendre le bras gauche bien droit devant vous, et de fermer le poing. On vous a dit de remarquer qu'il devenait raide, difficile voire impossible à plier.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **07. ATTRACTION DES MAINS**

Il vous a été demandé de tenir vos mains en face l'une de l'autre, à une distance de 30 cm, et d'imaginer une force attirant vos mains l'une vers l'autre.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **08. INHIBITION DE LA COMMUNICATION**

Il vous a été demandé d'imaginer combien cela pourrait être difficile de bouger votre tête comme pour dire « non ».

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **09. L'EXPERIENCE DE LA MOUCHE**

On vous a demandé d'être attentif au bourdonnement d'une mouche, qui devenait de plus en plus agaçant. Ensuite, on vous a suggéré de la chasser.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **10. DIFFICULTE A OUVRIR LES YEUX**

Il vous a été dit que vos paupières étaient si fermement closes que vous ne pourriez pas les ouvrir.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## **11. SUGGESTION POST-HYPNOTIQUE (SE TOUCHER LA CHEVILLE GAUCHE)**

Il vous a été dit qu'après votre réveil, vous entendriez le bruit d'un tapotement, et qu'à ce moment-là vous vous baisseriez pour toucher votre cheville gauche. Il vous a aussi été dit que vous le feriez sans vous souvenir qu'on vous l'avait demandé.

*Entourez l'une des réponses :*

- A. Je n'ai pas répondu du tout à la suggestion.
- B. Ma réponse était surtout volontaire.
- C. Au départ, ma réponse était involontaire, mais par la suite j'ai du la continuer volontairement.
- D. L'impression que ma réponse était volontaire était complètement mêlée avec l'impression qu'elle était involontaire.
- E. Au départ, ma réponse était volontaire, mais par la suite elle s'est prolongée involontairement.
- F. Ma réponse était surtout involontaire.

## AUTRES EXPERIENCES VECUES PENDANT LA PROCEDURE

Cette page contient quelques phrases que les gens utilisent parfois pour décrire ce qu'ils ont ressenti sous hypnose. Utilisez l'échelle suivante pour décrire votre expérience sous hypnose durant la procédure. Merci de répondre pour chaque phrase, même si vous n'êtes pas sûr(e) de votre réponse. Pour chaque réponse, entourez le cercle qui représente le mieux votre réponse, selon l'échelle suivante :

0-----1-----2-----3  
Pas du Tout  
tout à fait

01. L'expérience était tout à fait hors du commun, très étrange et mystérieuse.

0-----1-----2-----3

02. J'ai eu l'impression d'avoir des capacités supérieures à d'habitude pour faire et comprendre les choses.

0-----1-----2-----3

03. Je pense que j'étais le plus souvent inconscient(e) de ce qui m'entourait.

0-----1-----2-----3

04. Il semble que je suis resté(e) à un niveau constant d'hypnose pendant toute la procédure.

0-----1-----2-----3

05. Je me suis senti(e) détaché(e) des choses autour de moi, et je me suis parfois senti(e) perdu(e).

0-----1-----2-----3

06. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir de l'hypnose ou résister aux suggestions.

0-----1-----2-----3

07. Les choses se sont passées automatiquement, sans effort de ma part, et j'ai eu du mal à résister aux suggestions.

0-----1-----2-----3

08. J'ai perdu la notion du temps pendant l'hypnose et j'ai été surpris(e) du temps qui avait passé quand j'en suis sorti(e).



## **EVALUATION SUBJECTIVE GLOBALE**

Sur l'échelle d'évaluation suivante, la position 1 représente "pas du tout hypnotisé(e)", la position 10 représente "profondément hypnotisé(e)", comme chacun peut l'être. Merci d'entourer l'un des chiffres de cette échelle pour indiquer quelle était, subjectivement, la profondeur de votre état hypnotique pendant la procédure d'hypnose.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Expliquez brièvement pourquoi vous avez choisi ce chiffre.

**MERCI DE VOTRE PARTICIPATION**

## ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Dans le cadre d'un doctorat en psychologie clinique, préparé à l'Université Toulouse 2 Le Mirail, nous réalisons une étude portant sur l'hypnose : nous cherchons à comprendre pourquoi certaines personnes sont plus sensibles que d'autres aux suggestions hypnotiques ; en particulier, nous voulons savoir si certains traits de personnalité sont impliqués dans la suggestibilité.

Pour mener à bien cette recherche, nous vous proposons de vous livrer à une expérience en deux parties :

1/ Vous serez d'abord soumis à une induction hypnotique en groupe, réalisée par Florent Poupart, psychologue responsable de la recherche. Il s'agit de se laisser guider vers un état de profonde relaxation, et d'expérimenter diverses suggestions qui vous seront proposées. Après la session d'hypnose, il vous sera demandé de remplir un questionnaire pour décrire ce que vous aurez ressenti. L'ensemble dure environ une heure, et se déroulera à l'IMFSI, dans la grande salle « Extension 1 », le vendredi 15 juin 2012 à 13h30.

2/ Dans les jours qui suivent, vous serez contacté(e) par Florent Poupart ; nous conviendrons d'un rendez-vous pour un entretien individuel d'environ une heure, au cours duquel vous passerez un test de personnalité. Cet entretien aura lieu soit au Centre Hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir, soit au cabinet de Florent Poupart à Saint Estève, dans les semaines qui suivent.

Pour la bonne marche de l'étude, et le respect du travail du chercheur, nous vous remercions de vous soumettre à ces épreuves avec application, spontanéité, sans chercher à influencer vos réactions ni vos résultats, sans simulation ni tromperie.

Votre participation à cette étude est totalement volontaire et gratuite. Elle n'est pas rémunérée. **Vous êtes libre de décider à tout moment d'interrompre votre participation** à l'expérience si vous le souhaitez, sans avoir à donner de raison. Votre participation ou non à l'étude est confidentielle, et n'aura **aucune conséquence sur votre formation à l'IMFSI**.

### Risques de l'étude

La participation à cette étude implique d'être soumis à un test d'hypnose. L'hypnose est un *état modifié de conscience* que nous expérimentons naturellement tous les jours, par exemple lorsque nous sommes absorbés dans un livre ou un film, et que nous vivons l'intrigue comme si nous en faisons partie, en oubliant tout le reste. **L'hypnose ne présente donc aucun danger pour la santé.** Cependant, pour ne pas influencer les résultats de l'étude, nous préférons ne pas vous y soumettre si vous présentez une maladie mentale grave (schizophrénie, trouble délirant, autre trouble psychotique), ou si vous avez consommé depuis moins d'une semaine des stupéfiants (cannabis, cocaïne, héroïne, drogues de synthèse, autres stupéfiants).

### Confidentialité et protection des données

Toutes les informations relatives à votre participation à cette étude seront traitées de manière **totalement confidentielle**. Les résultats de l'étude sont susceptibles de faire l'objet d'une publication, mais votre identité ne sera jamais divulguée. Si vous désirez des informations complémentaires, ou si vous souhaitez que les données relatives à votre participation soient retirées de l'étude, vous pouvez vous adresser au responsable de cette recherche, Florent Poupart, par courrier électronique : [florent.poupart@ch-thuir.fr](mailto:florent.poupart@ch-thuir.fr)

*En signant ce document, vous reconnaissez avoir été informé(e) des buts de l'étude, de son déroulement, et des risques éventuels. Vous reconnaissez avoir compris ces informations. Vous recevez une copie de votre déclaration écrite de consentement éclairé. Vous reconnaissez participer de manière volontaire, et avoir été informé(e) de votre droit à vous retirer à tout moment de l'étude, sans conséquence, et sans avoir à donner de raison. Vous reconnaissez consentir à participer à cette étude. Vous reconnaissez ne pas souffrir de schizophrénie, de trouble délirant, ni d'un autre trouble psychotique. Vous vous engagez à ne pas consommer de stupéfiants pendant les 7 jours qui précèdent la passation (15 juin 2012).*

Nom et prénom	Date	Signature
---------------	------	-----------

## ANNEXE VII : RESULTATS HGSHS

N° Participant	Sexe	Nbr d'items rappelés sous amnésie	Nbr d'items rappelés après levée amnésie	Nbr d'items subjectivement réussis / 12	Nbr d'items "objectivement" réussis / 11	Score global d'automatisme / 44	Score "autres expé vécues" / 21	Evaluation subjective globale 1-10	Score composite de suggestibilité / 100
1	H	2	2	0	0	7	3	2	5,30
2	F	3	1	2	2	4		3	14,65
3	F	0	0	3	1	7	3	4	16,67
4	H	0	0	2	2	9	4	3	18,43
5	F	5	2	3	3	9	7	3	24,24
6	F	5	2	4	4	13	3	4	33,08
7	F	6	0	4	4	15	5	3	34,60
8	F	5	1	5	4	17	5	3	38,89
9	F	7	0	5	5	14	6	3	39,65
(10)	F	1	0	7	2	21	14	6	41,41
11	F	2	1	7	3	18		8	42,17
12	H	0	1	6	3	23		5	43,18
13	F	7	1	6	5	21	12	4	47,73
14	H	6	1	8	5	17	12	4	50,25
15	F	3	2	7	6	17	8	4	50,51
16	F	0	0	7	7	15	16	7	52,02
17	F	0	4	8	6	22	13	3	57,07
18	F	4	2	8	6	23	9	3	57,83
19	F	2	3	8	5	28	15	6	58,59
20	F	3	3	8	6	26	12	6	60,10
21	F	3	3	9	6	25	15	6	62,12
22	F	4	0	8	8	24	16	8	64,65
23	H	7	0	8	7	29	10	6	65,40
24	F	4	2	9	8	27	9	4	69,70

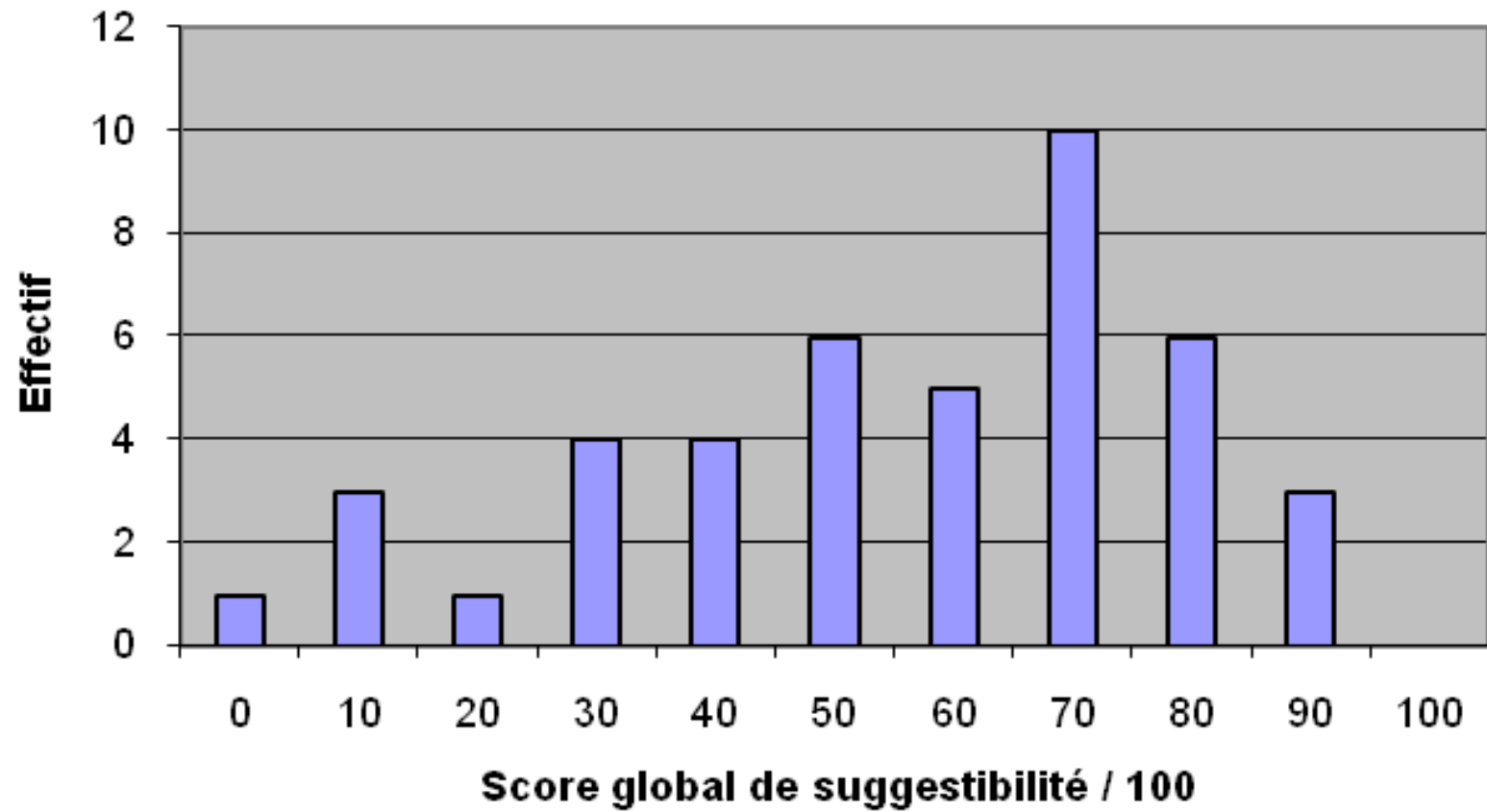
25	H	0	5	9	8	28	16	8	70,45
26	H	3	4	8	8	32	10	7	70,71
27	F	7	1	8	9	28	8	7	70,71
28	H	4	1	10	8	27	15	7	72,47
29	F	8	3	9	8	31	11	6	72,73
30	F	7	3	10	8	28	15	8	73,23
31	F	5	0	11	7	33	11	7	76,77
32	H	1	4	10	9	30		8	77,78
33	F	5	0	10	9	32	19	10	79,29
34	F	0	0	10	9	32	21	8	79,29
(35)	F	0	0	10	11	27		6	81,57
36	F	4	1	10	10	33		7	83,08
37	F	4	3	11	10	33	17	9	85,86
38	H	4	0	11	9	37	21	9	85,86
39	F	5	0	10	10	38	8	5	86,87
40	F	0	0	11	10	37	21	9	88,89
41	F	4	1	12	11	31	18	7	90,15
42	F	5	1	12	9	39	18	7	90,15
43	F	3	3	12	10	40	14	9	93,94

Résultats de l'échantillon à l'échelle de suggestibilité. Les numéros ont été attribués aux participants par ordre croissant de suggestibilité.

