

IDENTIFICATION ET SYMBOLISATION DANS LE MÉCANISME DE CONVERSION

A PROPOS DES OBSERVATIONS DE BREUER ET FREUD
HYPOTHÈSES ET DISCUSSION

Patrick SCHMOLL*

Mon propos est ici de discuter de **l'étiopathogénie du processus de conversion**. Je voudrais revenir sur l'interprétation traditionnelle qui fait du symptôme de conversion un représentant **symbolique** d'un conflit refoulé, conflit relatif, par conséquent, à un **choix d'objet** dont la représentation refoulée fait retour dans le corps. Je voudrais proposer une hypothèse différente, qui n'exclut d'ailleurs par nécessairement l'hypothèse précédente : la conversion correspondrait en fait à une forme de **mimétisme** entre le sujet et l'objet de son désir, le symptôme n'étant pas alors primitivement le représentant symbolique d'une relation de type objectal, mais la trace dans le corps d'une relation de type **identificatoire**.

LA NOTION DE CONVERSION

La conversion tient une place à part parmi les mécanismes de formation de symptômes névrotiques.

Pour Freud, cette notion est corrélative d'une conception économique du psychisme. Suivant cette conception, l'expérience psychique d'un sujet, à savoir les événements qu'il perçoit et ceux qu'il reproduit sous la forme du souvenir, de la rêverie ou du rêve, par exemples, peut être considérée comme la donnée de deux éléments : 1) un élément qualitatif, **la représen-**

tation psychique elle-même et 2) un élément quantitatif, **le quantum d'affect**, c'est-à-dire la fraction de l'énergie pulsionnelle qui est liée à la représentation et qui lui donne sa force émotionnelle, agréable ou pénible, vague ou précise.

Dès ses premiers travaux sur l'hystérie, Freud met l'accent sur le fait que la représentation et l'affect sont susceptibles de se détacher l'une de l'autre, en particulier dans des situations où la représentation, pénible, est associée à un affect trop important (traumatisme). L'affect et la représentation suivent alors des destins différents. La représentation est refoulée et le quantum d'énergie pulsionnelle qui lui était associé en est détaché et suit l'une des quatre voies possibles distinguées par Freud : le déplacement, la condensation, la transformation ou la conversion.

Le **déplacement** « fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées à la première par une chaîne associative » (1). Ainsi, une agressivité tour-

* Section de Psychologie de l'Université Louis Pasteur, 12, rue Goethe, 67000 Strasbourg.

(1) Laplanche J., Pontalis J.B., **Vocabulaire de la psychanalyse**, P.U.F., Paris, 1967, p. 117.

née contre le père pourra, sous l'effet de l'interdit dont elle est frappée, se **déplacer** sur des objets substitutifs, plus admissibles et plus constructifs, dans les études ou la pratique d'un sport, par exemples. De même, le travail du rêve **déplace** sur les représentations qui constituent le contenu manifeste du rêve les affects qui sont primitivement associés à un contenu latent inaccessible à la conscience.

La **condensation** est le processus par lequel « une représentation unique représente à elle seule plusieurs chaînes associatives à l'intersection desquelles elle se trouve. Du point de vue économique, elle est alors investie des énergies qui, attachées à ces différentes chaînes, s'additionnent sur elle » (2). Ainsi, dans le contenu manifeste du rêve, un même personnage pourra avoir le visage d'une personne connue du rêveur, le nom d'une autre et les manières d'être d'une troisième. C'est la condensation qui permet que le contenu manifeste du rêve soit si bref par rapport au déploiement possible de ses significations. En fait, condensation et déplacement se combinent dans l'élaboration de ce contenu, comme dans la formation du symptôme psycho-névrotique : sur la représentation-carrefour viennent en effet se **condenser** les affects qui ont été **déplacés** le long de différentes chaînes associatives.

La **transformation** consiste dans une modification de l'affect lui-même qui, n'ayant pu être associé à une représentation substitutive, est vécu directement par le sujet sous la forme d'une émotion non liée à une représentation : angoisse ou dépression. La **conversion**, enfin, est le processus par lequel « la libido détachée de la représentation refoulée est transformée en énergie d'innervation » (3) qui se décharge sous la forme de symptômes somatiques : moteurs, sensitivo-sensoriels ou neurovégétatifs.

Conversion et transformation peuvent être rapprochées, par opposition aux mécanismes de la condensation et du déplacement, dans la mesure où toutes deux manifestent **une impossibilité, pour l'affect, de se lier à une représentation**. Mais, sur le plan clinique, l'angoisse et la dépression se présentent malgré tout d'abord comme des **vécus**, bien qu'elles soient placées davantage sous le signe du quantifiable que sous celui du qualifiable, qu'elles mettent en jeu des processus psychophysiologiques spécifiques et qu'y soit associée une modification importante de la perception du corps.

(2) Idem, p. 89.

(3) Idem, p. 104.

La conversion se distingue donc nettement des trois autres processus par le fait **qu'elle fait passer l'énergie du psychique au somatique**, c'est-à-dire d'une liaison à des représentations à une décharge dans le corps. Or, ce point pose un problème étiopathogénique : dans quelle mesure le symptôme de conversion est-il encore lié aux représentations refoulées desquelles l'énergie convertie dans le corps s'est détachée ?

LE SYMPTÔME COMME SYMBOLE : DISCUSSION

Les premiers travaux de Freud, au départ en collaboration avec Breuer, sur l'étiologie des symptômes de conversion (4) présentent une conception assez claire en première lecture

comme les symptômes formés par condensation et déplacement, les symptômes de conversion ont une valeur **symbolique** (« symbolisch » : le terme apparaît notamment dans l'observation du cas d'Élisabeth von R.), ils expriment les représentations refoulées auxquelles ils se sont substitués. La conversion équivaut donc strictement à un **déplacement**, à ceci près que l'énergie se déplaçant le long de chaînes de représentations associées finit par déboucher non sur la dernière représentation d'une chaîne, mais dans le corps. Cette conception sera reprise sur le fond par Reich dans son analyse des troubles corporels (« cuirasse musculaire » en particulier) associés aux névroses de caractère (5).

Cette présentation du symptôme comme symbole n'est pas sans poser un problème terminologique. Le symbolisme dont il est question ici désigne toute formation substitutive qui entretient un rapport constant, donc repérable, avec l'idée, le conflit ou le désir inconscients qu'elle représente. Le symptôme, de ce point de vue, entre donc dans la catégorie des **signes** : il est un mouvement du corps qui exprime un symbolisé inconscient.

Cette conception du symptôme de conversion en fait un équivalent d'un **acte manqué**. En effet, les symptômes de conversion comprennent

1) des troubles moteurs (paralysies, paraplégies, hémiplégies, monoplégies, contractures, etc.) ;

(4) Freud S., Breuer J., **Études sur l'hystérie**, P.U.F., Paris, 1956 (nouvelle éd. 1978) ; Freud S., Les psychonévroses de défense, in **Névroses, Psychoses, Perversions**, P.U.F., Paris, 1973, pp. 1-14.

(5) Reich W., **L'analyse caractérielle**, Payot, Paris, 1972.

2) des troubles neurovégétatifs (vomissements, spasmes de la musculature oesophagienne, crises urinaires telles que strangurie ou poliakiurie, hémorragies localisées, fièvres, etc.). Ces troubles n'affectent pas les tissus mêmes des organes ou appareils mis en cause : il n'y a pas lésion de l'organe. Ce sont des troubles du **fonctionnement** d'un organe ou d'un appareil. Ils n'appartiennent pas, dans une première approche, au registre des maladies psychosomatiques, qui sont généralement **lésionnelles** (6).

Dans le cas des troubles de la sphère sensorimotrice, ce sont les fonctions de la communication et de la motricité qui sont perturbées : ces troubles peuvent fort bien être **imités** par un sujet bien portant. C'est pourquoi, il est facile de voir dans ce type de symptôme l'équivalent d'un acte ou d'un mouvement que le sujet se refuserait à accomplir en immobilisant la fonction corporelle permettant normalement cet acte. De ce point de vue, comme mouvement volontaire paralysé, soit effectivement comme acte manqué, le symptôme de conversion se soutiendrait donc bien d'une représentation de l'acte à ne pas réaliser, représentation que l'immobilisation de la fonction corporelle correspondante exprimerait symboliquement.

On saisit alors ce qu'a de problématique cette présentation « symboliste » du symptôme de conversion : ce dernier est censé se soutenir d'une représentation de l'acte à ne pas réaliser, comme dans l'acte manqué stricto sensu, alors qu'il est par ailleurs le fait d'une décharge dans le corps d'un affect **qui n'a précisément pas pu se lier à une représentation**.

Ce saut dans le quantitatif est bien ce qui distingue radicalement le symptôme de conversion de l'acte manqué. Les actes manqués, comme les actions symptomatiques (rituel obsessionnel, théâtralisme hystérique, etc.) ont une valeur symbolique au sens où précisément ils se soutiennent d'une représentation des actes à accomplir ou à ne pas accomplir en fonction de désirs ou d'interdits inconscients. On peut estimer qu'ils expriment symboliquement cette représentation. Alors que la conversion de l'affect dans le corps ne débouche sur aucune **action** au sens strict, c'est-à-dire sur aucune organisation représentée d'un mouvement corporel. C'est au contraire parce que l'affect ne peut se lier à une représentation, parce qu'il y a quelque chose que le sujet ne peut symboliser qu'il y a conversion de l'affect en symptôme corporel, symptôme qui est ici la marque, non d'une action

(6) Guir J., La lésion psychosomatique, **Analytiques** (C. Bourgeois éd.), 1978, 2, pp. 67-73.

qu'on se refuse d'accomplir, mais bien de l'impossibilité même de concevoir quelque action que ce soit.

LE SYMPTÔME COMME ÉCHEC DE LA SYMBOLISATION

La conversion est généralement associée aux mécanismes névrotiques, au même titre que le déplacement et la condensation, parce que son tableau clinique est souvent coextensif de celui de la névrose, de l'hystérie en particulier. On la distingue ainsi d'autres processus de somatisation, notamment ceux des maladies psychosomatiques, dans lesquels le symptôme entretient avec l'histoire du sujet une relation moins facile à mettre en évidence. C'est, semble-t-il, à cette association à l'hystérie et à cette évidence du rapport entre le symptôme et l'histoire du sujet qu'on doit cette persistance des auteurs à considérer la conversion comme un processus **symbolique**, procédant de ce fait de la névrose. Pourtant, Freud admet dans ses écrits ultérieurs que la conversion ne peut être tenue pour un mécanisme qui rendrait compte à lui seul de la formation des symptômes hystériques : l'hystérie d'angoisse est une forme de névrose dans laquelle les symptômes de conversion sont absents. A contrario, il existe dans d'autres névroses que l'hystérie des symptômes corporels en rapport avec les fantasmes inconscients du névrosé. C'est ce dont témoigne le cas de « l'homme aux loups », que nous résumons plus loin. Enfin, la **catatonie** offre l'exemple d'un trouble corporel généralisé tout à fait assimilable à un symptôme de conversion sur le plan clinique et relevant pourtant du tableau de la **psychose**. C'est pourquoi, plutôt que de parler de conversion **hystérique**, comme on le fait souvent, ou même de conversion névrotique, je préfère parler de conversion **somatique**, à la rigueur de somatisation, bien que ce dernier terme puisse englober les maladies organiques.

