



Les grands concepts de la psychologie clinique

Sous la direction de
François Marty

3^e édition
corrigée et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2017

11 rue Paul Bert, 92247 Malakoff Cedex

ISBN 978-2-10-074359-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Liste des auteurs

Ouvrage réalisé sous la direction de :

François MARTY Professeur de psychologie clinique et de psychopathologie à l'université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, psychologue et psychanalyste.

Avec la collaboration de :

Catherine AZOULAY Professeur de psychologie clinique à l'université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, psychologue et psychanalyste.

Annie BIRRAUX Professeur honoraire de psychologie clinique à l'université Paris Diderot, psychiatre et psychanalyste.

Thierry BOKANOWSKI Psychiatre et psychanalyste SPP.

Bernard BRUSSET Professeur honoraire de psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychiatre et psychanalyste SPP.

Jean-Yves CHAGNON Professeur de psychopathologie clinique à l'université Paris 13, psychologue et psychanalyste.

Aline COHEN DE LARA Professeur de psychopathologie à l'université Paris 13, psychologue et psychanalyste.

Paul DENIS Psychiatre et psychanalyste SPP.

Florence GUIGNARD	Psychanalyste SPP.
Alberto KONICHECKIS	Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
Françoise NEAU	Professeur de psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychologue et psychanalyste.
René ROUSSILLON	Professeur de psychologie clinique à l'université Lumière-Lyon 2, psychanalyste SPP.
Pierre SULLIVAN	Maître de conférences en psychopathologie à l'université Paris Descartes, psychiatre et psychanalyste SPP.
Benoît VERDON	Professeur de psychopathologie clinique et psychopathologie à l'université Paris Descartes – Sorbonne Paris Cité, psychologue clinicien et psychanalyste.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION (FRANÇOIS MARTY)	I
CHAPITRE 1 L'INCONSCIENT (BERNARD BRUSSET)	5
Introduction	7
1 La théorie de l'appareil psychique et la métapsychologie	9
2 La théorie freudienne de l'inconscient	11
3 L'inconscient selon M. Klein : l'archaïque de l'amour et de la haine	14
4 Les trois acceptions de la notion d'inconscient	16
Lectures conseillées	18
CHAPITRE 2 LES PULSIONS (PAUL DENIS)	21
Introduction	23
1 L'évolution de la théorie des pulsions chez Freud	24
1.1 Les pulsions libidinales	
1.2 La pulsion d'emprise	27
1.3 Les pulsions du moi et les pulsions d'auto-conservation	27
1.4 L'opposition entre les pulsions et le narcissisme	28
1.5 Le principe de plaisir-déplaisir et le principe de réalité	29
1.6 Pulsions de vie et pulsion de mort	30

2	Pulsions, représentations et constitution du moi	31
3	La représentation	33
4	Les dysfonctionnements pulsionnels	34
5	Pulsion et relation d'objet	35
	Lectures conseillées	36
CHAPITRE 3	LE RÊVE DANS LA PRATIQUE DES CLINICIENS (ALBERTO KONICHECKIS)	37
	Introduction	39
	Prédestination	40
1	L'interprétation des rêves	41
	1.1 Une méthode	41
	1.2 Accomplissement d'un souhait	42
	1.3 Le travail du rêve	43
	1.4 Une psychologie	45
2	Les suites	47
	2.1 Accomplissement hallucinatoire du souhait et compulsion de répétition	47
	2.2 Le négatif du souhait	49
3	Clinique et technique, écran du rêve, transfert-contre-transfert	50
	3.1 Écran du rêve et situation psychanalytique	50
	3.2 Transfert-contre-transfert, nouvelle voie royale vers l'inconscient	52
4	Créations de sens	53
	4.1 Rêve : création de significations	53
	4.2 Narcissisation et subjectivation	55
	Conclusion : l'élaboration psychique	56
	Lectures conseillées	57
CHAPITRE 4	LA PROJECTION (ANNIE BIRRAUX)	59
	Introduction	61
	Quelques notes sur la notion de « défense »	61