En bleu, le groupe faiblement suggestible ; en rouge, le groupe hautement suggestible.

Les participants n° 10 et 35 n'ont pas souhaité poursuivre l'étude ; les groupes ont été complétés, pour obtenir deux groupes de 10 participants.

Distribution du Score global de suggestibilité



## ANNEXE VIII : PROTOCOLES DE RORSCHACH DES PARTICIPANTS PEU ET TRES SUGGESTIBLES

Les protocoles sont présentés par ordre croissant de suggestibilité des participants.

N° 1 :

<p>I – 5'' 1. Un masque d'Halloween 2. et deux personnes côte à côte avec les bras levés</p>	<p>Gbl ; comme la citrouille qu'on coupe en triangle  D med. Les mains, comme si ils étaient l'un à côté de l'autre (mime les mains en l'air)</p>	<p>Gbl F+ Masq  D K(+) H</p>
<p>II – 10'' 3. Ca me fait penser à... les bretonnes avec leurs gros chapeaux, en train de jouer à se taper les mains. 4. Une figure qui crie avec le regard vers le haut. Et quelqu'un qui tire la langue. 5. Deux personnes qui rigolent, dos à dos.</p>	<p>G ban  Yeux (Dbl sup.), bouche ouverte (Dbl med.), langue (D rouge inf.) comme si la lumière sortait par les yeux et la bouche.  Dd : extrémité lat. du D noir comme un visage à la 6-4-2</p>	<p>G K(+) H ban  Gbl kpC(+) Hd  Dd kp(-) Hd</p>
<p>III – 8'' 6. Une échographie. 7. Deux reins 8. Des amygdales 9. et la thyroïde. 10. Deux garçons de café qui discutent. 11. Un haut de smoking. 12. √ Deux danseuses africaines. Ca doit être rigolo d'écouter tous ces trucs là ! (rit) 13. ^ Deux poissons.</p>	<p>G ; quand ça passe, ça laisse des ombres, des gris  (D rouge sup.) mais il est pas dans la bonne position  D « paniers »  D rouge med.  ban  noeud papillon (D rouge med.); col, début de chemise, début du visage avec la barbe (D « têtes »)  têtes (D « paniers ») ; buste (D « bras ») ; jambe en l'air avec une chaussure à talon (D « jambe »). Côte à côte (de dos ?) oui  D « jambes »</p>	<p>G EF Anat  D FC(+) Anat  D F+ Anat  D F+ Anat  G KC'(+) H ban  G F- Vêt  D KC'(-) H  D F+ A</p>

IV – 18'' 14. Un clown fondu sur le dos.	G ; grosses chaussures, bras plus petits, la tête pas bien formée (fondu ?) parce qu'il est tout ratatiné, les bras sont raccourcis. La chaussure commence à fondre, la tête commence à fondre dans le corps.	G F- H
15. √ Deux têtes de chameaux <^<	D « pieds »	D F+ Ad
V – 5'' 16. √ Un papillon.	G ban	G F+ A ban
17. Des picorocos, c'est un fruit de mer d'Amérique Latine, comme une moule, mais en même temps ça sort et ça pince.	D « pattes » ; FC	D FC'(+) A
18. ^ Des pinces de crabe, sans la coque en fait.	une petite pince et une grosse pince (Dd aux extrémités latérales)	D F+ Ad
VI – 12'' 19. √ Deux personnes avec un long nez.	front, yeux, nez, bouche, menton, barbe D inf	D F+ Hd
20. Un poux	la mandibules d'un poux (Dd gris inf. dans le creux) FC'	Dd F+ Ad
21. < Un chat écrasé √	moustaches, bouche, oreilles (D sup.) le reste du corps, écrasé par une voiture (D inf.)	G F+ A ban
VII – 31'' 22. √ Deux femmes en position assise comme une secrétaire, en mini-jupe avec des bottes.	dos à dos, quasiment collées par la tête G	G K(+) H
23. ^ Pareil, seulement on dirait vraiment qu'elles sont en train de taper au clavier, et qu'elles sont retournées et qu'elles se parlent.	je vois pas les jambes G	G kp(+) Hd
24. √<^< Une carcasse de lapin ouverte, avant de la mettre au four.	pattes arrières (D « queue de cheval »), pattes avant (D « bras ») Ca reste collé par la cage thoracique	G F- A
VIII – 20'' 25. √^ Deux hyènes.	ben	D F+ A ban
26. Une vertèbre.	D rose/orange	D F+ Anat
27. √ Un masque, comme un masque de samouraï, de l'armure samouraï	G : la partie qui cache la mâchoire (D gris), la partie qui cache les yeux (D rose med.), la partie qui protège sur les côtés (D rose lat.)	G F+ Masq

28. ^ Un chef indien	comme une espèce de peau de loup (D gris), le visage ridé (Dbl), la barbichette (Dd axe central)	Dbl	F+	Hd
29. < Deux grenouilles	(moitié du D rose/orange)	D	F-	A
30. ^<v Les pièces de cheval des échecs, y'en a deux. <v<v	(Dbl entre le D rose lat. et le D rose/orange)	Dbl	F+	Obj
IX – 23''				
31. v^v^ Une coupe, un trophée	Dbl	Dbl	F+	Obj
32. Deux homards	D oranges ; FC	D	FC(+)	A
33. Du corail	Dd « pattes » du D orange	Dd	F+/-	A
34. <v Une gargouille	D vert	D	F+	Art
35. Un bassin du corps humain	D rose	D	F-	Anat
36. < Comme un petit démon	moitié du D rose	D	F-	(H)
37. Une vieille qui cuisine.	D vert	D	K(-)	H
38. Et la miniaturisation de la vieille	Dd : extrémité sup. du D vert	Dd	F-	H
39. Et un lac, un paysage avec un lac.	Dbl	D	FC(+)	Paysage
X – 12''				
40. v Une crevette	D gris sup.	D	FC'(+) A	ban
41. < Des scarabées un peu bizarres	D bruns	D	F+	A
42. Deux petits chiens	D jaune lat.	D	F-	A
43. v Un papillon	D orange med.	D	F+	A
44. < Deux petits poissons chinois	D bleus lat.	D	F+	A
45. v Ca me fait penser à la représentation du diable version chèvre, avec les cornes.	yeux (D jaunes), cornes (D verts inf.), barbichette (D gris)	Dbl	F+	(Hd)



46. ^ Des puces, deux puces.	D verts sup.	D	F+	A
47. Et deux taureaux.	D vert, avec les cornes	D	F+	A

N°2

I – 26'' 1. Un scarabée Non, je vois rien d'autre	Parce que c'est noir D med. FC'	D	FC'(+) A
II – REFUS	Rép. add. : ça me faisait penser un peu à des chiens mais bon, pas bien dessinés quoi D noir	REFUS	
III – 10'' 2. Deux personnes assises sur une chaise autour d'une table... en train de s'échanger des cadeaux, enfin, quelque chose de bien.	tête (D tête), corps (D « buste » + D « bras ») ; siège (D « jambe »), pieds (D « paniers »), table (Dbl gris autour du D « paniers ») G	G	K(-) H
IV – 55'' 3. <^ Un monstre, qui paraît gentil	Un monstre en peluche. Il a des grandes chaussures. Sur son dos (D « queue »), ça ressemble pas du tout au reste du corps.	G	FClob(+) (H)
V – 3'' 4. Une chauve-souris, qui prend son envol	FC'	G	KC'(+) A ban
VI – 53'' 5. <^ Comme un insecte écrasé	tête (D sup.) là ce serait le corps qui serait plié, enfin, déplié (G F)  Rép. add. : sinon ça fait penser à un tapis en peau de bête	G	F- A
VII – 56'' 6. Ca ressemble à des départements.  7. Les deux là on voit une tête.	G  D med. yeux, nez, bouche	G  D	F+/- Géo  F+ Hd
VIII – 74'' 8. <^<^ On dirait des gros chats ? Ils ont pas d'oreille. Ils essaient de monter sur un arbre, enfin, de s'agripper.	ban ils essaient de grimper, sur un arbre ou... je sais pas trop sur quoi ils grimpent.	D	kan(+) A ban
IX – 85'' Je vois rien de concret.		→ REFUS	

9. Ca ressemble à des os du crâne.	D vert parce que j'ai déjà vu un crâne disloqué ( ?) des morceaux d'os séparés.	D	F-	Anat
X – 33'' 10. Ca ressemble à des hippocampes.	D rose ; F	D	F+	A
11. Des araignées, mais pas vivantes, dessinées pour faire peur aux enfants ?	D bleu lat. ; F avec les yeux et la bouche (Ddbl dans le bleu)	Dbl	F+	A ban
12. Et ça on dirait des petits oiseaux, les deux jeunes.	D jaune med. FC	D	FC(+)	A

N°3

I – 13'' (rit) J'ai deux suppositions.				
1. Un papillon, traditionnel.	tronc (D med), antennes et tête (Dd sup.), ailes (D lat.) G	G	F+	A ban
2. Deux petites sorcières avec des petites ailes accrochées à un tronc.	tête, nez pointu, chapeau, ballet, assises dessus avec sa robe tombante, main sur le manche du ballet ; tronc (D med.) G	G	K(+)	(H)
II – 7'' 3. Deux bonhommes face à face qui se tiennent les mains, genou contre genou. Avec une tête bizarre, pas des humains, plutôt genre oiseau ou canard.	Les mains face à face jointes, les genoux, la tête (D rouge sup.), le bec, le petit chapeau, ça fait plus canard, oiseau. G	G	K(+)	H/A ban
III – 15'' 4. C'est pas humain pour moi. Deux personnages face à face.	plutôt féminin. ban G	G	K(+)	(H) ban
5. Au milieu, déformation professionnelle, c'est des poumons,	D rouge med. FC	D	FC(+)	Anat
6. et sur le côté des estomacs.	D rouge lat. FC	D	FC(+)	Anat
IV – 16'' 7. Ca c'est quelque chose qui existe (rit) Forcément une forme de corps avec une tête, un tronc, de grandes jambes, mais pas quelque chose que je pourrais vous dire, un animal, un être humain...	tête, bras pendants, grosses jambes. G	G	F+	(H)

V – Imm. 8. Une chauve-souris. (rit)	FC' ban	G FC'(+) A ban
VI – 5'' Il faut que je sois spontanée?		
9. Une peau de bête étalée.	fauve ou félin, par rapport aux petits poils du museau. F	G F+ Peau ban
VII – 7'' 10. Deux petites têtes enfantines. Pas tout à fait le corps représentatif, un peu le tronc. Deux petites filles avec des queues de cheval.	Deux tiers sup. Bras, jambes. Elles peuvent être sur une balançoire. G	G F+ Hd → kp
VIII – 11'' 11. Sur les côtés, deux animaux rampants. Pas des serpents, deux rongeurs ou quelque chose comme ça.	ban Deux animaux, qui sont en train de grimper quelque chose.	D F+ A ban
IX – 8'' 12. Bassin féminin, sexe féminin, utérus.	Bassin (D vert) Cette forme en « V » et le creux (D orange + Dbl) qui rappelle vraiment bien l'utérus. F	Dbl F- Anat
X – 27'' Plein de couleurs !	J'ai décortiqué par couleur.	Rem C
13. Par image détaillée, je dirais deux crabes sur les côtés,	Crabes (D bleus lat.), pinces (D verts)	D F+ A ban
14. et la Corse en bas.	D marron clair	D F+ Géo

#### N° 4

I – 5'' 1. Une tête de loup, pas forcément effrayant.	oreilles rabattues, nez pointu, des joues un peu. Représentation infantile du loup. Les yeux. Gbl	Gbl FClob(+) Ad
II – 4'' 2. Deux personnages qui se donnent la main et qui dansent, une espèce de ronde. Deux personnages folkloriques. √	G Ils se donnent la main et se tapent les genoux.	G K(+) (H) ban