La conversion serait un processus très général qu'il ne serait pas possible de réduire aux dimensions des processus névrotiques. Le symptôme de conversion ne serait donc pas une formation symbolique au sens que peut avoir le mot chez Freud. La catatonie, par exemple, ne s'inscrit pas dans le tableau de la névrose, elle n'est pas l'effet d'un retour du refoulé, elle ne peut donc rien symboliser au sens de la valeur symbolique qu'est censé avoir un symptôme hystérique ou obsessionnel.

Comme nous allons le voir dans les observations reprises de Breuer et Freud il est en fait souvent difficile de déterminer le caractère symbolique de certains de ces troubles corporels. Ces auteurs n'arrivent pas tou-

jours à associer tel trouble à un événement précis de l'histoire du sujet. Freud est ainsi contraint de supposer que ces symptômes ont une base organique, qu'ils sont une exagération névrotique d'une douleur existant objectivement, indépendamment de la névrose (rhumatismes en particulier). C'est pourquoi, même en l'absence d'un caractère symbolique repérable de l'organe choisi, l'affect peut malgré tout trouver dans cette prédisposition organique, dans cette « complaisance somatique » (le terme est notamment présent dans l'observation du cas Dora), une occasion de se décharger sur un mode strictement quantitatif. C'est donc cette « complaisance somatique » qui fait le lit de la conversion. La question est de savoir de quoi s'origine cette prédisposition à la conversion en un lieu particulier du corps. Freud pense fréquemment que l'origine de la « complaisance » est **organique** : une maladie déjà existante ou une prédisposition à la maladie servirait de point d'appel pour la décharge de l'affect. Cette explication, relativement économique, est sans doute valable dans certains cas. Mais pour toutes les observations détaillées que Breuer et Freud rapportent dans leurs écrits, une autre explication est également possible, qui repose sur l'hypothèse d'un caractère **psychogène** de la « complaisance somatique ».

En résumant ici certains cas de conversion observés par Breuer et Freud, j'aimerais montrer que **l'impossibilité pour l'affect de se lier à une représentation, c'est-à-dire l'impossibilité de la symbolisation en général, témoigne d'une inaptitude du sujet à différencier au sein du perçu un ordre des représentations irréductible au monde des « choses représentées ». Le symptôme serait alors la trace dans le corps propre d'une forme de relation de confusion imaginaire, identificatoire ou mimétique, entre le sujet et autrui, spécialement entre lui et ses parents.**

Pour illustrer ce point de vue, j'ai choisi de résumer les observations de symptômes de conversion de Breuer, puis Freud, dans les « Études sur l'Hystérie » (7) et de Freud dans les « Cinq Psychanalyses » (8). En effet ce qui fait l'intérêt de ces observations, c'est ce soin mis par leurs auteurs à en donner la description. Cette qualité des travaux de Breuer pour le cas Anna O. et de Freud pour les autres observations est telle que le lecteur a toujours la possibilité de les reprendre pour les discuter et les réinterpréter en fonction de conceptions théoriques différentes,

(7) Op. cit.

(8) Freud S., **Cinq Psychanalyses**, P.U.F., Paris, 1979.

en particulier en fonction de conceptions qui devaient n'être celle de Freud que plusieurs années après les « Études ».

1. Anna O.

Anna O. est une patiente de Breuer (9). Elle a 21 ans en 1880, lorsque se déclarent ses symptômes. Le début de sa maladie correspond à l'époque où elle soigne son père, également malade.

En effet, en juillet 1880, le père d'Anna est atteint d'un abcès péripleuritique qui ne pourra guérir et dont il mourra en avril 1881. J. Breuer ne souligne pas ce fait, mais nous noterons pour nous-même que ce sont donc les organes de la **respiration** qui sont ainsi impliqués dans cette maladie et ce décès. Pendant les premiers mois, Anna consacre toute son énergie à son rôle d'infirmière. Mais son propre état de santé décline rapidement et l'oblige à abandonner ce rôle. Or, ce sont de terribles **quintes de toux** qui fournissent d'abord le motif de cette interdiction et c'est à cause d'elles que Breuer sera appelé à recevoir la jeune fille en consultation (10).

A partir du mois de décembre, Anna doit s'aliter et des troubles nombreux se succèdent alors rapidement. Nous retiendrons essentiellement ici les troubles oculaires (strabisme et troubles de la vue) et les contractures doublées par une anesthésie, qui commencent au niveau du **bras droit**, puis s'étendent à la **jambe droite** et, enfin, aux membres du côté gauche du corps. L'état de la patiente s'améliore au cours du mois de mars 1881, mais le décès de son père, en avril, la replonge dans la maladie.

Au cours du traitement, Breuer finit par établir que tous les symptômes d'Anna sont associés à une frayeur ressentie ou à un oubli manifesté pendant qu'elle soignait son père (11). Plus exactement, ce serait un sentiment incompatible avec ses convictions morales qui, ayant été rejeté de la conscience, serait à chaque fois à l'origine d'une conversion de l'affect en énergie d'innervation. Anna raconte, par exemple, que la toux aurait fait son apparition le jour où, veillant au chevet de son père, les sons d'une musique de danse provenant d'une maison voisine auraient suscité chez elle, à la fois le désir de se trouver là-bas et le remords d'une telle pensée. C'est depuis ce moment qu'elle réagirait à toute musique bien rythmée par une

(9) Freud S., Breuer J., op. cit., pp. 14-35.

(10) Idem, pp. 15-16.

(11) Idem, p. 27.

toux nerveuse (12). L'association n'explique cependant pas pourquoi c'est le mécanisme de la conversion qui est choisi comme procédé de décharge de l'affect et non, par exemple, celui d'un rituel obsessionnel destiné à conjurer la culpabilité ressentie. Elle n'explique pas non plus pourquoi, le choix du mécanisme de conversion étant fait, c'est une toux qui est choisie comme symptôme et non, par exemple, une forme de surdité qui l'empêcherait d'entendre la musique (elle présente bien des troubles auditifs, mais qui sont associés à d'autres événements).

Breuer présente cette observation de façon que chacun puisse conclure de la façon suivante : Anna O. était très attachée à son père, qu'elle a soigné jusqu'à la limite de ses propres forces ; la maladie, puis le décès de son père, ont constitué le noyau du traumatisme ; les remords éprouvés à l'apparition de sentiments incompatibles avec cet attachement (désir de quitter le chevet du malade pour aller s'amuser) ont provoqué l'apparition des symptômes.

Pourtant, en seconde lecture, à la lumière des travaux ultérieurs de Freud sur l'identification, on peut se demander si cet attachement d'Anna pour son père correspond strictement à de l'affection, c'est-à-dire à une relation **d'objet**. C'est ici que je me demande s'il n'est pas plus vraisemblable qu'Anna se soit en fait **identifiée** à son père, comme l'indique sa toux nerveuse, qui désigne nettement l'organe par le biais duquel se serait réalisé cette identification. Son père n'est pas alors seulement cet objet d'amour que nous présente son discours manifeste : le sentiment qui la lie à lui est marqué par l'ambivalence qui caractérise toute relation identificatoire de ce type, et le père est aussi celui dont il faut prendre la place en incorporant ses attributs et qualités. Il est donc aussi un objet qu'il faut détruire, et la culpabilité qui accompagne normalement un tel sentiment suffirait déjà à expliquer que ce soit elle plutôt qu'un autre membre de sa famille qui se dépense à ce point en soins pour le malade.

Deux détails au moins du discours d'Anna vont dans le sens de cette hypothèse. Ses yeux sont malades et elle dit voir faussement les couleurs : sa robe est marron, elle le sait, mais la voit bleue. Cependant, on découvre bientôt qu'elle distingue parfaitement les couleurs d'un papier d'essai et que l'erreur ne s'applique qu'à l'étoffe de la robe. Elle reconnaît alors qu'elle s'est beaucoup occupée, l'année d'avant, d'une robe de chambre destinée à son père et faite dans le

(12) Idem, pp. 29-30.

même tissu que sa robe à elle, mais bleu (13). En d'autres termes, et suivant une approche fonctionnelle du symptôme, ses troubles de la vision lui permettent ici de se percevoir elle-même dans des habits de même étoffe et de même couleur que ceux que portait son père.

Plus loin, le traitement se trouve arrêté parce qu'elle n'arrive pas à se rappeler des détails d'un souvenir à caractère hallucinatoire : elle avait vu son père, qu'elle soignait, avec une tête de mort. Ses proches se souviennent aussi qu'elle a fait un jour une visite à une de ses parentes et qu'en ouvrant la porte elle était tombée évanouie. Sous hypnose, les détails de l'hallucination se remettent en place : en ouvrant la porte de la pièce, elle avait aperçu dans le miroir, posé en face de la porte, non pas son visage, mais le visage blême de son père avec une tête de mort (14). Ne peut-on supposer que par là elle se soit vue elle-même dans le miroir à la place de son père, désir qui ne pouvait évidemment être strictement réalisé que dans une forme de disparition, de mort du père ? Il y aurait là des développements à faire en rapport avec la théorie de l'élaboration de l'image de soi dans le miroir, que j'examine plus loin.

En ce qui concerne la contraction paralytique des membres, Breuer distingue des autres phénomènes la paralysie des membres du côté gauche et la parésie des muscles du cou : elles n'ont pu être associées à des événements particuliers et ont disparu à un moment donné sans plus jamais reparaître. Breuer les considère comme des extensions secondaires de l'état somatique général de sa patiente (15). Ce sont donc les contractions des membres du côté droit, apparues d'ailleurs en premier, qui doivent avoir une valeur indicative, et ce essentiellement du fait que c'est le côté droit du corps qu'elles désignent ainsi au regard d'autrui. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

2. Emmy von N.

Emmy von N. est la première des patientes de Freud sur qui ce dernier ait employé la méthode cathartique (hypnose avec recherche des souvenirs pathogènes et abréaction de l'affect) (16). Dans une note de 1924, il reconnaît avoir manqué l'interprétation de ce cas,

(13) Idem, p. 24.

(14) Idem, p. 27.

(15) Idem, p. 33.

(16) S. Freud, J. Breuer, op. cit., pp. 35-82.

mais n'en propose pas pour autant une analyse différente, appuyée sur ses théories de l'identification (17).

Comme le précise Freud dans son « analyse critique » de cette observation, Emmy von N. ne présente que « de faibles indices de conversion, l'émoi originellement psychique, demeurant le plus souvent dans le domaine psychique » (18). Les symptômes essentiels et les plus pénibles pour elle sont sa grande nervosité et sa phobie de certains animaux, les réminiscences de scènes animales ayant parfois pour elle une actualité et une vivacité hallucinatoires.

Les symptômes de conversion proprement dits consistent dans des douleurs au niveau de la nuque (crampes), du dos, des bras et des jambes. C'est des crampes à la nuque et des douleurs à la jambe droite qu'elle se plaint le plus souvent. Par ailleurs, elle souffre également de troubles menstruels et de douleurs gastriques. Freud reçoit Emmy von N. en traitement à deux reprises, pendant le mois de mai 1889 et pendant le même mois de 1890. Au cours du premier traitement, il met à jour avec une relative facilité un grand nombre d'associations entre les symptômes et des événements pénibles de la vie passée de sa patiente. Les douleurs de la jambe droite, en particulier, sont mises en relation avec une époque où, à l'âge de 18 ans, elle a dû soigner un frère malade qui devait mourir l'année d'après (19). C'est cette même année que devait également mourir sa mère (20). Ces douleurs devaient réapparaître à la suite de la mort de son propre mari, atteint d'une crise cardiaque quelques années à peine après leur mariage. Je passe sur les détails d'une histoire complexe dont l'interprétation réclamerait à elle seule un exposé de plusieurs pages.

L'essentiel pour notre propos est qu'au cours de cette première période du traitement d'Emmy von N., Freud parvient à améliorer l'état proprement psychique de sa patiente (nervosité et phobie), ainsi que certains traits de son état somatique (douleurs aux membres et dans le dos) mais arrive assez rapidement à un seuil au-delà duquel aucune progression ne se fait plus sentir. Les crampes à la nuque, en particulier, ainsi que les douleurs gastriques, persisteront jusqu'à la fin, se détachant d'un fond caractériel pratiquement inchangé.

(17) Idem, p. 82.

(18) Idem, p. 67.

(19) Idem, pp. 42-43.

(20) Idem, p. 41.

Emmy von N. interrompt donc le traitement à la fin du mois de mai 1889. Ayant rechuté, elle le reprend cependant exactement un an après. C'est à ce moment-là que Freud rapporte un événement qui mettra fin prématurément à cette seconde partie du traitement. L'ayant surprise en train de jeter sa nourriture, il lui demande pourquoi elle mange si peu. Elle lui répond qu'elle n'est pas habituée à manger davantage et elle ajoute qu'elle tient cela « de son père défunt, lui aussi petit mangeur » (21).

Freud tente alors de la faire manger et boire davantage, mais se heurte à une véritable résistance. Il cherche à l'hypnotiser mais, pour la première fois, n'y parvient pas et découvre, au regard irrité de sa patiente, que la situation est grave (22). Le lendemain, revenue à de meilleurs sentiments, Emmy donnera de son peu d'appétit une explication que nous pouvons considérer comme une tentative de rationalisation de son attitude. Elle recommencera à manger et à boire, mais elle interrompra en fait le traitement peu de temps après, sans que rien de nouveau en soit sorti.

La résistance rencontrée par Freud chez sa patiente au moment où il est question de son appétit indique très clairement que c'est là, en fait, que se trouve le cœur du problème. Emmy von N. réagit à mon avis comme si Freud avait tenté, en la forçant à manger et à boire, de la déposséder de quelque chose à quoi elle tenait comme à un élément même de son identité. Il n'est pas douteux qu'à travers ce trait de comportement (le manque d'appétit), Emmy von N. **se soit identifiée à son père**. Ses douleurs gastriques proviennent peut-être de ce qu'elle ne mange pas à sa faim, auquel cas leur nature doit être considérée comme organique. Mais nous savons que Freud peut les faire disparaître par suggestion sous hypnose (23). Il peut donc s'agir d'un symptôme de conversion et, dans ce cas, comme dans le cas de la toux d'Anna O. **le symptôme indique l'organe qui est choisi par la malade comme véhicule de l'identification au père**.

N'ayant pu établir d'association entre les crampes à la nuque et un événement particulier de la vie de sa patiente, Freud leur attribue une origine organique : ces crampes seraient secondaires à une migraine associée aux frayeurs de la patiente. Dès qu'Emmy se plaignait de ces crampes, l'accès de délire était là (réminiscences de scènes animales). De la même

(21) Idem, p. 62.

(22) Idem, p. 63.

(23) Idem, p. 49.

façon, les douleurs des bras et des jambes pourraient avoir une origine rhumatismale, et l'hystérie ne ferait que leur donner une importance accrue. Freud évoque la possibilité d'un rapport entre ces douleurs et une prédisposition à la goutte : la mère et les deux sœurs d'Emmy avaient beaucoup souffert de cette maladie ou d'un rhumatisme chronique (24).

Cependant, nous ne savons rien du père d'Emmy von N. et, notamment, nous ne savons pas de quoi il est mort. C'est dommage, car c'est là une direction dans laquelle Freud aurait pu pousser ses investigations et peut-être y aurait-il trouvé, concernant aussi bien les « crampes à la nuque » que les douleurs gastriques, l'explication qui lui faisait défaut.

En ce qui concerne les douleurs aux membres, l'histoire racontée par Emmy nous permet de formuler l'hypothèse suivant laquelle elle se serait identifiée de la même manière à certains des personnages qui apparaissent successivement dans le tableau qu'elle trace ainsi de sa vie. Son frère malade et son défunt mari, en particulier, semblent être des figures en qui elle aurait pu retrouver imaginativement son père disparu : son frère, peut-être parce qu'il aurait pris, dans le désir de leur mère, la place du père disparu (situation cédipienne qui expliquerait les délires de ce frère malade) ; son mari parce que Freud devait souligner par la suite (ce qui était valable surtout à son époque) qu'un mari peut facilement assumer aux yeux de sa femme le rôle d'une figure paternelle (nous savons que ce mari était plus âgé qu'Emmy).

Les animaux qui peuplent ses hallucinations (craudaux, serpents, vermine...) sont associés à ces personnages et à la mort de ces personnages (25), comme si, au fond, ces animaux faisaient partie de leurs attributs communs. Depuis ses premières analyses d'hystériques, Freud s'est largement étendu sur le caractère symbolique des rêves ou souvenirs de scènes présentant des petits animaux : l'animal symbolise souvent l'objet du désir de la mère, une imaginari-sation du phallus, ce qu'est censé posséder le père et que l'enfant lui dispute. La peau visqueuse ou la forme oblongue des animaux qui hantent Emmy ne trompent pas sur ce qui est ici désigné : Emmy s'identifie à son frère et à son mari comme elle s'était identifiée à son père, pour tenter de leur subtiliser l'objet qu'elle leur suppose posséder, objet qui lui permettrait de concentrer sur elle l'attention de sa mère.

(24) Idem, pp. 54-55, note 1.

(25) Idem, pp. 42-43.

C'est au moment où le frère et le mari meurent, lui faisant ainsi réellement la place libre, que se déclarent à chaque fois les symptômes corporels. A l'époque de la maladie du frère commencent les douleurs qui ont parfois provoqué une paralysie du pied droit (26). Après la mort de son mari, Emmy semble projeter sa culpabilité sur sa fille cadette (27), qui assume en quelque sorte pendant quelques années le symptôme de sa mère (paralysie de la jambe gauche). Emmy ne commence à manifester ses propres symptômes (les plus récents : bégaiement et tics) qu'à un moment où elle semble renoncer, précisément, à poursuivre cet enfant de son hostilité, en « décidant de se tenir tout à fait tranquille » (28). Ici encore, concernant ces paralysies des membres (chez elle et chez sa fille), c'est la latéralité du symptôme qui semble avoir une valeur indicative (le côté droit du corps chez Emmy, le côté gauche chez sa fille), valeur sur laquelle nous reviendrons plus loin. Nous ne pouvons non plus exclure, concernant ces douleurs dans les jambes, une identification d'Emmy à l'une de ses deux sœurs ou à sa mère, atteintes de rhumatisme à cet endroit (goutte).

3. Elisabeth von R.

L'histoire d'Élisabeth von R. (29) comprend deux parties relativement distinctes. La première partie de cette histoire, comme dans les **observations** qui précèdent, associe la première apparition des symptômes corporels (une fatigue douloureuse à la face antéro-supérieure de la cuisse droite) à la maladie et au décès du père de la patiente. Celui-ci, en effet, est ramené un jour chez lui, après une première crise d'œdème pulmonaire. Il faut le soigner pendant un an et demi et c'est Elisabeth, ici comme dans les cas précédents, qui se consacre le plus à ce travail d'infirmière.

La maladie cardiaque du père semble affecter manifestement ses jambes : il reste alité et nous savons que ses jambes font l'objet de soins particuliers, puisque Elisabeth établit à un moment donné de son traitement que, si elle a elle-même mal en un point déterminé de la cuisse droite, c'est parce que c'est « justement l'endroit où, chaque matin, son père posait sa jambe très enflée, lorsqu'elle en changeait les bandages » (30). Freud en déduit que c'est ce contact

(26) Ibid.

(27) Idem, p. 46.

(28) Idem, p. 40.

(29) S. Freud, J. Breuer, op. cit., pp. 106-145.

(30) Idem, p. 117.

répété qui a créé en cet endroit une « zone hystéro-gène » atypique.

Le symptôme douloureux proprement dit se serait déclaré à l'occasion d'un événement particulier. S'étant laissé convaincre d'abandonner le chevet du malade pour se rendre à une réunion avec un garçon dont elle était amoureuse, elle était rentrée tard à la maison et avait trouvé son père plus mal ou avait trouvé qu'il était plus mal (31). Freud voit là la cause du symptôme : « c'est du contraste entre l'ivresse joyeuse alors ressentie et la misérable condition où se trouvait son père quand elle rentra à la maison que naquit un conflit, un cas d'incompatibilité » (32). La représentation érotique est rejetée et l'affect qui s'y trouvait lié est converti en énergie corporelle, par appel naturel de la zone hystéro-gène qui crée une « complaisance somatique », une préférence de l'organisme pour l'expression somatique du conflit. Freud n'exclut pas, ici non plus, une base organique (prédisposition aux rhumatismes) qui faciliterait cette « complaisance somatique » (33).

Pourtant, ici également, une identification d'Élisabeth à son père semble être l'explication la plus économique. Les jambes malades du père seraient ici l'organe par l'intermédiaire duquel cette identification serait réalisée. Elisabeth von R. n'a pas mal à la cuisse droite parce que cette dernière a été en contact avec un père qu'elle aimerait d'un attachement objectal. Elle a mal parce qu'elle veut être son père ou comme son père, et que celui-ci se signale à l'attention d'autrui par le fait qu'il souffre des jambes.

Elisabeth n'éprouve cependant cette fatigue douloureuse que pendant une période limitée. Après la mort de son père, elle décide de se consacrer entièrement à sa mère, poussée qu'elle est par le désir de voir sa famille retrouver un bonheur nouveau. Mais le départ d'une de ses sœurs, mariée à un homme qu'Élisabeth n'apprécie guère, puis l'aggravation de l'état de sa mère, malade des yeux, contrecarrent ce projet. Le mariage de sa seconde sœur avec un homme qu'elle apprécie davantage lui apporte une consolation. Mais c'est cette inclination pour son second beau-frère qui déterminera une nouvelle rechute dans le symptôme.

Après l'opération de la mère, les trois familles décident de partir ensemble en cure dans une ville d'eau. Au cours de ce séjour, une promenade en compagnie de plusieurs personnes est décidée. La mère d'Élisa-

beth reste à la maison et sa sœur cadette, souffrante, décide de lui tenir compagnie. Le mari de cette seconde sœur, après avoir déclaré qu'il resterait avec sa femme, finit par se joindre à la promenade pour, dit-il, accompagner Elisabeth. Celle-ci finira par avouer à Freud qu'en compagnie de ce beau-frère qu'elle appréciait beaucoup, elle avait ressenti le désir ardent de connaître le même bonheur que sa sœur (34). Au retour de cette promenade, les premières douleurs apparaissent au niveau des jambes et on les attribue à la longueur de la promenade.