<p>III – 12''</p> <p>3. √∧ Ces personnages, ces statuette africaines, bi... bi... bisexuées, qui se font face. Ce sont des couples qu'il ne faut pas séparer dans certaines croyances africaines, il faut toujours garder l'homme et la femme face à face pour garder l'équilibre.</p>	<p>FC'</p> <p>Deux personnages noirs, poitrine, sexe.</p>	<p>G KC'(+) (H) ban</p>
<p>IV – 20''</p> <p>4. √∧ Deux choses : la tête de face d'un sanglier,</p> <p>5. Ou un espèce de personnage énorme avec une vue d'en bas en fait.</p> <p>Ca ressemble plus à un groin de sanglier.</p>	<p>Groin (D « queue »), dents (Dbl), sommet du crâne (D « tête »).</p> <p>tête, bras, jambe. Avec une vue en contre-plongée.</p> <p>G</p>	<p>Gbl F+ Ad</p> <p>G F+ (H)</p>
<p>V – 20''</p> <p>6. √∧∧ Une espèce de chauve-souris.</p> <p>7. Je vois deux visages qui se touchent par le sommet mais qui regardent dans des sens opposés.</p>	<p>ban F</p> <p>Deux visages de profil qui se touchent par le sommet du crâne, bouche ouverte.</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G kp(+) Hd</p>
<p>VI – 14''</p> <p>8. √∧ Une espèce de totem indien, un symbole religieux.</p>	<p>D sup (totem)</p> <p>il repose sur une espèce de piédestal (haut du D inf.)</p> <p>Forme animale, chouette ou hibou</p> <p>F</p>	<p>Dd F+ Art</p>
<p>VII – 52''</p> <p>9. √∧∧∧ Je sais pas. Deux personnages qui se font face avec une plume sur la tête. Ca m'évoque le personnage de Peter Pan de Walt Disney, avec son reflet. √∧</p>	<p>tête (tiers sup.) avec une plume et un béret.</p> <p>Il découvre son reflet dans un miroir ou au bord d'un étang. Il s'amuse avec ce reflet. Comme s'il grimaçait devant son reflet.</p>	<p>D kp(+) (Hd)</p>
<p>VIII – 25''</p> <p>10. √∧ Une construction futuriste, plantée au-dessus de fleuves de lave, le rouge, une construction sur pilotis, on est dans un futur lointain et voilà. Ca me fait penser au dessinateur ???, un univers chaotique où les mondes s'entre-déchirent.</p>	<p>monument (D gris), roche (D vert), lave (D rose/orange).</p> <p><u>Rép. add.</u> : des Cerbères, les chiens de l'Enfer (ban)</p>	<p>G F+/- Archi</p>
<p>IX – 35''</p> <p>11. Celui-là m'évoque les peintures de Degas, à la fois les formes et les couleurs.</p> <p>12. √∧∨∧&lt; Au bord d'un étang avec le vert qui est la végétation et un couché de soleil. Ca me rappelle les peintures impressionnistes.</p>	<p>Les danseuses de Degas.</p> <p>paysage naturel avec le reflet dans un étang.</p>	<p>G F+/- Art</p> <p>G FC(+) Paysage</p>

<p>X – 26'' 13. √∧&lt;√ Des petits insectes.</p> <p>14. ∧√&lt;√ Ca me fait penser à Moebius, avec des personnages un peu bizarroïdes √∧&lt; Des animaux amphibiens, des animaux terrestres, des animaux... comme si c'était des êtres qu'on ne voyait pas mais qui sont présents autour de nous. Cette image rend visible l'invisible. C'est pas forcément des animaux effrayants.</p>	<p>Pas vraiment d'unité dans ce dessin. Deux qui se font face (D gris sup.)</p> <p>Hippocampe (D vert inf.), scarabée (D bruns), chenille (D rose), crabes (D bleus), des insectes terrestres (D bleus lats.)</p>	<p>D F+ A ban</p> <p>G F+ Paysage</p>
--	---	---------------------------------------

N° 5

<p>I – 13'' Alors là ! (rit)</p> <p>1. Deux personnages, avec des ailes, des espèces d'anges on va dire.</p>	<p>D lat. Visage, ailes, robe ou jupe.</p> <p>EL : à la rigueur, si on prend ça pour des oreilles (Dd lat. sup.), ça pourrait faire une espèce de loup, juste la tête.</p>	<p>D F+ (H)</p>
<p>II – 9'' 2. Là ça pourrait faire un visage, les yeux, le nez, un espèce d'animal.</p>	<p>Yeux (D rouges sup.), nez d'animal (D « mains »), bouche (Ddbl sup.) Moitié supérieure du G</p> <p>EL : non</p>	<p>Dbl F+ Ad</p>
<p>III – 6'' 3. Deux personnages face à face. √∧√</p>	<p>ban à moitié des femmes, à moitié des hommes (montre les attribut sexuels)</p>	<p>G K(+) (H) ban</p>
<p>IV – REFUS √∧ Alors là par contre... √∧ Pour celle-là j'ai aucune image qui me vient en tête.</p>	<p>EL : des bottes (D « pieds »), mais après, en haut, ça ressemble pas à une tête.</p>	
<p>V – 7'' 4. √ Une sorte de papillon ou de chauve-souris. ∧√ Une chauve-souris un peu.</p>	<p>Les ailes en l'air. G F ban</p>	<p>G F+ A ban</p>
<p>VI – REFUS √ (rit) ∧ une tâche mais... √ je vois rien ∧</p>		

VII – 12’’ 5. √∧ Deux visages de femmes, face à face. √	Têtes (tiers sup.), comme des personnages de bande dessinée, Titeuf.	D F+ (Hd)
VIII – REFUS √ C’est des couleurs, mais je vois pas grand chose. ∧ Je vois pas de forme.	EL : comme des espèces d’iguanes (ban)	Rem C
IX – REFUS √∧ Ca non plus, à part les couleurs		Rem C
X – REFUS Beaucoup de couleurs, mais alors... √∧ Je trouve qu’avec les couleurs on voit encore moins de formes entre guillemets.	A part des jolies tâches de couleurs...	Rem C

## N° 6

I – 5’’ (rit) 1. C’est une tête de loup ! On dirait une tête de loup.	museau, oreille G FC	G FC’(+) Ad
2. Ou un masque.	Par rapport aux ouvertures, c’est comme des yeux sur le masque	Gbl F+ Masq
3. On dirait qu’il y a quelqu’un au milieu, y’a des bras, et le corps.	un bras, une silhouette (D med.)	D F+ H
4. Une tâche.		G C’F Fragn
II – 22’’ 5. On dirait qu’il y a un palais au fond sur une montagne, des escaliers, un temple.	escalier et temple (D « mains »), montagne (haut du D noir)	Dd F+ Paysage
6. <∧ Un papillon en bas, en rose.	D rouge inf. EL : la tête et le corps, des silhouettes (G ban)	D F+ A
III – 7’’ 7. Deux personnes, deux personnages, comme si elles portaient quelque chose, un panier.	Penchés, en train de ramasser quelque chose, porter un panier. ban	G K(+) H ban
8. Et encore un papillon.	D rouge med.	D F(+) A

IV – 32'' 9. √∧ Là c'est une tâche !		G C'F Fragn
10. Une silhouette √∧	jambes, bras, tête.	G F+ H
V – 3'' 11. √∧ Une chauve-souris	F ban	G F+ A ban
12. √∧∨ Un animal ou, je sais pas...	un papillon dans ce sens	G F+ A
VI – 27'' 13. √<∨ Une fleur. ∧	cœur de la fleur (D inf.), tige et feuilles (D sup.)	G F+ Bot
VII – 5'' 14. √∧ Deux femmes face à face.	On dirait qu'elles se regardent.	G K(+) H
15. √ Dans l'autre on pourrait dire qu'elles sont dos à dos.	A l'envers comme si elles étaient tête contre tête, de dos, avec les bras, les jambes.	G K(+) H
VIII – 9'' 16. √ Un papillon ∧  A partir du moment où j'ai vu une forme, j'ai du mal à imaginer autre chose.	D rose/orange FC  <u>Rép. add.</u> : une fleur D rose/orange FC  EL: des caméléons (ban)	D FC(+) A  Crit subj
IX – 41'' 17. √ Une pomme coupée en deux au milieu, on voit les pépins.	Dbl med. + milieu du Dd med. dans le D rose Y'en a plusieurs. F  <u>Rép. add.</u> : des coquilles des bernards l'hermite (D rose lat.)	Dd F- Fragn
X – 7'' 18. La Tour Eiffel.	D gris sup. FC	D FC'(+) Art
19. Des animaux, des petits chiens.	D bleu lat. F	D F- A
20. √ Des oiseaux	D orange med.	D F+ A
21. Un rapace	un aigle qui fonce sur... D vert inf.	D kan(+) A
En tout cas elle est plus gaie celle-là.		Crit obj

## N° 7

<p>I – 5''</p> <p>1. Un masque comme un animal là, avec les oreilles, un mélange de diable et...</p> <p>2. Sur le coup je me suis dit une tête de mort mais non... ou un diable. C'est plus négatif que positif.</p>	<p>Les oreilles, des sortes de cornes. Les yeux, le nez, la bouche (Dbl). Un rappel de cornes (Dd sup.) C'est négatif parce que ça sourit pas en fait. G</p>	<p>Gbl FClob(+) Masq</p> <p>Gbl FClob(-) Anat</p>
<p>II – 16''</p> <p>(sourit) rien</p> <p>3. Des yeux et une bouche, mais pas de forme...</p> <p>Y'a rien qui me vient. Pas négatif quoi. Y'a plus de couleur déjà.</p>	<p>Les yeux (D rouge sup.) La bouche (Dbl) (un visage ?) non</p> <p><u>Rép. add.</u> : un corps genre peluche, un gros là, sans faire attention à ça (montre le Dbl) (D noir)</p> <p><u>EL</u> : (elle rappelle la réponse additionnelle) Le corps un peu difforme comme dans les dessins animés, un peu pataud.</p>	<p>Di F+ Hd</p> <p>Crit subj Crit obj Rem C</p>
<p>III – 6''</p> <p>4. Deux personnes face à face, avec des cœurs peut-être.</p> <p>5. √ Deux personnes dos à dos, avec les têtes là.</p>	<p>En costume, avec des chaussures, parce que c'est plus clair. ban J'imagine leur cœur qui sort, et les cœurs qui se collent.</p> <p>Les têtes, deux crânes (D « paniers »), mais je vois pas de corps. Deux têtes dos à dos.</p>	<p>Gg KC(-) H/Anat</p> <p>D kp (+) Hd</p>
<p>IV – 10''</p> <p>6. √ Une chauve-souris.</p>	<p>Les ailes (D « pieds »), la tête (D « queue »), deux pattes (D « bras »). G FC</p>	<p>G FC'(+) A</p>
<p>V – Imm</p> <p>7. Une chauve-souris. Ou un papillon.</p> <p>8. √ Pareil.</p>	<p>ban FC</p> <p>ban FC. Je vois plus une chauve-souris.</p>	<p>G FC'(+) A ban</p> <p>G FC'(+) A</p>
<p>VI – 5''</p> <p>9. Ca me fait penser aux tapis de peaux, les fourrures qu'on met au sol, au salon. √^∧^∧</p>	<p>G F</p>	<p>G F+ Peau ban</p>
<p>VII – 5''</p> <p>10. Deux petites filles face à face, on voit les couettes relevées là. Juste</p>	<p>Un visage plus féminin (D sup.), des couettes relevées.</p>	<p>G K(+) H</p>



le visage et le corps, posés sur... comme une sculpture quoi. √∧	Le buste (D méd.), y'a pas de bras, ça pour moi c'est pas des bras (Dd « bras »). Posées sur un socle, comme une sculpture (D inf). G F	
VIII – 20'' C'est plus joli déjà. 11. √∧ L'anatomie de quelqu'un. La colonne vertébrale, un bassin. √∧	La colonne vertébrale (axe med.), et comme les côtes ou les lombaires, ces traits sur le côté ; Le bassin (D rose/orange). F  <u>EL</u> : ban	Crit obj D F+ Anat
IX – 6'' 12. Pareil. √∧ Pareil, oui.	Bassin (D vert) Colonne vertébrale (axe med.) Tout est mélangé, c'est pas bien en place ! (rit). F  <u>Rép. add.</u> : un animal, comme une grenouille, un têtard (D orange)	D F- Anat (persévération)
X – 21'' 13. Des fruits de mer, genre une araignée de mer.  14. Une sorte de scorpions là.  15. Une sorte d'insecte là, avec des antennes. C'est tout.  16. √ Un hippocampe.	D bleu lat.  D marron foncé. Le corps et la queue. FC  D gris sup. FC  D vert inf. La forme avec le bec, la trompe. F  <u>Rép. add.</u> : ∧ un hippocampe (D rose)	D F+ A ban  D FC(+) A  D FC(+) A  D F+ A

N° 8

I – 8'' 1. La colonne vertébrale, les omoplates, la clavicules.	Epaules, clavicules Colonne vertébrale (axe central) G	G F+ Anat
2. Un visage avec un regard froid, méchant, comme une citrouille pour Halloween.	Gbl	Gbl F+ Hd
3. Un déguisement avec des petites mains en haut.	G Mains (Dd « mains »), jambe (Dd inf. med.), grande cape (D lat.)	G F+ Vêt