A partir de ce jour, Elisabeth devient la malade de la famille. Sa mère l'accompagne dans une ville d'eau. Mais, entre temps, la seconde sœur d'Élisabeth qui se trouve enceinte, doit s'aliter

la grossesse se présente mal et Elisabeth et sa mère doivent rentrer à la maison. Elles arrivent trop tard pour la revoir encore vivante : la jeune femme a succombé à une maladie de cœur aggravée par la grossesse. On se dit alors que la maladie de cœur est un héritage paternel, puis on se rappelle que la défunte, alors qu'elle était enfant, avait déjà été atteinte de chorée accompagnée d'une légère affection cardiaque (35). Elisabeth avouera qu'en voyant sa sœur morte, une pensée l'avait traversée à la manière d'un éclair, pour être immédiatement oubliée par la suite : du fait de ce décès, son beau-frère redevenait libre et elle pourrait l'épouser (36).

A partir de ce moment, tout s'éclaire pour Freud et il propose à sa patiente l'interprétation suivante : elle a éprouvé pour son beau-frère une tendre inclination, mais toute sa personne morale révoltée a refusé de prendre conscience de ce sentiment (37). L'affect, détaché de cette représentation incompatible avec ses convictions personnelles, s'est converti en énergie corporelle, d'où le symptôme.

En suivant notre propre hypothèse, nous noterons cependant que la sœur d'Élisabeth meurt de la même maladie que leur père (je n'exclus pas que cette sœur se soit, elle aussi, identifiée à son père : l'étude psychosomatique des affections cardio-vasculaires souligne fréquemment chez les malades victimes d'infarctus du myocarde des traits de caractère obsessionnels et une identification conflictuelle au père). Il est vraisemblable qu'Élisabeth ait suivi ce parcours et ait retrouvé dans sa sœur son père disparu. Cherchant à

(31) Idem, p. 115.

(32) Idem, p. 116.

(33) Idem, p. A08.

(34) Idem, p. 120.

(35) Idem, p. 113.

(36) Idem, p. 124.

(37) Ibid.

s'identifier à elle de la même façon qu'elle s'était identifiée à son père, elle a logiquement exprimé cette identification de la même manière : corporellement, au niveau des jambes. Freud note cependant que le côté du corps concerné par cette association au décès de sa ~~sœur~~ n'est pas le même qu'auparavant : « pendant les séances d'hypnose, la jambe droite devenait douloureuse lorsqu'il s'agissait des soins donnés au père, des rencontres avec son ami d'enfance et d'autres faits survenus au cours de la première période de l'époque pathogène. Par contre, la douleur atteignait la jambe gauche dès que j'évoquais le souvenir de la ~~sœur~~ disparue, des deux beaux-frères, bref d'une émotion éprouvée dans la seconde moitié de son histoire pathologique » (38). Ici encore, la latéralité du symptôme semble avoir une valeur indicative.

Elisabeth établit par ailleurs elle-même un certain nombre d'associations entre l'apparition de ses douleurs aux jambes et la position de son corps au moment où elle vit les événements importants de son histoire. Au moment où son père est ramené à la maison, après sa première attaque, elle demeure comme « clouée sur place » (39). Cette frayeur subie en position debout est vécue à nouveau, de la même façon, lorsqu'elle se retrouve figée devant le lit de sa ~~sœur~~ morte (40). La promenade avec le beau-frère, puis une promenade qu'elle fait en solitaire par la suite au même endroit, sont associées à la position assise qu'elle adopte à un moment donné pour se reposer et rêver à elle et à ce beau-frère (41). La position couchée est associée à l'annonce de la maladie de la ~~sœur~~ et au retour en train de la ville d'eau vers la maison (42). Comme le dit Freud, on ne peut expliquer l'importance accordée par sa patiente à ces associations qu'en pensant que la marche et les positions debout, assise ou couchée sont liées aux tâches et aux états qui dépendent des parties du corps touchées par la conversion, à savoir les jambes (43). Elisabeth termine toujours le récit de ces incidents et de ces associations en se plaignant à chaque fois d'avoir ressenti péniblement sa solitude (mot à mot : *Alleinstehen*, se trouver debout tout seul, mais aussi être célibataire) (N.d.T.) (44).

(38) Idem, p. 118.

(39) Idem, p. 119.

(40) Ibid.

(41) Idem, p. 120.

(42) Ibid.

(43) Idem, p. 119.

(44) Idem, p. 120.

4. Dora

L'analyse du cas Dora (45) est parue pour la première fois en 1905, soit une dizaine d'années après les **Études sur l'Hystérie**. La notion d'identification y est présente, sans pour autant avoir une place essentielle.

Dora a présenté des troubles névrotiques dès l'âge de 8 ans. Elle souffrait à ce moment-là d'une gêne respiratoire permanente, dont Freud découvrira par la suite qu'elle avait succédé à une courte période d'énurésie (46). Cet état avait disparu au bout de six mois. Mais des migraines et des accès de toux nerveuse étaient apparus à nouveau vers l'âge de 12 ans. Au moment où Dora consulte Freud, à l'âge de 18 ans, les migraines ont disparu depuis deux ans, mais les quintes de toux persistent, par crises d'une durée de 3 à 5 semaines. Une aphonie complète pendant la première moitié de la crise est le symptôme le plus gênant. Mais elle éprouve pendant ces périodes d'aphonie une facilité particulière à écrire (47). Enfin, Freud n'apprendra que plus tard qu'elle est atteinte d'un « catarrhe » (fleurs blanches) (48).

Freud associe très rapidement la plupart de ces symptômes à une série d'événements qui ont lieu l'année précédente. Le père de Dora est de santé fragile. Depuis qu'elle a 6 ans, son père souffre d'une affection tuberculeuse, ce qui oblige la famille à séjourner souvent, soit à la montagne, soit dans une ville du sud de l'Allemagne, où ils ont précisément fait connaissance avec la famille K... Ayant souffert par ailleurs d'un certain nombre d'autres maux (décollement de la rétine, confusion mentale légère, etc.), le père de Dora s'est lié d'une amitié particulière pour madame K..., qui s'occupait à le soigner. Bien que son état physique l'empêche certainement d'avoir une relation sexuelle suivie avec elle, ce qu'il en dit et ce qu'en rapporte Dora ne trompent pas sur la nature de l'affection que se portent ces deux personnages. Selon les propos mêmes du père de Dora, « sa femme n'est rien pour lui » (49) et Madame K... se sent également éloignée de son mari. Celui-ci, d'ailleurs, courtise Dora qui, au début, se laisse faire. Dora éprouve une affection marquée pour son père et pour les K...

(45) S. Freud, Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora, in **Cinq Psychanalyses**, op. cit., 1-91.

(46) Idem, p. 53.

(47) Idem, p. 27.

(48) Idem, p. 55.

(49) Idem, p. 16.

Par contre, ses rapports avec sa mère sont depuis des années très peu affectueux.

Alors qu'elle avait 14 ans, M. K... avait déjà essayé de l'embrasser. Ce contact avait suscité chez elle un dégoût intense. Mais c'est dans l'année qui précède la consultation chez Freud que se déroule l'événement qui modifie la situation précédemment décrite. Alors qu'elle a 17 ans, M. K... se déclare à elle dans des termes qu'elle sait avoir été utilisés par lui juste pour séduire une de ses domestiques (50). Déçue de n'être pas réellement aimée par lui, devinant également que l'intérêt que lui manifeste Mme K... n'est motivé que par l'affection que celle-ci porte à son père, Dora devient agressive à l'égard du couple K... et demande à son père de les quitter.

Freud dégage deux séries cohérentes d'explications pour le comportement de Dora, séries qui peuvent coexister sans s'exclure. D'une part, Dora est inconsciemment amoureuse de M. K..., en qui elle retrouve une figure paternelle. Son agressivité à son égard est la rançon de la maladresse de M. K... D'autre part, elle éprouve pour Mme K... un penchant homosexuel. Ici aussi, son agressivité naît de ce qu'elle devine que ce penchant n'est pas réellement partagé, Mme K... ne l'appréciant pas pour elle-même, mais seulement en tant que moyen pour atteindre son père. Concernant les quintes de toux, Freud propose plusieurs explications, le symptôme pouvant condenser plusieurs significations. Au moment où M. K... l'aurait serré contre lui alors qu'elle avait 14 ans elle a dû sentir la pression de son pénis contre son corps. Cette perception choquante a pu être refoulée et remplacée par la sensation inoffensive d'une pression sur le thorax. Cette sensation de gêne respiratoire devrait son intensité exagérée au déplacement de l'affect refoulé de la partie inférieure à la partie supérieure du corps (51). Par ailleurs, Dora se rappelle avoir été dans son enfance une « suçoteuse ». L'activité intense des lèvres et de la bouche comme zone érogène a pu réaliser les conditions d'une « complaisance somatique » ultérieure de la part de la gorge. Dora n'ignore pas l'usage qui peut être fait de la bouche dans les rapports sexuels. La toux et l'irritation de la gorge peuvent exprimer un fantasme de succion de la verge (de M. K...) (52). Enfin, habitant la chambre voisine de ses parents, elle a pu surprendre dans le passé une visite nocturne de son père à sa mère, auquel cas elle aura entendu la respiration ha-

(50) Idem, p. 79.

(51) Idem, p. 191.

(52) Idem, pp. 36-37.

letante de l'homme, déjà difficile à l'état habituel. Dora n'aura pas manqué d'associer cette respiration à la sienne à une époque où elle se masturbait. Par la suite, la tendance à la masturbation ayant été remplacée par une tendance à l'angoisse, l'enfant amoureuse aurait pu songer à son père, les fois où il s'absentait, et la sensation se serait renouvelée sous forme d'une crise respiratoire. Dora est affectée par ses quintes de toux toutes les fois où M. K..., figure paternelle, est absent (53). Ces interprétations de Freud se rapportent toutes à des événements se déroulant alors que la famille de Dora a déjà fait connaissance avec la famille K... Il n'est pas douteux que le symptôme de conversion puisse avoir été renforcé par ces événements. Cependant, Dora manifestait une gêne respiratoire avant cette époque : la « complaisance somatique » doit donc avoir une autre explication.

Il est sans doute plus simple de se figurer, comme dans les cas précédents, que Dora s'identifie à son père, également atteint de troubles respiratoires (tuberculose). Freud fait le rapprochement en supposant que cette toux est « une imitation de son père atteint d'une affection pulmonaire » (54), mais l'explique par l'attachement objectal qu'elle éprouve pour son père, et non par un processus d'identification : cette toux « pouvait exprimer la compassion et l'inquiétude qu'elle ressentait sans doute à son égard » (55).

Le père déclare lui-même que Dora a hérité d'un certain nombre de traits de son caractère (56). La gêne respiratoire apparaît un ou deux ans après le début de l'affection tuberculeuse du père. La première crise de toux survient à la suite d'une ascension en montagne au cours de laquelle elle éprouve des difficultés à respirer : elle se souvient alors que ce type de promenade est interdit à son père. Elle peut aussi facilement supposer que l'orgasme doit causer une telle dyspnée à son père et elle fait alors le lien avec ses propres activités masturbatoires (57). Dora sait de quelle nature a été la maladie de son père qui a provoqué le décollement de la rétine : son père a été atteint de syphilis à cause de sa vie dévergondée et elle pense qu'il lui a transmis par hérédité sa maladie. L'incontinence d'urine qui précède la première période de

(53) Idem, pp. 58-59.

(54) Idem, pp. 60-61.

(55) Idem, p. 61.

(56) Idem, p. 16.

(57) Idem, p. 59.

gêne respiratoire, ainsi que le « catarrhe » (flueurs blanches) sont associés à cette idée (58).

Par ailleurs, Dora mange difficilement et avoue une légère aversion pour les aliments (59). Ceci peut être mis en rapport avec ses fantasmes oraux, mais également avec ses maux d'estomac. Dora a souffert, peu avant le début de son traitement, d'une pseudo-crise d'appendicite. Freud suppose qu'elle s'identifie par là à une cousine (60). Mais il ajoute aussi, plus loin, que cette crise survient après la mort d'une sœur du père, très aimée de ce dernier et de Dora. Après son appendicite, elle a longtemps eu de la difficulté à marcher et traînait le pied droit. L'analyse révèle un fantasme d'accouchement : la crise d'appendicite est survenue neuf mois après la rupture avec M. K..., qu'elle a vécu comme un « faux pas ». Quand elle était plus jeune, elle s'était foulé le pied, à l'époque où la gêne respiratoire avait commencé (61). Cette pseudo-appendicite et cette difficulté à marcher correspondraient donc à un désir de Dora d'avoir un enfant de M. K... ou de son père qu'il représente.

Dans une note de 1923, Freud estime que l'amour homosexuel pour Mme K... était finalement chez Dora la tendance inconsciente la plus forte (62). Cette affirmation équivaut presque à reconnaître que Dora cherchait à prendre la place de son père dans la vie de Mme K..., choisie comme substitut maternel depuis que les rapports entre Dora et sa mère s'étaient dégradés. Les relations imaginaires d'un enfant à son père sont une sorte de quête : il faut subtiliser au père quelque chose qu'il est censé posséder et qui est l'objet du désir de la mère. Cette appropriation peut s'opérer de deux manières, qu'illustre bien le cas Dora : s'identifier au père ou à ses substituts (M. K...) pour séduire directement la mère ou ses substituts (Mme K...), ou leur subtiliser dans l'acte sexuel l'objet du désir, qui réapparaît alors symboliquement dans la grossesse et l'accouchement... ou leurs substituts (constipation, appendicite).

5. L'Homme aux loups

Ce fantasme de grossesse et d'accouchement est au centre de la problématique de l'« homme aux loups » (63). Celui-ci souffre de troubles intestinaux, troubles qui sont assez fréquents chez les obsession-

nels. Des mois durant, il peut n'avoir aucune évacuation spontanée et doit se contenter d'obtenir une évacuation intestinale provoquée, une ou deux fois par semaines, au moyen d'un lavement ou d'une purge (64).

Dans cette observation, dont la première publication date de 1918, Freud insiste sur les processus d'identification. « L'homme aux loups » s'identifie à sa mère et, dans ce cas comme dans les cas précédents, l'organe qui est victime de la conversion est en même temps celui par lequel le sujet signe cette identification. Sa mère était atteinte d'une maladie du bas-ventre et l'avait un jour emmené avec elle en reconduisant le médecin à la gare. Tout en marchant, elle s'était plainte de ses douleurs et de ses pertes de sang et ces plaintes avaient particulièrement marqué le sujet, alors âgé de moins de quatre ans. Par la suite, il devait lui-même répéter indéfiniment à propos de sa propre névrose les paroles entendues à cette époque de la bouche de sa mère : « Je ne peux plus vivre ainsi » (65).

Freud montre très bien, par ailleurs, que cette identification à l'un des parents est réalisée dans le but de séduire l'autre. Ayant surpris accidentellement ou reconstruit fantasmatiquement une scène de **coïtus a tergo** entre ses parents, alors qu'il était tout petit, il avait dû logiquement en conclure que l'anus était la partie du corps de la femme qui recevait l'organe viril pendant l'acte sexuel. La problématique de « l'homme aux loups » est centrée autour du désir qu'a ce dernier de subtiliser à son père l'objet du désir de la mère, le phallus, matérialisé notamment par le pénis. Son attitude à l'égard des figures paternelles est ambivalente : crainte de la castration par le père (rêve aux loups), mais aussi tentatives homosexuelles de séduction. L'organe par lequel son attitude homosexuelle passive envers l'homme, donc son identification à la femme peut s'exprimer est alors celui de la zone anale : comportement agressif appelant la fessée du père, rétention des selles, etc.

Les selles sont prises dans un réseau d'équivalences symboliques : selles = cadeau = enfant = pénis = phallus. Étant quelque chose que le corps exprime, elles sont le premier « don » de l'enfant. Pouvant être données, elles peuvent également être prises. Le boudin fécal devient alors imaginairement le pénis du

(58) Idem, pp. 53-55.

(59) Idem, p. 19.

(60) Idem, p. 26.

(61) Idem, pp. 75-77.

(62) Idem, p. 90, note I.

(63) S. Freud, Extrait de l'histoire d'une névrose infantile : l'homme aux loups, in **Cinq psychanalyses**, op. cit., pp. 325-420.

(64) Idem, pp. 380-381.

(65) Idem, p. 382.

père que le sujet a réussi à lui subtiliser au cours d'un **coï tus a tergo** homosexuel fantasmé. On comprend dès lors l'importance de la rétention de ces selles. Celles-ci finissent par prendre le sens d'« enfant », comme résultat, produit ou transformation du pénis de l'homme incorporé par la femme. Dans tous les cas, les troubles intestinaux de l'« homme aux loups » ont la valeur d'une incorporation ou d'une rétention de l'objet du désir.

IDENTIFICATION ET CONVERSION

Les observations de Breuer et Freud permettent donc de dégager deux séries de rapports

1) d'une part, entre le mécanisme de conversion et un processus d'identification à une imago parentale, le père ou la mère et 2) d'autre part, entre la localisation du symptôme et un point correspondant de l'image du corps du parent à qui le sujet s'identifie, ce rapport mimétique confirmant que la conversion implique bien une forme d'identification imaginaire à cette imago parentale, et non seulement un attachement objectal pour le parent en question comme le soutient Freud.

L'identification est une notion qui n'a fait, ni chez Freud, ni dans la théorie psychanalytique, l'objet d'aucune systématisation. Freud se déclare peu satisfait de ses propres formulations concernant ce sujet (66). Il m'est arrivé personnellement de retrouver, au cours d'entretiens avec des malades organiques, un tel processus d'identification imaginaire à un membre de la famille. Les observations de Breuer et Freud sembleraient montrer que c'est le cas également dans le mécanisme de conversion, ce qui me porte à croire qu'il y a, quoi qu'on dise, entre les maladies psychosomatiques proprement dites (lésionnelles) et les symptômes de conversion (fonctionnels) quelque solution de continuité du point de vue étio-pathogénique.

L'identification n'est cependant pas la **cause** de la somatisation ou de la conversion. Elle est, au contraire, un moyen, pour le sujet, d'éviter l'éclatement pulsionnel dans la maladie. C'est l'échec de l'identification qui produit la somatisation ou la conversion. Les patients de Breuer et Freud entretiennent une relation fascinée, de type identificatoire, avec certains personnages de leur constellation familiale (avec leur père, en particulier). C'est au moment où cette relation est menacée, par la maladie et la mort du personnage considéré, que le symptôme apparaît. Le sujet n'a pas d'autre ressource, pour éviter cette

(66) S. Freud, **Nouvelles conférences sur la psychanalyse**, Gallimard, Paris, 1936, p. 90.

symptomatisation, que de faire glisser le processus identificatoire sur une personne autre, qui se substitue à la précédente : Élisabeth von R. s'identifie à sa soeur, qui a en Commun avec le père disparu sa fragilité cardiaque ; l'histoire d'Emmy von N. voit se succéder une série de personnages : une tante, ses frères et soeurs, son mari, sa fille cadette, qui ont en commun d'apparaître au moment où le personnage à chaque fois précédent est décédé (sa fille cadette, en particulier, naît l'année de la mort de son mari) ; les symptômes n'apparaissent que dans les périodes où ces personnages sont absents (entre le décès de son dernier frère à devoir mourir, celui dont elle parle le plus, et son mariage, et à partir du moment où elle renonce à poursuivre sa fille de son hostilité).

Freud considère l'identification comme « la forme la plus originaire du lien affectif à un objet » (67). Du fait de sa prématurité biologique au moment où il naît, l'enfant ne peut lier de lui-même la pulsion à une représentation innée de l'objet ou de l'action qui lui permettrait de satisfaire ses besoins. La naissance est, pour l'enfant, une agression, un événement qui le dépasse. L'identification à l'objet maternel (le sein ou le biberon, puis la personne tout entière de la mère) est le processus par lequel l'enfant évite que l'affect associé à cet événement ne se décharge sur un mode quantitatif, par transformation (angoisse ou peur panique) ou par somatisation-conversion. Cette identification est d'abord une incorporation réelle de l'objet (identification orale primaire), puis elle fait place à une incorporation imaginaire, l'enfant étant alors suspendu, non à la consommation du sein, mais à la présence de sa mère dans le champ de son regard.

J. Lacan (68) montre que cette identification imaginaire à la personne de l'autre débouche sur la formation d'une première ébauche du moi, par identification du sujet à sa propre image dans le miroir, perçue comme image d'autrui. La reconnaissance de l'image de son corps par l'enfant est une expérience frustrante en soi, car elle le sépare de l'image maternelle à laquelle il s'était identifié. Mais elle lui permet en compensation **de retrouver dans son moi l'intériorisation permanente de l'image de l'autre**, donc de sa mère.

La fonction de ce moi imaginaire, de ce point de vue, reste la même : le moi est une représentation, une image qui a pour fonction d'assurer une défense

(67) S. Freud, **Essais de psychanalyse**, Payot, Paris, 1951, p. 120.

(68) J. Lacan, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, in **Écrits**, Seuil, Paris, 1966, pp. 93-100.

contre l'éclatement pulsionnel en liant la pulsion et en lui offrant un objet pour sa décharge. C'est pourquoi les vicissitudes de cet investissement narcissique de l'énergie pulsionnelle sur l'image du corps propre, sur le moi imaginaire, peuvent aboutir à ce que certaines régions de cette image soient plus fragiles, offrent une prise à une rupture possible de l'image, la pulsion se déchargeant alors, en cet endroit, dans le corps réel. Dans les conversions névrotiques, ce sont les « zones hystérogènes » qui correspondent à ces lieux de plus grande fragilité du moi. On peut les considérer comme des zones érogènes d'un type particulier, dans la mesure où elles sont des zones du corps qui sont en contact imaginaire plus étroit avec l'objet du désir, la mère, **la distinction entre le moi et l'image de l'autre, donc l'identité même du moi, étant en ces endroits moins marquée, plus menacée qu'ailleurs.**

Rappelons que pour rendre compte de ce que le corps est préférentiellement choisi dans la conversion comme moyen d'expression du conflit inconscient, Freud introduit l'idée d'une « complaisance somatique », qui serait plus marquée chez l'hystérique. Cette complaisance somatique peut avoir une origine organique, une maladie ou une prédisposition à la maladie servant de point d'appel pour la décharge de l'affect. En fait, le corps étant choisi comme moyen d'expression, nous devrions être amenés à étudier les rapports pouvant exister entre le symptôme et les vicissitudes de l'investissement narcissique du corps propre. La zone hystérogène peut être considérée comme une zone érogène atypique, c'est-à-dire déplacée sur une région du corps qui n'est pas prédisposée par sa fonction à être érogène et qui, par conséquent, serait susceptible d'offrir une prise au symptôme. Ici encore, ce sont les processus d'identification qui sont en jeu, en particulier l'identification du sujet à son corps propre.