<p>II – 70’’ C’est bizarre.  C’est symétrique.  Y’a de la couleur, y’a du rouge.  4. Y’a un trou, ça peut être quelque chose pour mettre un axe (mime).</p>	<p>Dbl  EL : oui, qui se tapent la main (ban)</p>	<p>→ REFUS Crit obj  Rem sym  Rem C  Dbl    CF    Trou</p>
<p>III – 7’’ 5. Deux yeux, comme les yeux d’une mouche ou d’une libellule, avec comme les dents.  6. √ deux personnes qui sont dos à dos. Leur visage là. C’est symétrique, on dirait que c’est copié-collé. Des personnes, comme si elles avaient une arme, pour défendre leur territoire. L’omoplate, la colonne.  7. Ou comme un papillon</p>	<p>D « paniers »  Crâne contre crâne (D « paniers »), bras relevé, ou qui tiennent quelque chose. On dirait qu’ils sont un peu chauves, comme les cannibales. Comme si elles montaient la garde. Ca s’arrête au niveau du bassin  D rouge med.  <u>Rép. Add.</u> : deux personnes (ban)</p>	<p>D    F+    Ad  G    K(+)    Hd  D    F+    A</p>
<p>IV – 5’’ 8. Des pieds avec une grande botte de chaque côté. Comme un monstre de bande dessinés de dos, qui avec ses bras essaie de faire peur.  9. √ comme une toupie qu’on essaie d’enfoncer, avec le manche pour enfoncer ^</p>	<p>G  Axe en pointe (D « tête »), poignées pour enfoncer (D « pieds »), axe qui descend pour creuser (axe central + D « queue »)  <u>Rép. add.</u> : Comme si quelqu’un portait une grosse fourrure ( ? ) les dégradés de noir et blanc</p>	<p>G    KClob(+)    (H)  G    kob(+)    Obj</p>
<p>V – 3’’ 10. Un oiseau, comme une chauve-souris, ou un oiseau qui a des ailes très larges, des cornes, ou des antennes. Avec des ailes vraiment amples.  11. √ La même chose, sauf que dans un sens il s’envole,  ^ alors que là il est en stabilisation en vol, des battements d’ailes.</p>	<p>ban</p>	<p>G    kan(+)    A    ban  G    kan(+)    A</p>

<p>VI – 7’’  12. Un tapis comme dans les maisons, en peau. Ca fait penser à une pub où on voit un ours metteur en scène dans un film.  √ La même chose, avec la tête de l’animal en bas. Le tapis en peau de bête. ^</p>	<p>G F ban</p>	<p>G F+ Peau ban</p>
<p>VII – 12’’  13. Des visages qui grimacent.  14. Des lapins, ou des lièvres.  15. √ Dans l’autre sens on aurait dit qu’ils étaient posés comme sur une pierre ou quoi. Et dans ce sens ça fait plus comme si la personne se tenait à quelque chose avec la sensation de vide, les membres qui peuvent pendre.  Toujours la symétrie.</p>	<p>D med.  D sup. + D med.  Les grandes oreilles, le pompon, les longues pattes.  Socle (D inf.)  Sensation de vide  Jambes qui pendent (D « queue de cheval »)</p>	<p>D F+ Hd  D F+ A  D F- Hd  Rem sym</p>
<p>VIII – 9’’  16. Un animal, panthère ou loup, un animal à quatre pattes.  Des deux côtés, puisque c’est symétrique.  Plus de couleurs, plus de teintes, très peu de noir, atténué par un dégradé de vert.  17. La forme d’un visage, d’un animal comme un gorille, un animal avec une grosse tête.  18. Toujours un peu cette même forme, ça fait penser à une découpe de la colonne vertébrale.  19. √ un dos, les muscles, les côtes, la fin de la cage thoracique.  20. Une chauve-souris qui s’envole,</p>	<p>Ban  D rose med.  Vertèbre (Dbl)  D rose/orange  FC  D gris</p>	<p>D F+ A ban  Rem sym  Rem C  D F- Ad  Dbl F- Anat  D FC(+) Anat  D kan(+) A</p>

21. ou quelqu'un qui a de grands bras.	D gris	D F- H
22. Un chemin qui passe sous une arcade, comme dans une grotte, ce serait un peu étroit.	Axe med. + Dbl	Dbl F+ Paysage
IX – 10'' 23. Une personne sur un animal assez gros, qui tient l'animal avec des rênes, ou qui a une arme.  Pas de noir, c'est vraiment de la couleur.	D vert	D K(-) H/A  Rem C
24. Deux personnages qui se battent, des personnages qui pourraient être sortis de bande dessinée, ça ressemble pas à une personne réelle. Cette ligne c'est un peu le fossé qui les sépare. Deux personnes qui partent, qui sont en train de marcher, et leur reflet dans l'eau.	Personnages (D orange) ; fossé (axe central) ; eau (Dbl)	Dbl K(+) (H)
25. Des yeux, comme une espèce de visage. La symétrie est différente, y'a un petit point et de l'autre côté on le perçoit pas.	Dd rose med.: axe med. dans le rose	Dd F- Hd
26. √ derrière la cascade on voit un peu de foncé, qui laisse présager un chemin, un passage secret ou autre chose.	Dd marron dans le Ddbl du Dbl	Dd F- Paysage
27. Un visage avec un masque, les deux yeux, l'axe où il y a le nez, la bouche. Au-dessus, comme les trucs de déguisement des brésiliens.	Yeux (Ddbl dans le Dbl) ; nez (axe) ; décors extravagants (reste du G)	G F+ Hd
X – 4'' 28. Un visage, les deux yeux, une moustache, le nez au milieu, les pommettes rouges, même si c'est jaune là.	Yeux (D bleus med.), moustaches (D vert inf.), cheveux (D roses)	D F+ Hd
29. Un visage avec les deux yeux, les petites oreilles. Même un personnage en entier, longiligne, entouré d'un buisson.	D gris sup.	D F- (H)
30. Un animal de bande dessinée, un crustacé avec plein de tentacules. Le truc vert c'est des feuilles, comme si elles faisaient de l'air au roi.	Animal (D bleu lat.), feuille (D vert), roi (D gris)	D kan(+) (A) ban
31. √ L'ensemble, c'est comme un masque de carnaval, les deux yeux, avec plein de couleurs, pour la gaieté d'un carnaval, les traditions anciennes de certaines cultures.	Les couleurs rouge, vert. Un truc de perles sur le front (D vert inf.), yeux (D bleu med.), nez (D orange med.), bouche et collier (D gris)	D FC(+) Masq

## N° 9

<p>I – 3'' 1. Je sais pas, un insecte.  C'est hyper compliqué, je n'ai pas un imaginaire très développé. Je vois bien les petites mandibules avec les ailes.</p>	<p>Deux petites mandibules (Dd med. sup.), des espèces d'ailes, un corps, une petite queue. G FC'</p>	<p>G FC'(+) A ban Crit subj</p>
<p>II – REFUS Ca m'évoque pas grand chose. √&lt;^ Je vois rien qui me parle en fait. &lt;v^</p>	<p>Les couleurs sont dérangeantes.  EL : deux petits bonhommes qui se tiennent la main. G ban</p>	<p>REFUS</p>
<p>III – 3'' 2. Ah! Des mammas africaines qui préparent à manger (rit)</p>	<p>On dirait qu'elle s'apprêtent à porter un baquet lourd. KC'</p>	<p>G KC'(+) H ban</p>
<p>IV – REFUS Je sais pas</p>	<p><u>Rép. add.</u> : on pourrait imaginer aussi un insecte, mais j'arrive pas à voir quelle sorte.</p>	<p>REFUS</p>
<p>V – 5'' 3. Une chauve-souris, un papillon. Avec des ailes déformées.</p>	<p>Les antennes. La chauve-souris, c'est la couleur, certainement...</p>	<p>G FC'(+) A ban</p>
<p>VI – 4'' 4. L'épée d'Arthur plantée dans un rocher.</p>	<p>J'ai fait abstraction de la partie du bas, comme si c'était un rocher. J'ai vu l'épée, avec un manche, certes difficile à attraper...</p>	<p>G F+ Obj</p>
<p>VII – 14'' 5. Une œuvre artistique de quelqu'un qui se regarde dans un miroir.</p>	<p>Deux femmes avec une queue de cheval en l'air. Comme si elles se regardaient dans un miroir. Enfin, c'est la même femme qui se regarde dans un miroir. Tête et début du tronc.</p>	<p>G K(+) H</p>
<p>VIII – 7'' 6. Des caméléons qui marchent, mais je sais pas sur quoi.</p>	<p>ban</p>	<p>D kan(+) A ban</p>
<p>IX – REFUS Je vois rien d'identifiable</p>		<p>REFUS</p>
<p>X – 16'' Pourquoi ça me soulage que ce soit la dernière ? (rit)  7. Des hippocampes en rose là, entourés de choses.</p>	<p>D rose Le reste je sais pas, ça pourrait être dans l'eau.</p>	<p>D F+ A</p>

N° 11

<p>I – 13''</p> <p>1. Un masque avec... dans la thématique effrayant, avec les yeux et ici des crocs. Un loup ou un diable.</p> <p>2. Un papillon aussi.</p> <p>3. Et deux visages de profil.</p>	<p>yeux (Dbl sup.) ; bouche avec les crocs (Dbl inf.) Gbl</p> <p>les deux petites antennes, les deux ailes. G</p> <p>nez aquilain de vieillards ou de sorcières (D « ailes ») qui regardent à l'opposé. La bouche, les cheveux.</p>	<p>Gbl FClob(+) Masq</p> <p>G F+ A ban</p> <p>D kp(+) Hd</p>
<p>II – 15''</p> <p>4. Deux... deux lutins, enfin deux hommes face à face. Des lutins. Ca suffit, ou... ?</p> <p>5. Les personnages du Ku Klux Klan. C'est pas ces couleurs là, mais... avec les chapeaux qui cachent le visage.</p> <p>6. Un numéro de clown en costume bariolé, qui sont face à face.</p>	<p>Les lutins du Père Noël. Chapeaux rouges (D rouges sup.). G FC</p> <p>les tâches (Dd clairs dans D rouges sup) font penser aux chapeaux perforés. G</p> <p>Parce qu'il y a les tâches rouges (Dd rouges dans D noirs) G FC</p>	<p>G KC(+) (H) ban</p> <p>G F+ H</p> <p>G KC(+) H</p>
<p>III – 15''</p> <p>7. √ Un insecte, un scarabée ou une sauterelle. La partie avant.</p> <p>8. ^ et là y'a deux danseuses africaines, des danseuses ou des femmes qui cuisinent ou qui tamisent du blé, qui font une action en commun</p>	<p>tête avec les yeux importants (D « paniers ») ; pincettes (D « jambes ») ; G F</p> <p>de profil, face à face F ban</p>	<p>G F+ Ad</p> <p>G K(+) H ban</p>
<p>IV – 15''</p> <p>9. Ca me fait penser aux personnages des histoires que je racontais à mes enfants. C'est un genre de géant, plutôt méchant.</p> <p>10. √ une forêt... ensorcelée, une forêt avec les histoires des contes qu'on raconte, avec un château tout en haut d'une montagne</p>	<p>Deux grosses jambes, une tête toute petite. Du coup, ça (D « queue ») ça a pas vraiment lieu de... Peut-être un arbre qui est derrière lui. Il aurait pas besoin de ça quoi. G FClob</p> <p>végétation qui monte (D « jambes ») ; château (D « queue »)</p>	<p>G FClob(+) (H)</p> <p>G F+ Paysage</p>
<p>V – 16''</p> <p>11. √&lt; Un pélican.</p> <p>12. √^ et des papillons, des papillons de nuit.</p> <p>13. Une chauve-souris aussi &lt;√</p>	<p>de profil. bec (D « pattes »). G F</p> <p>papillons, dans les deux sens. FC'</p> <p>FC' ban</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G FC'(+) A</p> <p>G FC'(+) A</p>

<p>VI – 5''</p> <p>14. &lt; Un paysage de marécage qui se reflète dans l'eau, à l'aube. La brume, un temps brumeux.</p> <p>15. √&lt; y'a une loutre</p> <p>16. √^ un totem africain, euh... indien, multicolore, pour une cérémonie religieuse ritualisée, qui rassemble une foule.</p>	<p>G. Ca fait penser à une aquarelle. Végétation, brume. Les dégradés, les nuances. FE</p> <p>Dd sup</p> <p>D sup. avec des plumes, des bouts de tissu, plein de couleurs. foule (D inf.). G F</p>	<p>G FE (+) Paysage</p> <p>D F+ A</p> <p>G FE(+) Obj</p>
<p>VII – 15''</p> <p>17. √ Une méduse.</p> <p>18. Une carpe. Y'a tout un bestiaire là.</p> <p>19. Un éléphant ou un tapire.</p> <p>20. Ca ce serait... des rats des champs.</p> <p>21. ^ Et là je vois un utérus.</p> <p>22. Des gargouilles.</p> <p>23. &lt;^&lt; Un caniche de profil</p> <p>24. ^ Deux chats en combat.</p> <p>25. √&lt; Des enclumes aussi, qui se jouxent, qui s'opposent.</p>	<p>Dbl F</p> <p>Dbl F</p> <p>tête (D med.) F</p> <p>D sup. F</p> <p>Dbl</p> <p>D med.</p> <p>Dd : moitié du D med. ; tête de profil ; ça fait duveteux (FE)</p> <p>de profil. D sup. La queue redressée comme quand les chats sont en colère ?</p> <p>D sup. 2 masses qui s'opposent. F</p>	<p>Dbl F+ A</p> <p>Dbl F+ A</p> <p>D F+ Ad</p> <p>D F+ A</p> <p>Dbl F+ Anat</p> <p>D F+ Art</p> <p>Dd FE(+) Ad</p> <p>D kan(+) A</p> <p>D kob(+) Obj</p>
<p>VIII – 21''</p> <p>26. &lt; Une hyène, sur un décor de rochers, avec son reflet dans l'eau. ^ Elle a la volonté de progresser, de monter sur des strates, l'idée d'ascension.</p> <p>27. Un corps humain aussi, un squelette, une colonne vertébrale. La concentration de l'énergie d'un être humain, dans ces couleurs, ça représenterait ça en fait. Y'a l'idée de solidarité aussi, avec la nature et les animaux qui sont en communion, avec l'un qui donne sa force à l'autre et vice versa.</p>	<p>hyène (D rose lat.) ban rocher (reste du G)</p> <p>G sans le D rose lat. colonne = empilement de cartilages</p>	<p>G kan(+) A/Pays. ban</p> <p>D F- Anat</p> <p>Abstraction</p>