LA QUESTION DE LA LATÉRALITÉ DU SYMPTÔME

Nous pouvons appuyer l'idée d'un rapport existant entre le symptôme de conversion et un processus d'identification imaginaire ou mimétique en reprenant les remarques que nous avons pu formuler à propos de la latéralité des symptômes des trois premiers sujets observés. La plupart des travaux sur l'hystérie soulignent que le côté droit et le côté gauche du corps ne sont pas touchés dans les mêmes proportions par le mécanisme de conversion. Dans ces trois cas observés par Freud et Breuer, c'est le côté droit du corps qui est le plus nettement impliqué dans le symptôme.

Mais d'une façon générale, les troubles moteurs chez les hystériques prédominent du côté gauche (hémianesthésie du côté gauche superposée à une hémiplégie, par exemple).

Les interprétations de cette dissymétrie sont généralement de deux ordres : 1) neurophysiologique : labilité plus grande de l'hémisphère cérébral dominé, ce dont témoignent certains aspects électroencéphalographiques ; 2) psychologique : le côté gauche est investi des qualités du « mal » et symbolise l'attachement, frappé d'interdit, à l'objet du désir, l'objet maternel.

Un travail de thèse soutenu à Strasbourg (69) montre que la préférence accordée par l'individu à un côté donné de son corps, le côté droit en général, est un fait culturel, lié aux processus d'identification par lesquels le sujet accède à son identité. L'ordre de la culture, représenté par le père, a pour fonction de dégager l'enfant de la fascination qu'il éprouve pour l'image de sa mère. L'une des manifestations de cet ordre est donc d'imposer au sujet de reconnaître sa droite de sa gauche, de façon à distinguer son corps propre du reflet de ce corps dans le miroir ou de l'image du corps d'autrui (du corps de la mère, en particulier) placée en vis-à-vis, pour lesquels cette latéralité se trouve alors inversée, empêchant ainsi toute confusion imaginaire. La connotation culturelle positive, favorable du côté droit et la connotation négative, défavorable du côté gauche sont l'expression de cette différenciation. Le sujet manifeste sa reconnaissance de la loi du père en acceptant de se servir préférentiellement et, par suite, avec plus d'habileté, de la main et du côté droits. La gaucherie et l'ambidextrie sont l'expression d'un certain refus de cette loi et d'une fixation au stade des relations imaginaires avec la mère : l'enfant gaucher voit sa mère droitrière comme l'image de son propre corps dans le miroir.

La prédominance des troubles moteurs du côté gauche dans l'hystérie indiquerait donc une telle fixation à la mère. Ce sont des processus d'identification qui font le lit de ces symptômes de conversion. Or, le sujet n'est ainsi conduit à prendre telle ou telle identité imaginaire que dans le but fantasmatique de séduire sa mère ou de subtiliser au père l'objet qui permettrait cette séduction (le phallus). La fragilité plus grande du côté gauche du corps constitue la trace d'une telle identification imaginaire à l'objet supposé du désir de la mère.

(69) J. Lamarre, **Latéralité, Symétrie et Miroir**, Thèse de III^e cycle en psychologie, Université Louis Pasteur, Strasbourg, 1979.

Cependant, la latéralité me semble aussi pouvoir indiquer la qualité du personnage à qui le sujet s'identifie de la sorte : une femme, lorsque c'est le côté gauche, maternel, qui est impliqué ; un homme, lorsque c'est le côté droit, paternel, qui est touché. Ce qui expliquerait que les symptômes moteurs de conversion ne soient, malgré tout, pas tous localisés préférentiellement au côté gauche. Dans ces trois premières observations de Breuer et Freud, les patientes s'identifient à leur père et c'est précisément le côté droit du corps (bras et jambe droits) qui est le plus visiblement affecté par la conversion. Cette valeur indicative possible de la latéralité du symptôme est particulièrement évidente chez Elisabeth von R. : le côté droit est douloureux quand c'est son père qui est évoqué au cours du traitement, le côté gauche est douloureux quand c'est de sa sœur qu'il est question.

DES IDENTIFICATIONS IMAGINAIRES A L'IDENTIFICATION SYMBOLIQUE

Les vicissitudes de l'investissement narcissique du corps propre dans la conversion somatique montrent que le moi reste fragile tant qu'il n'est que l'image intériorisée de l'objet du désir. Le sujet reste le prisonnier d'une relation fascinée à l'autre. Il est suspendu à sa présence physique ou imaginaire : si l'autre disparaît, le moi qui est à son image vole en éclat et l'énergie pulsionnelle, détachée de cette représentation, se convertit dans le corps (il serait d'ailleurs intéressant de reconsidérer de ce point de vue les troubles moteurs qui manifestent la catatonie dans la psychose). L'importance culturelle de la latéralité montre bien qu'il est en fait nécessaire au sujet d'accéder à l'ordre du langage, du symbolique pour pouvoir se dégager, par l'entremise d'une médiation par le signifiant, de cette relation de confusion imaginaire entre soi et l'autre. Si l'identification est bien un processus qui permet originellement la liaison de la pulsion à un représentant dont elle se satisfait, il importe pour le sujet de ne pas adhérer strictement à ce représentant (identification imaginaire). L'accès à l'ordre du langage, de la culture et de la société implique précisément chez l'homme l'intervention d'un tiers dans la relation duelle que le sujet entretient avec l'autre. C'est là toute la valeur fondatrice que revêt le complexe d'Oedipe dans la structuration du sujet. L'intervention de ce tiers, le plus souvent en la personne du père, représentant de la Loi de la communauté, permet au sujet de dégager son désir propre de la glu des relations imaginaires à autrui, à la mère en particulier, où ce désir se confondait avec celui de l'autre. La castration symbolique d'avec l'image de l'autre contraint le sujet à **parler** son

désir, à le faire défiler par les canaux d'une demande qui n'est tissée que de signifiants, de représentants arbitraires de l'objet de ce désir. Le sujet peut ainsi dépasser le stade des identifications imaginaires à l'autre (mimétisme) en s'identifiant symboliquement à un signifiant. Les relations de confusion imaginaire avec la mère, ou les relations conflictuelles d'identification et d'hostilité au père font place à la quête indéfinie de ce signifiant du désir : le sujet parle, il se fait demandeur de ce signifiant qu'il recherche dans la parole de l'autre, ou cherche à se convaincre qu'il en est lui-même le porteur pour un autre qui l'écoute parler.

On voit que cette identification symbolique à un signifiant, en particulier par l'entremise du nom propre (qui est aussi le nom du père, principal représentant supposé de ce signifiant), permet au sujet d'exprimer son désir en mots, ce qui d'une façon certaine consacre l'impossibilité de toute satisfaction définitive de ce désir mais, par là même, garantit une forme d'écart irréductible entre le sujet et l'objet de son désir. Pratiquement, cela veut dire que le sujet n'est plus (ou plus autant) suspendu, pour la satisfaction attendue de son désir, à la présence physique ou fantasmée des figures parentales ou de leurs substituts imaginaires, dont la disparition (par décès, conflit, etc.) aurait valeur de traumatisme ou, en termes physiologiques, de « stress ».

Cette identification est assumée au terme d'un « travail de deuil » effectué par le sujet vis-à-vis de l'objet de son désir : le sujet accepte cette castration symbolique d'avec l'objet et érige sa parole, en quelque sorte « phallicisée », comme substitut de l'objet perdu. Les personnes que le sujet choisit comme interlocuteurs de cette parole sont alors reconnues dans leur altérité

leur présence ou leur absence, leur départ, leur décès, les menaces de perte qui pèsent sur eux n'affectent plus autant le devenir du sujet lui-même, car ce n'est plus à ces autres particuliers qu'il est suspendu mais à l'Autre symbolique à qui s'adresse sa parole et qui n'est qu'un « lieu », quelque chose qui n'est que secondairement représenté par des interlocuteurs particuliers dont il ne dépend pas essentiellement.

Cette distinction nécessaire qu'il faut établir entre identification imaginaire (mimétique) et identification symbolique permet de situer l'importance et la place exacte de la symbolisation dans le processus de conversion. Ainsi que je l'ai souligné plus haut, la conversion se présente comme un échec de la symbolisation : un accès insuffisant à l'ordre du langage

laisse persister les éléments d'un fonctionnement imaginaire dans l'association entre eux des signifiants du sujet, ce dont témoigne en particulier le phénomène du lapsus. Le symptôme surgit alors en un lieu du corps qui présente de ce point de vue une certaine « fragilité », l'image du moi n'y étant pas nettement distinguée de celle de l'autre par l'entremise d'un signifiant.

On trouvera ici une ébauche de réponse à la question des rapports entre conversion et hystérie d'une part, hystérie et féminité d'autre part. Dans ses rapports à l'objet du désir, le garçon a en principe dans notre société moins de mal à accepter l'identité que lui assignent les lois de la communauté, car cette identité est celle de l'homme. Il est souvent présumé par sa mère avoir plus de chances dans la quête de cet objet, parce qu'il a comme le père un pénis qui présente ces chances. L'imaginarisation de ces rapports peut déboucher sur la névrose obsessionnelle, soit sur une problématique de démonstration imaginaire par le sujet de la propriété effective d'un phallus qu'on lui suppose avoir (problèmes de **rétenion**, par exemple). Les rapports de l'obsessionnel à son père sont marqués par le sentiment d'une concurrence pour cet avoir. Ils ne débouchent sur une somatisation que dans la mesure où cette identification concurrentielle du fils au père laisse secondairement coexister une identification à la mère pour séduire le père et lui subtiliser ce phallus imaginarisé, cette dernière identification étant contraire aux lois culturelles puisqu'il s'agit pour le garçon d'une identification féminine (cas de « l'homme aux loups »).

La fille, au contraire, a des difficultés à assumer son identité symbolique, qui est une identité de femme. Elle est présumée n'avoir pas au départ l'objet du désir d'une mère qui lui préfère, de ce point de vue, ses enfants de l'autre sexe. Sa tendance peut alors être de fuir une identité qui est ainsi culturellement et familialement marquée du signe du manque, de la négativité. La séduction de l'autre, orientée vers la quête chez cet autre du phallus qu'elle lui suppose, peut être imaginarisée chez la femme jusqu'à l'hystérie. C'est pour ces raisons que l'hystérique présente cette « friabilité » apparente de ses identités, prête qu'elle est, dans le jeu de la séduction, à changer sans cesse les rôles qu'elle adopte et rejette en même temps comme insatisfaisants. Les problèmes d'identification imaginaire étant majeurs dans l'hystérie, on peut comprendre que ce mécanisme de conversion y soit plus apparent, au point qu'on ait longtemps considéré que conversion et hystérie étaient coexistantes.

A contrario, la symbolisation est à situer comme une tentative du sujet de lier l'affect à une représentation, plus précisément à un signifiant, qui doit permettre à l'organisme de faire l'économie de la conversion somatique. La symbolisation se présente donc comme une forme de défense de l'organisme humain contre la somatisation.

Et c'est là un point où il faut reprendre Freud, car ce dernier ne présente pas la chose de la même manière, bien au contraire.

LA SYMBOLISATION COMME DÉFENSE CONTRE LA CONVERSION SOMATIQUE

A propos de l'observation d'Élisabeth von R., Freud manifeste la conviction que sa patiente a **créé ou accru** son trouble fonctionnel par la symbolisation (70) : elle a trouvé dans son symptôme de conversion une façon d'exprimer quelque chose qu'elle ne pouvait pas dire avec des mots. Pour lui, des expressions telles que « rester clouée sur place », « n'avoir aucun appui », etc., servent de fond à la conversion, c'est-à-dire contribuent à la provoquer et déterminent sa localisation. Lorsqu'on ramène son père à la maison, après sa première attaque, la frayeur la « cloue sur place ». Ce sentiment est formulé en une pensée (je suis clouée sur place) et c'est parce qu'elle pense à cette expression, consciemment ou non, à ce moment-là qu'elle traduira concrètement cette expression par la suite en un symptôme (douleurs aux jambes) qui la clouera réellement sur place. Pour Freud, donc, le mécanisme de la conversion passe obligatoirement par le relais d'une pensée, d'une représentation usant des signifiants de la langue. Le symptôme lui-même crée une sorte de « précipitation du sens » dans le réel, dans le corps, en jouant de ces signifiants selon un mécanisme qui fait penser au « mot d'esprit » (71).

C'est ainsi que Freud donnera ailleurs (72) l'exemple de cette dame qui souffrait de douleurs dans le dos. Par association d'idées, le symptôme se trouve levé au moment où elle se rend compte que ces douleurs figurent le poids des soucis et des responsabilités qu'elle a à porter, ce qu'elle appelle « porter sa croix » (en allemand, « croix » se dit « Kreuz »). L'expression

(70) S. Freud, J. Breuer, **Études sur l'hystérie**, op. cit., p. 140.

(71) S. Freud, **Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient**, Gallimard, Paris, 1953.

(72) Cité par A. Wergote, H. Piron, W. Huber, **La Psychanalyse, Science de l'homme**, Dessart, Bruxelles, 1964.

trouvait jusque là une forme de condensation dans le corps, sous la forme de douleurs localisées autour de l'épine dorsale : en allemand « Kreuzweh »). On ne peut effectivement s'empêcher de penser que le symptôme tient ici du mot d'esprit... A moins que le sujet n'échappe précisément au symptôme au moment où il produit ce mot d'esprit ?

Car le mécanisme du mot d'esprit ne peut être ici qu'évoqué. Il n'explique pas pourquoi la pensée refoulée s'exprime par une conversion somatique, c'est-à-dire par une irruption dans le réel du corps, au lieu de demeurer dans le champ de la représentation, de s'exprimer par des représentations symboliques : peur de certains animaux, comme chez Emmy N., ou par des activités soutenues par de telles représentations activités de soins donnés aux malades, par exemple, qu'on retrouve dans tous ces cas, etc. Freud ne peut proposer que l'hypothèse d'une « complaisance somatique », voire d'une prédisposition organique à l'expression somatique des conflits.

Nous allons reprendre ici des « Etudes sur l'Hystérie » une autre observation de Freud, celle de Cécilie M. Il s'agit d'un cas que Freud a analysé dans le détail mais que des raisons personnelles l'empêchent d'exposer dans son entier parmi ses « histoires de malades ». Il n'y fait donc allusion qu'à deux reprises, la première fois, en note au cours de l'exposé du cas d'Emmy von N. (73), et la seconde fois dans l'analyse du cas d'Élisabeth von R., pour illustrer sa conception de la symbolique du symptôme de conversion (74).

C'est ainsi que cette malade se plaint de névralgies faciales. Au cours de son traitement, elle rapporte une conversation qu'elle a eue avec son mari, ainsi qu'une remarque qu'il lui a faite et qui l'a péniblement frappée. A ce moment, elle porte sa main à sa joue devenue subitement douloureuse et s'écrie : « C'est comme un coup reçu en plein visage ». La névralgie faciale et l'accès douloureux trouvent là leur point final. Freud en conclut qu'il s'agit là sans aucun doute, d'une symbolisation (75).

Cependant, le jour suivant, la névralgie fait sa réapparition. Elle disparaît à nouveau au moment de la reproduction d'une scène où il est également question d'une offense et tout se passe de la même façon pendant neuf jours (76). Nous devons donc supposer que la symbolisation n'est pas ici vraiment la cause de la

conversion, mais bien au contraire un agent de la guérison, un processus qui semble plutôt soulager la malade, d'abord momentanément, puis définitivement, lorsqu'elle parvient enfin à se souvenir du premier accès de névralgie, remontant à plus de 15 ans (77).

A l'origine de ce premier accès, il n'y a précisément pas de symbolisation qui puisse être considérée comme un facteur déterminant du symptôme : il y a une scène pénible, qui semble avoir été associée, sans lien autre que la simultanéité, à de légères douleurs qu'elle avait à ce moment-là aux dents, peut-être du fait de sa grossesse (78). La symbolisation ne semble donc pas avoir un rôle déterminant dans la formation du symptôme. Au contraire, elle se présente comme un mécanisme de protection contre la maladie.

Dans tous les exemples qui sont donnés par Freud d'une telle symbolique des symptômes chez sa patiente, le symptôme disparaît en fait au moment où Cécilie M. trouve une formule, une phrase, qui exprime en mots ce que, jusque là elle traduisait dans un symptôme. C'est par abus de langage que Freud peut dire que le symptôme de conversion symbolise quelque chose. Ce symptôme désigne directement, sans recours à un processus de transformation symbolique, l'organe du corps par le biais duquel le sujet s'identifie à une imago parentale. Un rêve, un rituel obsessionnel symbolisent quelque chose, parce qu'il y a un processus de transformation (déplacement, condensation) qui est à l'œuvre dans ces phénomènes. Un symptôme de conversion ne symbolise rien : c'est précisément parce que le sujet échoue à exprimer son désir symboliquement, par une représentation, que le symptôme apparaît. Il disparaît quand une possibilité d'expression symbolique du désir se présente de nouveau à lui.

Détaillons cette idée en revenant au cas d'Élisabeth von R. Freud note que, pendant la première partie de son histoire, Elisabeth n'a dû garder le lit que quelques jours au moment de la maladie de son père, à cause de ses douleurs dans les jambes. C'est en fait lors de la seconde période de cette histoire, à la suite de la maladie et du décès de sa sœur, qu'elle tombe définitivement malade.

Freud pense que cette apparition retardée des symptômes tient à une sorte d'incubation de la maladie. La première série d'événements pénibles aurait seulement contribué à créer la « zone hystérogène » (par

(73) S. Freud, J. Breuer, op. cit., pp. 53-54.

(74) Idem, pp. 140-145.

(75) Idem, p. 142.

(76) Ibid.

(77) Ibid.

(78) Idem, p. 143.

contact avec la jambe malade du père). Freud n'est pas près à accorder à ces premières douleurs une origine rhumatismale. C'est la seconde série d'événements qui, pour lui, est centrale du point de vue de la causalité de la maladie. Ces événements de la seconde période auraient à ce moment réveillé les émotions et les pensées endormies après la première période (79).

Notre hypothèse veut que ce soient les événements de la première période qui soient déterminants : l'identification d'Élisabeth von R. à son père aurait dû la plonger dans la maladie. Mais nous savons qu'Élisabeth au lendemain du décès de son père, a consacré toute son énergie à sa famille et, spécialement, à sa mère, pour tenter de leur redonner le bonheur perdu du fait de ce deuil. Nous pouvons considérer qu'Élisabeth a tenté, par là de remplacer son défunt père dans l'œuvre qui aurait dû être la sienne s'il n'était mort prématurément.

Mais on saisit d'emblée que cette identification au père est d'une nature tout à fait différente de celle qui est à l'œuvre dans la conversion somatique. Une activité à caractère symbolique (faire le bonheur de sa famille) donne à Elisabeth l'occasion de s'identifier à son père, non pas strictement, à l'image de son corps, mais symboliquement, à un représentant entre autres de sa fonction de père.

Cette identification reste cependant encore prisonnière d'un attachement de type imaginaire à la figure du père, ainsi que d'une fixation à l'image de la mère, car c'est bien de cette dernière non de n'importe qui, qu'il faut faire le bonheur. C'est à partir du moment où la maladie de sa mère et la mort de sa sœur rendent impossible cette expression de son identification au père qu'Élisabeth rechute définitivement dans la maladie.

Dans le même ordre d'idée, je ne pense pas qu'Élisabeth ait pensé, même inconsciemment, être clouée sur place au moment où on a ramené son père malade à la maison. C'est par absence d'une possibilité de symboliser cet événement, de traduire ce qu'il représentait pour elle (la possibilité de remplacer son père dans le désir de sa mère) que l'événement a eu un écho dans le corps. Elisabeth pense en fait à cette expression au moment où elle la communique à Freud. Et c'est parce que cette expression à double sens permet une imaginisation, une représentation de ce qui jusqu'à présent figurait dans son expérience

(79) Idem, p. 134.

comme un « trou », que le symptôme peut commencer à disparaître.

CONVERSION ET MALADIES PSYCHOSOMATIQUES

Les développements qui précèdent ne sont pas sans avoir certaines conséquences sur notre connaissance des processus psychosomatiques en général. Du point de vue anatomo-pathologique, conversion et maladies psychosomatiques sont habituellement bien distinguées : la conversion est un trouble du **fonctionnement** d'un organe ou d'un appareil (trouble sensori-moteur ou trouble végétatif), ce qui rapproche le symptôme de conversion de ce que la nosographie médicale désigne sous le terme de **troubles fonctionnels** ; alors que la définition de la maladie psychosomatique implique généralement l'existence d'une **lésion** organique, ce qui l'isole en une entité nosographique précise (ulcère gastrique ou duodéal, allergies, etc.). Cependant, si la distinction **clinique** est relativement facile à établir, la distinction **théorique** est d'une définition plus malaisée : qu'est-ce qui spécifie la conversion de la lésion psychosomatique du point de vue **étiopathogénique** ?

Freud, le premier, subvertit la conception médicale du symptôme corporel en établissant que le symptôme de conversion a un sens ou, du moins (c'est ma position), qu'il surgit là où ce sens échoue à se dire. Deutsch (80) et Groddeck (81) étendent le modèle étiopathogénique de la conversion à l'ensemble des maladies organiques. La lésion a pour eux la valeur d'un symbole et la maladie est une forme de « langage du corps » : l'ulcère est, par exemple, l'expression d'une angoisse de castration refoulée par régression orale. Cette idée est reprise avec des nuances par Valabrega (82), qui précise cependant que, si une lecture du symptôme organique est possible, elle est directe dans la conversion, alors qu'elle est indirecte, donc plus difficile, dans la lésion psychosomatique. Suivant ces conceptions, il y a donc une forme de continuité entre les actes manqués, les actes symptomatiques, le symptôme de conversion et la maladie psychosomatique : toutes ces formations peuvent être considérées comme des symptômes

(80) Deutsch Felix, **The psychosomatic concept in psychoanalysis**, New York, 1953.

(81) Groddeck Georg, **Le livre du ça**, Gallimard, Paris, Nvle éd. 1973.

(82) Valabrega Jean-Paul, **Les théories psychosomatiques**, Privat, Toulouse-Paris, 1954.

justiciables d'une interprétation psychanalytique, chacune ne se distinguant des autres que par sa lisibilité plus ou moins difficile et, corrélativement, par sa gravité plus ou moins grande. La maladie psychosomatique n'est qu'une conversion plus grave que les autres.