<p>IX – 32''</p> <p>28. √ Un nez vu de dessous. Quelqu'un qui est empêché de respirer, qui cherche sa respiration.</p> <p>29. ^ dans l'autre sens c'est beaucoup plus apaisé. Une sculpture, la communion d'un être humain avec l'art.</p> <p>30. &lt;√^ Un personnage extra-terrestre.</p>	<p>narines (Ddbl med.) comme une bouche (Ddbl inf, entre les Dd oranges « pincés »)</p> <p>G autour d'un visage, puisque je revois le nez ici.</p> <p>D orange ; F la partie basse du menton</p>	<p>Dbl    kp(-)    Ad</p> <p>G        F+/-     Art</p> <p>D        F-        (Hd)</p>
<p>X – 11''</p> <p>31. Le morcellement d'un corps, d'une personne. Un morcellement complet, le corps, l'esprit, les organes, tout est disparate. En même temps ça a l'air joyeux, c'est très coloré. C'est un personnage féminin, parce qu'il y a un haut de maillot de bain féminin, et les organes féminins, les trompes là.</p> <p>32. Y'a des genêts en bourgeon aussi.</p> <p>33. √&lt;^ Des araignées de mer.</p> <p>34. Et ça ce serait des petits diabolins.</p> <p>35. Des têtards aussi.</p> <p>36. √ Un papillon dans sa chrysalide, un papillon en transformation.</p>	<p>Comme un vêtement féminin (D rose) l'explosion des organes (D bleu lat.) Je vois plutôt l'intérieur du corps là, qui est... une partie de squelette avec la colonne vertébrale et le bassin (D gris sup.) les trompes (D vert inf.)</p> <p>D jaune lat. + D marron foncé</p> <p>D bleu lat. (ban)</p> <p>D gris sup. Deux petits diabolins qui s'opposent.</p> <p>D jaune med.</p> <p>L'ensemble me faisait penser à ça. Les couleurs me font penser à un papillon, c'est très coloré.</p>	<p>G        F-        Anat</p> <p>D        FC(+)    Bot</p> <p>D        F+        A     ban</p> <p>D        kp(+)    (H)</p> <p>D        F+        A</p> <p>G        FC(-)    A</p>



## N° 33

<p>I – 4''</p> <p>1. Un papillon.</p> <p>2. En tout cas un insecte... que je connais pas mais... (rit)</p>	<p>Un corps long et des ailes assez grosses sur les côtés. G F</p> <p>Un insecte style cafard, les espèces de pincés devant. G FC'</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G FC'(+) A</p>
<p>II – 36''</p> <p>3. Le museau, juste le devant d'un hamster ou d'un petit animal comme ça.</p>	<p>Yeux (D rouges sup.), museau (D rouge inf.), grosses joues. (Dbl ?) le nez. G FC'</p> <p>EL : deux têtes de petits ours, museau contre museau (ban)</p>	<p>Gbl FC'(-) Ad</p>
<p>III – 23''</p> <p>4. Deux personnes debout autour d'une table, qui transportent la table. √∧ Avec des lampions qui descendent.</p>	<p>Deux hommes qui portent une table. Des serveurs dans un restaurant, liquettes, pantalons noirs. G KC' ban</p>	<p>G KC'(+) H ban</p>
<p>IV – 39''</p> <p>5. √∧ Une peau de bête, comme un tapis.</p> <p>6. √ Un écureuil volant. Comment ça s'appelle... ?</p>	<p>Le côté... ça paraît aplati. Tête (D queue). G F</p> <p>Tête (D tête) avec des moustaches. G F</p>	<p>G F+ Peau</p> <p>G kan(+) A</p>
<p>V – 7''</p> <p>7. Une chauve-souris.</p> <p>8. √ Deux oiseaux collés l'un contre l'autre à la verticale. &lt;∧</p>	<p>G FC'</p> <p>Becs (D « pattes ») Becs en l'air, et les ailes déployées dans l'autre sens.</p>	<p>G FC'(+) A ban</p> <p>G kan(-) A</p>
<p>VI – 18''</p> <p>9. √ Une fleur</p> <p>10. ∧ Une décoration qu'on met en haut du sapin de Noël.</p>	<p>Un peu de feuilles (D sup.) et une grosse fleur (D inf.) comme dans les îles, sauf qu'y a pas la couleur. G F</p> <p>G F</p>	<p>G F+ Bot</p> <p>G F+ Obj</p>

<p>VII – 24'' 11. Une bascule avec deux petits lutins qui se balancent.</p> <p>12. √ Une espèce de portique avec deux petites poupées avec une espèce de tête un peu de lion.</p> <p>13. Là, à l'intérieur, je vois comme un poussoir, qu'on appuie dans les jeux.</p>	<p>Bascule (tiers inf.), lutins (tiers med. et sup.) Personnages un peu bizarres, comme dans les dessins animés.</p> <p>Comme des trucs qu'on accroche dans les chambres des gosses, qui bougent un petit peu. Deux petits personnages en-dessous (tiers med. et tiers sup.). Bras (D « trompes »), tête de lion, fesses en arrière (Dd « bouches »)</p> <p>Dbl</p>	<p>G K(+) (H)</p> <p>G F+ (H) → K</p> <p>Dbl F+ Obj</p>
<p>VIII – 34'' 14. √ Je vois les disques de la colonne vertébrale, accrochés avec les muscles. ^</p>	<p>Os (G sans le D rose lat.), muscles (D rose lat.) G F</p> <p>EL : oui, mais je sais pas quoi (D rose lat.)</p>	<p>G kob(-) Anat</p>
<p>IX – 16'' 15. Je vois un nez, des yeux, mais de quoi je sais pas. Des naseaux, plus qu'un nez.</p> <p>16. Je vois plus de la lave qui remonterait dans un petit lac, comme une éruption.</p> <p>17. √ Dans ce sens là plus d'ailleurs, la lave qui retombe sur la montagne du volcan.</p>	<p>Une tête de cheval (Dbl) Naseaux (Ddbl dans Dbl), yeux (Ddbl en haut du D orange)</p> <p>Lave (D rose), lac (Dbl)</p> <p>Lave (D rose), montagne (D vert), puit de lave (Dbl)</p>	<p>Dbl F+ Ad</p> <p>Dbl kob(+) Expl</p> <p>Gbl kob(+) Expl</p>
<p>X – 31'' 18. Je vois des petits insectes un peu partout.</p> <p>19. √ Je vois un masque, les yeux, les sourcils, le nez, la bouche, le menton avec des petites barbichettes, des deux côtés. Un masque de carnaval très coloré. &lt;</p>	<p>Plein de petits animaux bizarres, partout.</p> <p>Yeux (D jaunes med.), sourcils (D vert inf.), nez (D bleu med.), bouche (D orange med.), menton (D gris sup.), barbe sur les côtés (D bleu lat.), oreilles (D lat. bruns + marrons + jaunes)</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G F+ Masq</p>

## N° 34

<p>I – 10''</p> <p>1. (rit) Un papillon</p> <p>2. √&lt;∧√ Là ça fait un vaisseau spatial &lt;∧√</p>	<p>Les ailes, la couleur dans les ailes, la couleur blanche, les... qui servent à manger (Dd « crochets »), l'abdomen (D med.)</p> <p>Les ailes (Dd lat. sup.). Les jambes (?) les pieds, l'endroit pour sortir, comme dans les films (D sup.), les fenêtres (Dbl), et le satellite (Dd inf. med.). Je vois des gens maintenant, des personnes qui conduisent le... La forme de la tête, bouche, nez, yeux, cou (Dd inf. lat.).</p>	<p>Gbl FC'(+) A ban</p> <p>Gbl F+ Obj</p>
<p>II – 21''</p> <p>3. √ Une coccinelle (rit) Je vois des insectes.</p> <p>4. ∧√ Une fleur aussi &lt;√</p>	<p>(D noir) les tâches (D rouges dans le D noir), la tête (D « mains »). Le corps je l'aurais rempli en noir (Dbl).</p> <p>D rouge inf.</p> <p>Rép. Add. : √ une crevette (D rouge inf.), les yeux et...</p>	<p>Dbl FC(+) A</p> <p>D FC(+) Bot</p>
<p>III – 10''</p> <p>5. Là ça fait des personnes, deux personnes, femmes.</p> <p>6. √ De l'autre côté ça fait un scarabée.</p> <p>7. ∧ Je peux dire juste la tâche rouge ? Ca fait des poumons.</p> <p>8. Et les autres ça fait un estomac. √∧√</p>	<p>ban</p> <p>Deux yeux (D « paniers »), bouche (inf. du Ddbl au-dessus du D « paniers »), pattes (D « jambes »). FC'</p> <p>D rouge med. F</p> <p>D rouge lat. F</p>	<p>G K(+) H ban</p> <p>Gbl FC'(+) A</p> <p>D F+ Anat</p> <p>D F+ Anat</p>
<p>IV – 27''</p> <p>9. √∧ (rit) Des jambes... avec des bras.</p> <p>10. √&lt;√ La tête d'une chenille. ∧</p> <p>Après, quand je vois les jambes, je vois rien d'autre.</p>	<p>D « jambes » + D « bras »</p> <p>Moitié inf. du D « queue »</p>	<p>Di F+ Hd</p> <p>Dd F+ Ad</p>
<p>V – Imm</p> <p>11. Un papillon.</p> <p>12. √ Une chauve-souris ∧</p>	<p>F ban</p> <p>FC' ban</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G FC'(+) A</p>

VI – 7'' 13. (rit) Un animal mort là.	Un tapis en forme d'animal. Ca fait penser à une fourrure ( ?) les différentes couleurs, c'est pas régulier...	G FE(+) Peau ban
14. √∧∨ Euh... comment il s'appelle cet animal... une raie !	D inf. Avec la bouche (Dd inf.)	D F+ A
15. ∧ Une tête de poisson, juste la tête √<∧	Extrémité sup. du D sup. La bouche (Dd « moustaches »)	D F- Ad
VII – 23'' 16. √ Un éléphant  ∧ Après je vois pas... √	Deux tiers sup. Trompe, yeux, buste. FC'  Rép. Add. : Je vois une bretonne, ou une alsacienne, je sais plus lesquelles elles ont les chapeaux. Ca ressemble plus à une fille ( ?) les formes peut-être, je sais pas.	D FC'(+) A
VIII – 6'' Y'a de la couleur ! 17. < Je vois un lion.	ban	Rem C D F+ A ban
18. √∧ Une colonne vertébrale, √ avec les poumons	colonne (axe med.), poumons (D rose) FC On dirait que c'est accroché à la colonne vertébrale.	G FC(-) Anat
19. Des yeux.	D orange	D F- Hd
20. ∧<∨ Un microbe	Extrémité latérale du D gris. C'est les petites accroches. Ca fait microbe, bactérie.	Dd F+/- A
IX – 13'' 21. √ Ah oui... une mante-religieuse, qu'est en train de manger un animal, je sais pas ce que c'est. <∧∨	Yeux (D rose lat.), les trucs pour attraper les bestioles, les mandibules (Dd rose med. inf.), le corps (Dbl), les pattes (D orange). L'animal qu'elle a eu, ou l'herbe, je sais pas ce que ça mange (D vert)	Gbl kan(+) A
X – 4'' 22. √ Ca fait un monstre comme ça.	Yeux (D jaune med.), cornes (D vert inf.), forme du visage (D rouge), nez (D bleu lat.), bouche (Ddbl entre le D gris sup.), la gorge (axe gris sup.)	Dbl F+ (H)
23. Y'a des reins.	D gris sup.	D F- Anat
24. ∧<∨ Un poisson	D vert sup.	D F+ A

I – Imm 1. Une chauve-souris (rit)	Ailes, sortes de... elles ont des petites mains pour s'accrocher. Des yeux (Dd sup. med.) ou une tête, je sais pas (G FC')	G FC'(+) A ban
II – 15'' C'est un peu psychédélique cette affaire.  2. On dirait un scanner, avec les deux hémisphères du cerveau, et ici l'emplacement des yeux, et le lobe occipital	Hémisphères (D noir) Le rouge évoque l'endroit du regard. Lobe occipital (D rouge inf.), yeux (Dbl) F  EL : non	Gbl F- Anat
III – 4'' 3. Un bassin, la radio d'un bassin. Les vertèbres sacrées, et ici le bassin.	Vertèbres (D « paniers ») qui m'ont influencée par ces petits traits, au niveau du sacrum ça fait comme ça Bassin, crête iliaque (D « fesses ») Bassin vu de face (G sans le rouge)  <u>Rép. add.</u> : un petit nœud (D rouge med.)  EL : un papillon (D rouge med.)	G F+ Anat
IV – 6'' 4. Une sorte de monstre de dessin animé, Monster et co., un monstre poilu avec des gros pieds, une toute petite tête.	Les grosses pattes (D « pieds ») Tête, nez, yeux, mains	G FClob(+) (H)
V – 9'' 5. Une chauve-souris, en tout cas un insecte avec des grandes ailes, deux petites pattes et deux oreilles. ∨^	Ban FC'	G FC'(+) A ban
VI – 4'' 6. On dirait une peau de bête, qu'on vend. La tête, les bras, les jambes. La tête ça m'évoque un peu un renard.	G Tête de renard, museau, poils (D sup.) ; Corps (D inf.) étalé comme un tapis.	G F+ Peau ban
VII – REFUS J'ai le droit de dire rien ? ∨^ non, celui-là, il m'inspire pas.	<u>Rép. add.</u> : on pourrait y voir un personnage. Une sorte de sourire, à la Joker (Dbl) avec les yeux là. Un sourire un peu pointu, à mi-chemin ente clown et Joker, et ça me fait peur du coup.	