A l'autre extrême, Marty et l'École psychanalytique de Paris (83) repoussent l'idée d'un « langage du corps » : la lésion psychosomatique est « bête », c'est-à-dire qu'elle ne peut être interprétée comme peut l'être un symptôme névrotique (acte manqué, lapsus, etc.). C'est au contraire l'impossibilité de représenter le conflit dans un symptôme névrotique ou un fantasme qui oblige la pulsion à se dériver vers un mode de décharge plus archaïque que celui de la somatisation. Ceci serait confirmé par l'observation : l'activité fantasmatique des malades psychosomatiques, contrairement à celle des hystériques en particulier, serait en général faible. La lésion psychosomatique n'a donc pas d'autre signification que celle d'un échec de la signification. Elle n'exprime pas symboliquement le conflit dont elle s'origine. L'École de Paris distingue donc nettement entre les maladies psychosomatiques et le symptôme de conversion : ce dernier relève du registre de la névrose et constitue à ce titre, au contraire, un rempart névrotique contre la maladie.

D'un côté donc, on trouve des conceptions qui confondent maladie psychosomatique, symptôme de conversion et symptôme névrotique. De l'autre, on distingue la maladie psychosomatique des symptômes névrotiques et, par suite, du symptôme de conversion confondu avec ces derniers. Ce que nous venons de dire de la spécificité du symptôme de conversion par rapport aux symptômes névrotiques nous autorise à relancer ce débat.

Mon opinion est qu'à la suite de P. Marty et al. il est effectivement nécessaire de différencier les processus psychosomatiques des processus névrotiques. Cependant, ce que nous venons de dire de la spécificité du symptôme de conversion par rapport aux symptômes névrotiques nous invite à nuancer la distinction qu'ils établissent entre la conversion et la lésion psychosomatique. S'il convient de dessiner une ligne de partage entre névrose et phénomènes psychosomatiques, je dirai que cette ligne ne passe pas entre la conversion et la lésion psychosomatique mais entre les symptômes névrotiques, qui se soutiennent d'une représentation, et les symptômes qui sont la marque dans le corps de l'impossibilité de cette représentation

(83) Marty P., De M'Uzan M., David C., **L'investigation psychosomatique**, P.U.F., Paris, 1963.

soit aussi bien la lésion psychosomatique que le symptôme de conversion.

Il n'y aurait donc pas, entre lésion psychosomatique et symptôme de conversion, de différence de nature quant à leur étiologie, mais seulement une différence de degré : différence qui se manifesterait dans la gravité relativement moins grande, ainsi que dans la lisibilité apparemment plus facile du symptôme de conversion, celui-ci pouvant être interprété et levé dès le moment où le lien avec la problématique qui lui est sous-jacente est rétabli par le sujet. La différence serait d'abord d'ordre clinique, le symptôme de conversion étant à mettre au rang des symptômes fonctionnels, la maladie psychosomatique au rang des symptômes lésionnels, les premiers étant le fait de réactions neurovégétatives importantes et immédiates, les autres de réactions le plus souvent métaboliques et endocriniennes dont les effets se manifesteraient de préférence à long terme.

J'appuierai cette hypothèse sur les observations de J. Guir. Celui-ci met en évidence pour les maladies psychosomatiques le même **facteur identificateur mimétique** que je suppose dans le mécanisme de conversion (84). Il note également l'importance de la question de la **latéralité** du symptôme, bien que les exemples qu'il donne ne lui permettent pas d'avancer, comme je le fais pour la conversion, l'hypothèse du choix par la maladie d'un côté donné du corps en fonction du sexe de l'autre à qui s'identifie le sujet. Guir souligne surtout que, dans ces cas où le phénomène psychosomatique est latéralisé, la disposition des lésions **n'est pas en miroir** : une lésion d'un côté du corps chez un sujet renvoie chez un autre sujet à une atteinte du même côté. Il s'agit en quelque sorte d'entrer dans le corps de l'autre. Cette similarité dans les processus identificateurs qui sont sous-jacents à leur apparition, l'importance de l'élément mimétique et l'échec impliqué de la symbolisation me font donc mettre sur le même plan symptôme de conversion et symptôme psychosomatique (à l'encontre de P. Marty et al.), tout en les distinguant nettement des processus névrotiques (à l'encontre de Valabrega, par exemple).

Précisons cependant cette affirmation. Bien que la conversion s'observe également dans la psychose (dans la catatonie, en particulier), on continue à l'associer traditionnellement à la névrose, en particulier à l'hystérie : cette association est bien illustrée par les observations de Breuer et Freud exposées plus haut.

(84) Guir Jean, Identification et phénomènes psychosomatiques, **Lettres de l'École** 1978, 22, pp. 159-166.

Il y aurait donc dans la conversion une proximité plus grande à la névrose que dans la lésion psychosomatique. Guir estime, à propos du cancer approché comme maladie psychosomatique (85), que le malade organique cherche à réaliser un complexe d'Oedipe qui n'est pas le sien, mais celui d'un autre, celui de ses parents en particulier. Contrairement à ce qui se passe dans la conversion, il n'est pas conduit à s'identifier à un de ses parents pour séduire l'autre (structure névrotique classique que nous avons effectivement repérée dans les observations précédentes) : il est contraint de s'identifier à « l'autre de l'autre », aux premiers objets dont ses parents n'ont pu eux-mêmes se détacher, c'est-à-dire à leurs parents à eux (ses grands-parents à lui), ce qui échappe effectivement au registre des constructions névrotiques. Ici se situe éventuellement la spécificité étio-pathogénique de la lésion psychosomatique par rapport à la conversion.

Rappelons que, si elle porte bien sur des imagos parentales, l'identification dans la conversion a néanmoins un caractère mimétique et représente un échec de la symbolisation qui font du symptôme de conversion un phénomène évoluant concurremment aux symptômes névrotiques, mais en marge d'eux, comme une sorte de « reste » de la névrose, un effet dans le corps de ce que la structure névrotique ne peut pas prendre en charge. A contrario, bien que la lésion psychosomatique échappe au registre des constructions névrotiques, il faut bien admettre qu'elle évolue elle aussi en marge de la névrose. Aucune maladie psychosomatique ne correspond à une structure névrotique spécifique. Cependant, le malade psychosomatique présente rarement une composante psychotique affirmée

il manifeste un accès au registre du symbolique qu'on ne retrouvera pas chez un schizophrène, ce qui se traduit d'ailleurs trivialement par le simple fait qu'il parle, c'est-à-dire qu'il communique avec autrui, qu'il est socialement intégré et qu'il se défendra souvent du caractère psychogène de sa maladie, pensant par là qu'on le suppose fou alors qu'il est effectivement loin de l'être. Du reste, on a pu mettre en rapport certaines entités nosographiques, sinon avec une structure, du moins avec des traits particuliers de personnalité qui sont généralement névrotiques (l'infarctus du myocarde avec des traits obsessionnels, par exemple).

(85) Guir Jean, Cancer et langage, **Corps et Langage** (Section de psychologie de l'Univ. L. Pasteur, Strasbourg), 1981, 1, 2, pp. 39-42.

J'insisterai sur ce que Guir dit de la latéralisation de la lésion psychosomatique : elle se présente du même côté du corps que le lieu du corps de l'autre auquel elle renvoie. Le corps du malade psychosomatique n'est donc pas, comme celui du psychotique, le reflet en miroir du corps de l'autre. Le mimétisme qui conditionne ici l'identification n'est pas une simple agglutination contre l'image du corps de l'autre

il s'agit d'entrer dans le corps de l'autre comme dans un habit. Ceci suppose que le sujet, d'une façon ou d'une autre, ait réalisé une certaine distinction entre soi et son image dans le miroir, ce qui implique une forme d'accès au registre du symbolique. Il n'y a qu'une seule observation dans laquelle Guir relève une lésion correspondant à une identification à l'autre dans le miroir : or, cette particularité lui fait précisément supposer dans ce cas une structure psychotique (paranoïaque).

Je terminerai donc en disant que la conversion comme la lésion psychosomatique me semblent être les traces dans le corps d'identifications imaginaires que le fantasme ou la névrose, qui leur sont souvent parallèles sur un plan clinique, ne peuvent prendre en charge. Il existe une certaine communauté dans l'étiopathogénie des deux types de processus : mécanisme de conversion et processus psychosomatique. Tous deux signent l'impossibilité d'un certain type d'identification et l'échec de la symbolisation. Leurs spécificités réciproques seraient donc d'abord cliniques (opposition fonctionnelle) et, sur le plan étiopathogénique, porteraient sur la question des personnes sur lesquelles se fait l'identification mimétique : les parents dans le cas de la conversion, ce qui renverrait plus directement à une problématique oedipienne, et, par suite, à une association plus fréquente et plus évidente avec la névrose ; les « autres » de ces parents (en particulier leurs parents à eux) dans le cas de la lésion psychosomatique, ce qui marquerait davantage l'impossibilité d'une prise en compte oedipienne de la problématique, d'où sans doute la gravité plus grande que dans la conversion des effets de cette impossibilité sur le corps.

CONCLUSIONS

Mes recherches en cours sur les maladies psychosomatiques me font rencontrer surtout des malades organiques. Mon expérience clinique en matière de troubles fonctionnels est donc très limitée et je ne saurais être juge de la pertinence des hypothèses que j'avance ici concernant la conversion. Je crois cependant que leur vérification ou leur infirmation selon les

cas devrait être assez facile à réaliser, puisque ce facteur identificatoire se laisse aisément repérer dans les textes de Breuer et Freud alors même que leur but n'est pas de le mettre en évidence. Je me souviens moi-même avoir repéré dans le passé ce facteur au cours de conversations courantes en dehors de tout contexte hospitalier et de toute optique de recherche : dans le cas d'une personne qui souffrait de migraines fréquentes et dont le père avait eu une méningite ; et dans le cas d'une personne souffrant de douleurs abdominales et de troubles digestifs (diarrhées) et dont le père avait présenté un ulcère gastrique ou duodénal.

En laissant à d'autres le soin de les apprécier, je me contenterai donc, pour terminer, de résumer cet exposé en rappelant les points les plus importants :

- 1) le symptôme de conversion se présente comme l'effet dans le corps de la décharge d'un affect (quantum d'énergie pulsionnelle) qui ne peut se lier à une représentation ;
- 2) il ne peut donc être considéré comme ayant une valeur symbolique, car il est précisément la trace d'un échec de la symbolisation ;

3) c'est l'identification imaginaire à une figure parentale qui fait le lit de la conversion. Mais l'identification en elle-même n'est pas la cause de la conversion : elle est au contraire un processus psychique destiné à éviter au sujet l'éclatement pulsionnel dans la somatisation. C'est la fragilité de ce type d'identification qui peut occasionner la conversion, à la suite de la perte d'un objet auquel le sujet s'est ainsi identifié ;

4) l'identification symbolique, l'assomption de la parole du sujet, est le processus par lequel le sujet peut dépasser les contradictions inhérentes aux identifications imaginaires et qui font leur fragilité (ambivalence à l'égard de l'objet, suspension du sujet à la présence réelle ou fantasmée de ce dernier) ;

5) la symbolisation, comme l'identification, se présente donc comme un processus de défense contre la conversion somatique et non comme quelque chose qui la provoquerait ;

6) le processus de conversion peut de ce fait être mis sur le même plan que l'ensemble des maladies et troubles psychosomatiques, lésionnels ou fonctionnels, dans lesquels peuvent intervenir un élément mimétique et un échec de la symbolisation.