<p>VIII – 24’’ Ah, des couleurs !</p> <p>∨ C’est difficile celui-là</p> <p>7. ∧ On dirait des animaux encore. ∨ dans ce sens là on dirait des animaux qu’on voit sur Arte avec un long nez. Les animaux de la savane, vous savez, je les connais pas tous.</p>	<p>D rose (ban)</p>	<p>Rem C</p> <p>Crit obj</p> <p>D F+ A ban</p>
<p>IX – 22’’ 8. ∨∧&lt;∧ Une ampoule (rit)</p> <p>Je cherchais, j’étais en manque d’inspiration... par contre ce qu’il y a autour, je sais pas...</p>	<p>La forme, le fil du milieu, avec ici le socle (Dbl + axe central)</p>	<p>Dbl F+ Obj</p>
<p>X – 9’’ Plus ça va, plus y’a de couleurs et plus y’a de choses.</p> <p>9. En bleu on dirait des crabes.</p> <p>J’aurais vu des animaux partout, je vous aurais fait la séquence Arte documentaire. On dirait des petits animaux. C’est les crabes qui m’inspirent le plus.</p> <p>Y’a toujours une symétrie à chaque fois.</p>	<p>D bleu lat.</p>	<p>Rem C</p> <p>D F+ A ban</p> <p>Crit subj</p> <p>Rem sym</p>

N° 37

<p>I – 2’’ 1. Un papillon</p> <p>2. Des danseurs aussi.</p> <p>3. Un masque.</p>	<p>Les deux antennes (Dd sup.), la forme des ailes (D lat.), la symétrie. F</p> <p>la tête avec le bras des deux côtés (D med.) qui était tenu avec deux autres danseurs avec les bras écartés sur les côtés (D lat.).</p> <p>G</p> <p>yeux, nez, bouche avec la langue au milieu. Gbl</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>G K(+) H</p> <p>Gbl F+ Masq</p>
<p>II – 9’’ 4. Un visage.</p>	<p>yeux, nez, bouche (Dbl)</p> <p>Gbl</p>	<p>Gbl F+ Hd</p>

5. Une lampe.	Dbl	Dbl F+ Obj
6. Des gens qui se tapent dans la main.	D noir	D K(+) H ban
III – 5''		
7. Un nœud papillon.	D rouge	D F+ Vêt
8. Des gens autour d'une table.	(sexe ?) des femmes parce qu'il y a des poitrines, et en-dessous de la table y'a les sacs à main. Qui se tiennent à la table, en position à peu près assis (sic).	G K(+) H ban
9. √ Des arbres.	D « paniers » Ca fait des troncs, très feuillus au-dessus avec la forme d'un arbre.	D F+ Bot
10. Des oiseaux.	Un oiseau sur une branche (D « tête ») avec le bec (D « hanche »), la queue (D « poitrine »), les ailes (D « bras »)	D kan(+) A
11. Des poissons. ^	D « jambes » Avec la nageoire.	D F+ A
IV – 10''		
12. Des jambes.	D « jambes »	Di F+ Hd
13. Des oreilles de lapin.	D « bras »	D F+ Ad
14. √^ Un tronc d'arbre	D « queue »	D F+ Bot
V – 4''		
15. Un papillon	G ban	G F+ A ban
16. Des pattes. √	Dd gris lat.	D F- Ad
VI – 5''		
17. Une tête de chat	Poils, moustaches (D sup.), vue d'en dessous. Les dégradés de couleurs. (partie externe du D inf.)	Di FE(+) Ad
18. Des fauteuils	col, manche, et qui descend. D inf.	D F+ Obj
19. √ Un manteau	D sup. F	D F+ Vêt
20. Une fleur	avec les pétales	D F+ Bot

VII – 6''					
21. Une étoile	Dbl	Dbl	F+	Géom	
22. √ Un arbre	Dbl	Dbl	F+	Bot	
23. Un scarabée	Pattes (D « bras » + D « queue de cheval »), tête (tiers inf.), dos (Dbl). Gbl	Gbl	F-	A	
24. Des éléphants, enfin, des têtes d'éléphants	Tiers med. F	D	F+	Ad	
25. Des écureuils	Tiers sup. Queue, forme allongée au niveau de la tête.	D	F+	A	
26. ^ Des chaises	(face externe med. du D « têtes »)	D	F+	Obj	
VIII – 3''					
27. Une montagne	D gris. FC'	D	FC'(+) Géo		
28. Un tigre	Tête de tigre (Dbl rayé sup. med.) FC'	Dbl	F+	Ad	
29. Des rongeurs	D rose lat. Ban	D	F+	A	ban
30. √ Un papillon	D orange/rose	D	FC(+)	A	
31. Des poissons	Dd rose dans le D vert	Dd	F+	A	
32. Une flèche.	D gris + axe central	D	F+	Obj	
IX – 3''					
33. Une cascade	Dbl + axe. FC	Dbl	kobC(+)	Elém	
34. Des cerfs	D orange ; avec les cornes (Dd orange foncé). F	D	F+	A	
35. √ Une tête d'éléphant	D rose + axe	D	F+	Ad	
36. Un visage	Dbl : yeux, nez, bouche.	Dbl	F+	Hd	
37. Une tête d'ours	D vert	D	F+	Ad	
38. ^ Un crâne	partie inf. du Dbl + Ddbl dans le vert et le rose	Dbl	F-	Anat	



X – Imm 39. Des perroquets	D jaune lat. FC	D FC(+) A
40. Des crabes	Des crabes et des feuilles ( ?) ils les tiennent dans leurs pinces.	D F+ A ban → kan
41. Des feuilles.	D bleu + D vert. FC	D FC(+) Bot
42. √ Une chauve-souris	D bleu med.	D F- A
43. Un ange	ange avec corps et ailes (D vert inf.)	D F+ (H)
44. Des branches	D brun	D F+ Bot
45. Des insectes	D gris sup. FC'	D FC'(+) A

N° 38

I – 9'' 1. Deux femmes avec des ailes qui s'enlacent. Un peu genre des anges avec une capuche.	Ailes (D lat. sup.), mains levées (Dd sup.), et deux têtes de femmes avec une sorte de capuche (Dd sup.), les ailes déployées. Ces pieds côte à côte (Dd inf. med.). (G sans la partie inf. du D lat.)	Dd K(-) (H)
II – 9'' 2. On dirait deux têtes de chiens, museau contre museau. Du coup, le rouge, ça me choque un peu, comme s'ils étaient blessés.	Têtes, museaux (D « mains »), oreilles, une partie du buste. Le rouge fait penser à un combat, ou à un chien blessé.	G kan(-) Ad/Sg
III – 15'' 3. √√ On peut penser à un homme qui a les bras levés, un chef d'orchestre qui dirige. √√√√	bras levés (D « jambes »), arrière de la tête (D « paniers »), dos (Dbl + D « bustes »).  EL : ^ oui, deux personnes face à face, le nez là. Tête, bras (D « jambes »), buste (D « buste » + D « bras » + D « panier »)	G kp(+) Hd
IV – 42'' √√ Elle m'inspire pas celle-là.  4. Un peu comme une peau d'animal dépecé, comme un tapis en peau d'ours, quelque chose comme ça.	Cet effet de peau repliée sur elle-même, le fait d'être bien étalée en large. G	→ REFUS  G F+ Peau

<p>V – 3'' 5. Un papillon avec ses antennes, les ailes déployées.</p> <p>6. √ Dans l'autre sens ça fait plus penser à une chauve-souris avec les ailes en pointe, vue de haut, déployées.</p>	<p>Ban</p> <p>kanC' ban</p>	<p>G kan(+) A ban</p> <p>G kanC'(+) A</p>
<p>VI – 9'' 7. Ca me fait penser à un bâtiment avec les côtés bien carrés, bien perpendiculaires, une sorte de monument.</p> <p>8. √∧ Une sorte d'avion un peu futuriste.</p>	<p>La tour, des formes plus géométriques. Un bâtiment étalé avec des annexes sur le côté, une pointe sur le dessus. L'aspect bien symétrique. G</p> <p>Dans l'univers fantaisiste un peu. Le nez de l'appareil, les ailes un peu géométriques bizarres, mais qui rentrent dans ce contexte là. Une sorte de réacteur là (Dd inf.)</p>	<p>G F+/- Archi</p> <p>G F+ Obj</p>
<p>VII – 18'' 9. Le haut de l'image me fait penser à deux lapins, les oreilles en pointe, la gueule ouverte.</p> <p>10. √ Un animal assis sur le ventre, couché sur le ventre, avec de grandes oreilles, peut-être un éléphant ou quelque chose comme ça. ∧</p>	<p>oreilles (D « queue de cheval »), gueule ouverte (Ddbl : « creux du front »). Tiers sup.</p> <p>pattes « D « queue » + D « bras »), oreilles déployées qui cachent la tête (tiers inf.).</p>	<p>D kan(+) Ad</p> <p>G kan(-) A</p>
<p>VIII – 15'' 11. Les extrémités me font penser à un caméléon, ou une sorte de reptile à quatre pattes qui marcherait sur une branche. Les couleurs me font penser à la forêt, un petit peu terne. √ L'inverse me fait exactement penser à la même chose.</p>	<p>ban</p> <p>G</p> <p>forêt, fleurs exotiques</p>	<p>D/G kanC(+) A/Paysg ban</p>
<p>IX – 34'' 12. √ Une tête d'animal avec les nuances de vert, avec la bouche ouverte, les oreilles, la truffe.</p> <p>13. ∧ Peut-être une sorte de récipient, comme une sorte de vase un peu décoré, les formes, le socle en rose, les anses.</p>	<p>Oreilles, museau, bouche ouverte (Ddbl) D vert</p> <p>Haut du vase (Dbl + D orange), sortes d'anses décorées (D vert), socle (D rose). Gbl</p>	<p>Dbl kan(+) Ad</p> <p>Gbl F+ Obj</p>
<p>X – 5'' 14. Une sorte de feu d'artifice. Un bâtiment avec un feu d'artifice autour, avec le mélange de couleurs vives.</p> <p>15. √ Sinon je vois un visage, avec les sourcils froncés. Un air un peu énervé.</p>	<p>mélange de couleurs. Tour (D rose + D gris), porte (D gris)</p> <p>Sourcils (D verts inf.), yeux (D jaunes inf.), bouche un peu serrée (Dd orange med.), forme du visage (D roses). L'éclatement de couleurs qui ferait penser à un état un petit peu énervé, ça part dans tous les sens.</p>	<p>G kob(+) Expl/Archi</p> <p>D kp(+) Hd</p>

N° 39

<p>I – 3'' 1. Une chauve-souris.  Symétrique.</p>	<p>oreilles, corps, ailes. G FC'</p>	<p>G FC'(+) A ban  Rem sym.</p>
<p>II – 20'' C'est toujours symétrique,  mais ça m'inspire pas grand chose.  2. Une pièce, mécanique ou de truc comme ça.</p>	<p>Le trou au milieu, qui du coup peut s'imbriquer dans autre chose. D noir + Dbl  EL : moi j'en vois pas en tout cas. Ah si ! deux petits... deux ours, comme s'ils s'embrassaient (D noir, ban).</p>	<p>→ REFUS Rem sym.  Crit obj.  Dbl F+/- Obj</p>
<p>III – 10'' 3. L'ossature d'un squelette avec des bras.  ∨∧ Toujours cette notion de symétrie.</p>	<p>Bras (D « jambes »), hanches (D « paniers »), et en remontant. Ca peut faire penser aux poumons (D rouges med.). Ca doit être une déformation professionnelle.  EL : ∨ j'en vois pas. Des poissons (D « jambes ») mais c'est pas super flagrant, ça pourrait.</p>	<p>G F- Anat  Rem sym.</p>
<p>IV – 10'' 4. Ca va être très glauque ! une souris ouverte en deux. Une notion de disséquer. ∨∧</p>	<p>Rat ou souris disséqué. Tête, bras, jambe, coupé en deux, comme si on le rabattait.</p>	<p>G F- A</p>
<p>V – 12'' 5. Une chauve-souris coupée en deux, disséquée de chaque côté.  Toujours cette notion de symétrie, dans tout ce que j'ai vu.</p>	<p>Par rapport à la forme, tête, patte, aile. (disséquée ?) parce qu'on a l'impression qu'elle est ouverte en deux (mime la symétrie). Mais elle peut très bien juste être posée à plat.</p>	<p>G F- A  Rem sym</p>
<p>VI ∨ Alors là... j'arrive rien à retrouver comme ressemblance, hormis une tâche d'encre, on aurait plié le papier en deux, et ça aurait fait ce que ça aurait fait.</p>		<p>REFUS Description</p>
<p>VII – 26'' 6. Des nuages.</p>	<p>Le côté un peu vaporeux des extrémités, mais ça manque quand même de douceur.</p>	<p>G F+/- Elém</p>

VIII – 30’’ C’est coloré !		Rem C
7. < Les deux rouges ça me fait penser à des animaux, qui grimperaient sur quelque chose.	ban	D kan(+) A ban
8. ^ Ca doit être une déformation professionnelle, le bas ça me fait penser à l’ossature d’un bassin.	D rose + D orange Les os du bassin avec le départ pour le fémur et tout ça.  Le haut j’en ai aucune idée.	D F+ Anat
IX √^ Ca m’inspire rien ! (rit)		REFUS
X – 17’’		
9. Des insectes avec des pattes.	Les petites ramifications, ça me fait penser à tous ces insectes qui ont des pattes (D bleus + D bruns)	D F+ A ban
10. Ce qui est rose : des débuts d’ailes de papillon. Avec le squelette du bec, de la tête, en gris, enfin en marron.	La partie la plus large et la plus longue.	D F- Ad
Elle est moins triste que les autres.		Crit obj.

## N° 40

I – 6’’		
1. Deux anges	moitié sup. du G Les deux têtes, les mains (Dd sup.), les ailes (D lat. sup.)	Dd F- (Hd)
2. ou un chien, non un sanglier, un sanglier.	Par rapport aux défenses, les yeux et les défenses (Dbl) Le chien, juste pour les oreilles. G	Gbl F+ Ad
II – 6’’		
3. Un visage	Yeux (Dbl sup.), bouche ouverte (Dbl med.), nez (Ddbl) avec la continuité en haut. Les yeux tristes.	Gbl kp(+) Hd
4. Deux personnes qui se tiennent la main.	Visages (D rouge sup.), mains qui se rejoignent (D « mains ») avec les pieds aussi. G	G K(+) H ban
On peut avoir plusieurs réponses ?		

III – 12'' 5. √∧ Deux serveurs.	En tenue, en costume, avec les plats dans les mains, un peu lourds. C'est bizarre mais ce nœud au milieu qui a... le nœud papillon. FC'	G KC'(+) H ban
IV – 5'' 6. √ Un sanglier aussi.	Défenses sur le côté (D « bras »), yeux (Ddbl inf. entre D « jambes » et D « queue »), museau qui remonte, avec l'arrête (Dd « tête » + axe). FC'	G FC'(+) Ad
V – 3'' 7. √∧ Une chauve-souris ou un papillon √∧	ban Le papillon pour les deux... en bas, et les antennes en haut. Une chauve-souris pour les ailes et les oreilles en haut. FC'	G F+ A ban
VI – 7'' 8. √∧ Un tapis... d'ours (rit)	Dans les deux sens. Forme aplatie avec la tête en haut.	G F+ Peau ban
VII – 6'' 9. √ Des sœurs siamoises.	Accrochées par la tête. Jambes (D « queue »), robe (tiers sup.), bras (Dd « bras »), le visage ici (tiers inf.), de chaque côté. G	G K(-) H
VIII – 8'' 10. √∧∧ Un insecte ∧∨	Ca fait un visage d'insecte un petit peu... la forme, les trous, les couleurs aussi. Un genre de mante-religieuse ou...  EL : des hyènes (ban)	Gbl F- Ad
IX – 5'' 11. √ Une tête de singe.	Tête de babouin. Yeux (Ddbl entre D rose et D vert), nez (Dbl central), bouche (Dbl sup.), avec la mâchoire en bas (Ddbl sup.), et les grosses joues (D vert).  Rép. Add. : un criquet, juste la tête. Les yeux (Ddbl dans D vert), les dents (Ddbl entre D rose et D vert), la mâchoire en bas (D rose).  Rép. Add. : des joueurs de flûte (D orange) avec la flûte dans la bouche.  Rép. Add. : √ ah oui, y'a des têtes d'ours aussi (D vert), les oreilles, le museau, la bouche ouverte (Ddbl)	Gbl F+ Ad
X – 6'' 12. √ Un criquet, ou...  13. ∧ Un feu d'artifice √	Yeux (D jaune med.), bouche avec les dents qui ressortent (D gris sup.). Criquet en colère.  G	D F- Ad → kan  G kob(+) Expl

N° 41

<p>I – 13'' 1. Ca me fait penser un peu à l'anatomie, les vertèbres avec...  Egalement à une image qui est doublée, face à un miroir. C'est la même image face à un miroir. En voyant les deux parties, ça me fait plutôt penser à une partie de l'anatomie, les vertèbres.</p>	<p>Colonne (D med.) G  EL : un oiseau, un animal volant (moitié sup. du G)</p>	<p>G F- Anat  Rem sym.</p>
<p>II – 10'' 2. Ca me fait penser à deux individus assis côte à côte, genoux contre genoux, face à face, paume contre paume, même si on détermine pas... on voit pas la tête. Deux corps assis côte à côte, se touchant les mains.  3. Ca peut aussi être deux poulets qu'on aurait posés côte à côte.  Est-ce qu'on peut la tourner ?  ✓ Toujours cet effet de miroir.  4. Là ça me ferait plutôt penser à un papillon, sur la tâche rouge.  5. A la carte de l'Afrique.  6. On voit qu'il y a quelques tâches sur la peinture grise, qui correspondraient à peu près à trois doigts, posés comme ça. &lt;v</p>	<p>G Pour moi, la tâche rouge pourrait correspondre à un chapeau  D noir  D rouge inf.  D rouge sup.  Dd rouge dans le D noir</p>	<p>G K(+) H ban  D F- Alim  Rem sym  D F+ A  D F+ Géo  D F+ Tâches</p>
<p>III – 8'' 7. Là pareil j'ai l'impression d'un individu face à un miroir, ce qui laisse à penser que c'est des femmes, enfin une femme face à un miroir. Ca donne l'impression qu'elles tiennent quelque chose, comme un sabre, que je peux pas déterminer. Une légère avancée au niveau de la poitrine, qui me fait penser que c'est une femme.  Après, la tâche rouge, je vois pas du tout ce que ça pourrait être. v^</p>	<p>Jambe, chaussure pointue, poitrines. Même si la bouche, le visage, n'est pas bien dessiné. Une femme face à son miroir avec un sac à main, un genre de sac. (ban)</p>	<p>G K(+) H ban</p>

<p>IV – 22'' Toujours cet effet miroir.</p> <p>&lt; C'est un peu plus complexe.</p> <p>8. ^ Un genre de monstre comme on peut l'imaginer en tant qu'enfant, bien poilu, bien chargé, corpulent, assez imposant. Je vois que mes enfants jouent avec des dinosaures en plastique. Ca me fait penser à un dinosaure de dos, avec la queue au milieu qui pourrait être la queue.</p> <p>9. Ca pourrait faire penser à un arbre qu'on aurait tranché en deux, avec des morceaux d'écorce assez important.</p> <p>10. &lt;v^ Une chauve-souris, je sais pas pourquoi.</p>	<p>(peur ?) oui, l'impression d'un animal imposant, velu. Poilu : nuances de gris clair gris foncé. G</p> <p>lambeaux d'écorce (D « jambes »), tronc (reste du G)</p> <p>(Moitié sup. du G) surtout la tête. FC'</p>	<p>Rem sym.</p> <p>Crit obj.</p> <p>G FE(+) (A) → Clob</p> <p>G F- Bot</p> <p>Dd FC'(+) A</p>
<p>V – 10''</p> <p>11. v^ Une chauve-souris. Un animal volant, avec des ailes qui sont pas bien délimitées, contrairement au tronc et à la tête.</p> <p>Toujours avec cet effet miroir.</p> <p>12. v Dans un sens ou dans l'autre, un animal volant.</p>	<p>G</p> <p>G</p>	<p>G F+ A ban</p> <p>Rem sym.</p> <p>G F+ A</p>
<p>VI – 18''</p> <p>13. v Un poisson qu'on aurait coupé en deux, on a les deux morceaux qu'on a... avec au bout la queue. Un animal qu'on aurait dépecé, comme... comme on fait un petit peu pour les souris de laboratoire, pour observer l'anatomie.</p> <p>14. &lt; Un reflet dans la mer, d'une explosion</p>	<p>G queue (D sup.)</p> <p>Comme un avion qui atterrit et qui explose.</p>	<p>G F- A</p> <p>G kob(+) Expl</p>
<p>VII – 23''</p> <p>15. &lt;v Une épluchure de pomme, qu'on effectue avec un économe.</p> <p>16. Aux petites grenouilles qu'on fait avec du papier, en appuyant dessus ou... ^</p>	<p>G</p> <p>G Même si cette partie a l'être d'être vide (Dbl)</p>	<p>G F+ Alim</p> <p>G F- Obj</p>

<p>VIII – 15'' C'est plus gaie, y'a un peu plus de couleur.</p> <p>17. &lt; Un animal qui reflète dans l'eau, qui passe d'un point à un autre, d'un galet à un autre. On distingue bien les jambes, les pattes.</p> <p>18. ^v Une impression de volcan, une éruption, sur le rose et l'orangé. ^v</p>	<p>ban</p> <p>D rose/orange inf. FC avec le cratère</p>	<p>Crit obj Rem C D/G kan(+) A/Paysg ban</p> <p>D kobC(+) Expl</p>
<p>IX – 22'' 19. &lt;v&lt; Un têtard</p> <p>20. Là un paysage qu'on voit au loin, avec de la verdure, au bord de l'eau.</p> <p>21. v&lt;^ Une partie de l'anatomie, au dos, aux vertèbres avec les épiphyses, et le canal dans lequel passe la moelle épinière.</p>	<p>D orange La tête bien ronde, le corps pas tout à fait défini, avec une queue en pointe.</p> <p>axe central</p> <p>G</p>	<p>D F+ A</p> <p>D F+ Paysg</p> <p>G F- Anat</p>
<p>X – 13'' Colorée.</p> <p>22. &lt;^ Des algues, toujours dans l'eau. Un hippocampe. Là une grenouille élancée, qui part d'un point à un autre. Plutôt un paysage marin. Des algues, des hippocampes en jaune là.</p> <p>23. &lt; Un morceau de foie qu'on aurait coupé, pas de foie, de poumon, au niveau de la couleur. Ca fait penser à un poumon qu'on aurait posé comme ça, mal découpé.</p>	<p>Algues (D bleus lat.), hippocampe (D rose + D jaune med.), grenouille (D brun). G</p> <p>D rose</p>	<p>Rem C</p> <p>D/G F+ A/Paysg ban</p> <p>D F- Anat</p>



N° 42

<p>I – 9'' 1. Deux personnes qui sont en train de danser ensemble et y'a leur ombre qui reflète sur le côté. Elles dansent vraiment très proches.</p>	<p>Deux femmes qui dansent (D med.), deux visages (Dd sup. med.), robes, sorte de ceinture, bras levés, mouvement, donc sûrement de la danse. Ombres (D lat.) G F  EL : une tête de bouc avec les deux cornes ici et la petite barbichette en-dessous</p>	<p>G K(+) H</p>
<p>II – 8'' 2. Deux enfants qui se découvrent en se touchant la main, comme certains singes ou animaux. J'ai l'impression qu'ils sont potelés et petits, et ils sont bien roses, bien colorés, ils sont bien dodus.</p>	<p>G Gros bras, tout petits donc des enfants</p>	<p>G K(+) H ban</p>
<p>III – 6'' 3. Deux femmes africaines qui sont en train de moudre des graines ou je sais pas quoi, et autour c'est les oiseaux. Un peu comme les statues en Afrique, qui sont assez représentatifs (sic)</p>	<p>Ban Des femmes car elles ont une poitrine Oiseaux (4 D rouges) F</p>	<p>G K(+) H ban</p>
<p>IV – Imm 4. Un géant sur une moto, les gros pieds, comme si on l'avait pris de dessous. C'est plus une image ironique ou sarcastique que méchante ou quoi que ce soit.</p>	<p>La roue (D queue) Les manettes (D bras) Gros pieds Tête toute petite On imagine une barbe, comme les bikers Ils sont souvent en noir</p>	<p>G KC'(+) H</p>
<p>V – 3'' 5. Un papillon exotique, avec des très grandes ailes et des grosses antennes.  6. Ou une chauve-souris parce qu'il y a des pattes.</p>	<p>F  F</p>	<p>G F+ A ban  G F+ A</p>
<p>VI – 5'' 7. Une peau d'animal étendue sur le sol.  8. Un totem indien, qu'on trouve dans les tipis ou quelque chose comme ça. Un objet décoratif indien.</p>	<p>D inf. F  D sup. Différence de contrastes (FE)</p>	<p>D F+ Peau ban  D FE(+) Art</p>

VII – 5'' 9. Deux petites filles mais je sais pas trop ce qu'elles font toutes les deux, avec des couettes, une robe, comme si elles s'amusaient par terre, à la dînette ou quelque chose comme ça.	Ceinture qui marque la taille (limite entre le tiers inf. et le tiers med.) assise car elles ont les pieds joints G	G K(+) H
VIII – Imm 10. Un paysage de montagne, avec au milieu le lac. Deux sortes d'ours, qui représentent un peu la faune. Une grosse forêt entre le lac et la montagne. Plein de sapins bien touffus.	Montagne (D gris) ; forêt (D vert) ; lac (D rose/orange) ; ours (D rose : ban) FC	G FC(+) Paysage ban
IX – 19'' 11. √ Un baobab avec les deux trucs verts. Le rose, un énorme hibou, mais ça a pas trop de sens dans un baobab. En-dessous, deux gros lézards.  Celle-là elle me parle pas beaucoup.	Baobab (D vert + axe central) Hibou : Yeux (D rose) ; bec (D rose foncé med.) Lézard (D orange) Par rapport aux pattes, même si ils sont disproportionnés par rapport à l'arbre.	G FC(+) Bot/A  Crit obj
X – 3'' 12. La Tour Eiffel. La Seine, l'Île de Paris. Après c'est vraiment tout , le amas de vieilles maisons.	Tour Eiffel (D gris sup.) ; Seine (deux D roses) coupée en deux par l'île (Dbl med.)	Gbl F+ Paysage

N° 43

I – 4'' 1. Un papillon de nuit.	Les ailes ouvertes, les petites antennes. G FC'	G FC'(+) A ban
II – Imm 2. Un masque qui sourit. Des yeux, une bouche, des lèvres bien charnues.	Bouche (Dbl) ; lèvres (D rouge inf.) ; yeux (D rouge sup.) ; nez (D « main ») G FC  EL : non.	Gbl FC(+) Masq
III – Imm. 3. Une grenouille, comme ces grenouilles toutes pleines de couleurs, des petites pattes rouges, des petites tâches.	Pattes arrières (D « jambes ») ; pattes de devant (D rouge sup.) Le fait que ce soit incurvé ici (D « dos ») C'est vrai qu'on voit pas la tête. G F  EL : non	Gbl F- A
IV – 4'' 4. Un géant avec de grosses chaussures, et une toute petite tête.	G F	G F+ (H)

V – Imm. 5. Toujours un papillon de nuit. Ceux qui ont de grosses antennes, on dirait des plumes.	Les ailes, les antennes, la queue. FC	G FC'(+) A ban
VI – 20'' 6. √ Je sais pas. Une peinture indienne. Les petits détails me font penser à ça. Une peinture indienne sur une peau de bête.	G FE ban	G FE(+) Peau ban
VII – 7'' 7. Deux petites filles, comme un reflet. Soit deux petites filles soit une petite fille et son reflet. Avec une grande queue de cheval.	Visage (D sup.) ; bras en arrière (D med.) ; jupe (D inf.). Les bras en arrière.	G F+ H
VIII – 3'' 8. Un homard. Il a une belle queue orange. Il a de jolies couleurs vives, de belles pinces rouges.	G FC Pince en arrière (D rose lat.) ; queue (D orange) ; les coquilles séparées (montre la séparation nette des tâches sur la planche).  EL : non	G FC(-) A
IX – 19'' 9. √ Une poupée, avec deux chignons, une belle robe.	Une poupée de dos. Chignons (D rose lat.) Bras (D vert) Robe (D orange) F	G F+ (H)
X – 41'' √ C'est pire ! (rit) 10. ^ Un oiseau, un perroquet plein de couleurs, avec les ailes ouvertes.	bec et tête pointue (D gris sup.) ailes (D lat. bleu, jaune, marron, etc.) corps (D rose + D med)	Crit obj Gbl kan(-) A

## ANNEXE IX : DONNEES ISSUES DE LA COTATION DES PROTOCOLES DE RORSCHACH

N°	Rép.	Rép.	Refus	Temps	Temps	Tps lat.	Choc	Rem	Rem	Rem	Retrnmts	G%	D%	Dd%	Dbl+Gbl	F%	F%	F+%	F+%
		Add.		total	par rép.	moyen		sym	C	C'					%		élargi		élargi
1	47	0	0	960	20	14	0	0	0	0	43	28	55	9	13	68	98	73	75
2	12	2	1	1080	90	44	0	0	0	0	8	42	50	0	8	50	100	58	71
3	14	0	0	480	34	11	0	0	1	0	0	57	36	0	7	57	100	87	93
4	14	1	0	960	69	21	0	0	0	0	36	79	14	7	14	57	100	87	93
5	5	0	5	540	108	9	0	0	3	0	23	40	40	0	20	80	100	100	100
6	21	2	0	600	29	16	0	0	0	0	22	52	38	10	5	57	90	83	89
7	16	3	0	660	41	9	0	0	1	0	16	50	50	0	12	37	100	83	81
8	31	1	0	1200	39	13	0	2	3	0	10	32	48	6	16	61	97	63	73
9	7	1	3	540	77	7	0	0	0	0	6	71	29	0	0	29	100	100	100
11	36	0	0	1500	42	16	0	0	0	0	34	50	36	3	14	50	100	81	85
33	19	0	0	1260	66	23	0	0	0	0	16	84	0	0	26	47	100	100	84
34	24	2	0	900	37	11	0	0	1	0	50	37	46	8	25	58	100	75	81
36	9	2	1	540	60	10	0	1	2	0	11	67	22	0	22	67	100	83	89
37	45	0	0	900	20	5	0	0	0	0	12	16	67	2	22	76	100	88	93
38	15	0	0	900	60	16	0	0	0	0	20	73	13	7	13	27	100	87	77
39	10	0	2	720	72	16	0	3	1	0	9	50	40	0	10	80	100	37	50
40	13	3	0	300	23	6	0	0	0	0	19	85	8	8	31	54	100	57	69
41	23	0	0	1440	63	13	0	4	2	0	32	61	35	4	0	70	100	56	70
42	12	0	0	540	45	6	0	0	0	0	1	83	17	0	8	33	100	100	100
43	10	0	0	420	42	10	0	0	0	0	4	100	0	0	30	40	100	75	70

N°	K	kan	kob	kp	k passives	$\Sigma C$	CF	$\Sigma E$	$\Sigma Clob$	ban	H%	A%	RC%	TRI	FC	Rep H	Rép Hd	Rép (H)
					%													
1	6	0	0	3	22	4	0	1	0	6	32	40	49	1,4	2,0	8	6	2
2	2	1	0	0	0	1,5	0	0	0,5	3	25	58	42	1,2	2,0	1	1	1
3	3	0	0	0	100	1,5	0	0	0	7	36	36	29	1,6	1,0	0	1	3
4	2	0	0	2	75	1	0	0	0,5	4	36	29	36	1,5	3,0	0	1	3
5	1	0	0	0	100	0	0	0	0	2	60	40	0	2,0	1,0	0	0	2
6	3	1	0	0	50	2,5	0	0	0	2	24	43	29	1,1	2,0	5	0	0
7	2	0	0	1	100	3	0	0	1	3	25	44	37	0,8	2,0	1	2	0
8	4	4	1	0	33	2	1	0	0,5	4	39	32	52	1,7	6,0	1	7	3
9	2	1	0	0	33	1,5	0	0	0	4	29	57	29	1,2	2,0	2	0	0
11	3	2	1	3	44	3	0	1,5	1	6	22	45	31	1,0	2,8	3	1	3
33	2	2	3	0	29	2	0	0	0	4	16	42	32	1,0	6,0	1	0	2
34	1	1	0	0	50	3,5	0	0,5	0	5	17	54	33	0,4	1,3	1	2	1
36	0	0	0	0		1	0	0	0,5	5	11	44	33	0,5	1,0	0	0	1
37	3	1	1	0	40	3	0	0,5	0	6	16	47	42	1,0	2,0	3	3	1
38	1	7	1	2	82	1	0	0	0	2	20	47	33	1,0	11,0	0	2	1
39	0	1	0	0	0	0,5	0	0	0	3	0	60	40	0,7	2,0	0	0	0
40	3	0	1	1	80	1	0	0	0	4	38	46	31	2,0	3,0	3	1	0
41	2	1	2	0	40	1	0	0,5	0	5	9	35	30	1,5	2,7	2	0	0
42	5	0	0	0	20	1	0	0,5	0,5	5	42	25	25	3,0	0,7	5	0	0
43	0	1	0	0	100	2	0	0,5	0	3	30	50	30	0,3	1,3	1	0	2

## ANNEXE X : DONNEES STATISTIQUES

Coefficients de Bravais-Pearson calculés entre le Score Composite de Suggestibilité et les variables du Rorschach ; Moyennes, médianes, modes et variances des groupes ; Fmax et t de Student.

En bleu, les données du groupe peu suggestible ; en rouge, les données du groupe très suggestible ; en rose, les valeurs notables. Les valeurs barrées du Fmax traduisent une homoscedasticité insatisfaisante (t de Student non-pertinent).

	Rép.	Rép. Add.	Refus	Temps total	Temps / rep.	Tps lat moy.	Choc	Rem sym	Rem C	Rem C'	Retrnmts	G%	D%	Dd%	Dbl+Gbl %
Corrélation avec SCS	-0,129	-0,112	-0,209	-0,0869	-0,141	-0,364	#DIV/0!	0,3111	-0,061	#DIV/0!	-0,16565	0,4022	-0,4237	-0,12	0,38647
Moy. Groupe SCS faible	20,30	1,00	0,90	852,00	54,90	16,00	0,00	0,20	0,80	0,00	19,80	50,10	39,60	3,50	10,90
Moy. Groupe SCS fort	18,00	0,70	0,30	792,00	48,80	11,60	0,00	0,80	0,60	0,00	17,40	65,60	24,80	2,90	18,70
Médiane SCS faible	15	1	0	810	41,5	13,5	0	0	0	0	19	50	39	1,5	12,5
Médiane SCS fort	14	0	0	810	52,5	10,5	0	0	0	0	14	70	19,5	1	22
Mode SCS faible	14	0	0	960	-	9	0	0	0	0	-	50	50	0	14
Mode SCS fort	10	0	0	900	60	10	0	0	0	0	-	-	0	0	22
Variance SCS faible	165,21	1	2,69	104976	767,69	102,6	0	0,36	1,36	0	184,96	230,69	132,04	15,3	31,09
Variance SCS fort	107	1,21	0,41	118656	298,16	28,24	0	1,96	0,64	0	187,64	580,04	428,56	11,3	96,61
Test t de Student	0,3404	0,2762	0,1601	0,35397	0,291	0,1318	-	0,1263	0,3382	-	0,356752	0,0599	0,03854	0,37	0,02652
Fmax	1,544	<del>0,8264</del>	<del>6,561</del>	0,88471	2,5748	3,6331	-	0,1837	2,125	-	0,985717	0,3977	0,3081	1,35	0,32181

	F%	F% élargi	F+%	F+% élargi	K	kan	kob	kp	k passives %	Σ C	CF	Σ E	Σ Clob
Corrélation avec SCS	-0,076	0,27785	-0,15	-0,28	-0,37817	0,216	0,387097	-0,32	-0,063763	-0,209	-0,1302	0,021883	-0,26467
Moyenne Groupe SCS faible	54,60	98,50	81,50	86,00	2,80	0,90	0,20	0,90	55,70	2,00	0,10	0,25	0,35
Moyenne groupe SCS fort	55,20	100,00	75,80	78,30	1,70	1,40	0,80	0,30	49,00	1,60	0,00	0,25	0,10
Médiane SCS faible	57	100	83	87	2,5	0,5	0	0	47	1,75	0	0	0,25
Médiane SCS fort	56	100	79	79	1,5	1	0,5	0	40	1	0	0,25	0
Mode SCS faible	57	100	87	93	2	0	0	0	100	1,5	0	0	0
Mode SCS fort	#N/A	100	100	70	0	1	0	0	40	1	0	0	0
Variance groupe SCS faible	189,04	9,05	171,7	104	1,76	1,49	0,16	1,49	1169,81	1,2	0,09	0,2625	0,1525
Variance groupe SCS fort	300,16	0	375	186,8	2,41	3,84	0,96	0,41	939,55556	0,89	0	0,0625	0,04
Test t de Student	0,468	0,07601	0,237	0,096	0,061741	0,262	0,053092	0,104	0,338617	0,2087	0,1653	0,5	0,0522794
Fmax	0,6298	-	0,458	0,557	0,73029	0,388	0,166667	3,634	1,2450674	1,3483	-	4,2	3,8125

	ban	H%	A%	RC%	TRI	FC	Rep H	Rép Hd	Rép (H)
Corrélation avec SCS	-0,0301	-0,47037	0,145134205	-0,06489	-0,16166	0,170555	-0,14118	-0,32028	-0,44027
Moyenne Groupe SCS faible	4,10	32,80	42,40	33,40	1,35	2,38	2,10	1,90	1,70
Moyenne groupe SCS fort	4,20	19,90	45,00	32,90	1,14	3,10	1,60	0,80	0,80
Médiane SCS faible	4	30,5	41,5	33,5	1,3	2	1	1	2
Médiane SCS fort	4,5	16,5	46,5	32,5	1	2	1	0	1
Mode SCS faible	4	25	40	29	1,2	2	1	1	3
Mode SCS fort	5	16	47	33	1	1,333333	1	0	1
Variance groupe SCS faible	2,69	112,96	80,64	186,24	0,118052	1,8196	6,09	5,69	1,61
Variance groupe SCS fort	1,36	155,09	85	21,69	0,615556	9,001111	2,44	1,16	0,56
Test t de Student	0,44158	0,01477	0,276022565	0,45915	0,244674	0,259861	0,306893	0,111728	0,041707
Fmax	1,97794	0,728351	0,948705882	8,586445	0,191782	0,202153	2,495902	4,905172	2,875