1 Espace de définition	62
1.1 Existe-t-il une projection « normale » ?	63
1.2 Recherche de sens, projection ou créativité ?	64
1.3 De l'ignorance au déni de savoir	65
1.4 Des tests projectifs et du mot « projeter » en psychologie	66
2 La projection chez Freud	67
2.1 Quelques repères	67
3 La projection à l'adolescence	68
3.1 Un préalable	68
3.2 Projection et adolescence	69
Lectures conseillées	71
CHAPITRE 5 L'IDENTIFICATION (JEAN-YVES CHAGNON)	73
Introduction	75
1 Définitions	76
2 Revue de la littérature	77
2.1 L'identification chez Freud	77
2.2 La notion d'identification chez les post-freudiens	84
Conclusion	88
Lectures conseillées	88
CHAPITRE 6 LES FANTASMES (THIERRY BOKANOWSKI)	91
Introduction	93
1 Le fantasme, objet de la psychanalyse	94
2 Bref historique de la naissance du concept de « fantasme inconscient »	95
3 Fantômes et rêves	97
4 La question du désir	98
5 L'action du refoulement	99
6 Fantasme et ordre pulsionnel	100

7	Théories sexuelles infantiles	102
8	Organisation et structure fantasmatique	103
9	Les fantasmes originaires	104
10	La cure analytique	106
	Conclusion	107
	Lectures conseillées	108
CHAPITRE 7 LES MÉCANISMES DE DÉFENSE		
	(ALINE COHEN DE LARA, JEAN-YVES CHAGNON)	111
	Introduction : les concepts de défense et de mécanismes	112
1	Les mécanismes de défense névrotiques	114
	1.1 Le refoulement	114
	1.2 L'annulation rétroactive	116
	1.3 L'isolation	117
2	Les formations réactionnelles	118
3	Renversement dans le contraire et retournement sur soi	120
4	Identification à l'agresseur	120
5	La régression, la sublimation, l'identification	121
6	Les mécanismes de défense primitifs	121
	6.1 Le déni de réalité, le clivage du moi et la projection chez Freud	122
	6.2 Les mécanismes de défense chez M. Klein	128
	6.3 Les mécanismes primitifs chez les auteurs contemporains	130
	Lectures conseillées	131
CHAPITRE 8 LE CONCEPT D'INFANTILE DANS LA CLINIQUE		
	PSYCHANALYTIQUE (FLORENCE GUIGNARD)	135
1	La part inconsciente du fonctionnement psychique dans la rencontre analytique	137
2	Les deux logiques de la vie psychique	138
3	L'infantile	139
	3.1 De l'adjectif au substantif : naissance du concept d'Infantile	139

3.2	L'infantile chez Freud et chez Ferenczi	139
3.3	Définir l'Infantile	140
4	Statut de l'infantile chez le psychanalyste en exercice	141
4.1	L'analyse du psychanalyste : avec ou sans fin ?	142
5	Fonctionnement de l'infantile dans le travail du psychanalyste tâches aveugles et interprétations-bouchons	144
5.1	Les tâches aveugles	145
5.2	Le travail sur les tâches aveugles : un travail en après-coup	147
5.3	Les interprétations-bouchons	148
	Conclusion	150
	Lectures conseillées	151
CHAPITRE 9	LE NARCISSISME (FRANÇOISE NEAU)	153
	Introduction	155
1	Le narcissisme dans l'œuvre de Freud	156
1.1	Avant 1914	156
1.2	Les caractéristiques du narcissisme dans l'article de 1914	156
1.3	Le narcissisme de 1915 à 1920	158
1.4	Le narcissisme après l'introduction de la pulsion de mort en 1920	159
2	Destins post-freudiens du narcissisme	161
2.1	Heinz Kohut	161
2.2	Jacques Lacan	162
3	L'axe du narcissisme dans la clinique	163
3.1	L'axe narcissique dans la psychopathologie	163
3.2	Organisations narcissiques et troubles narcissiques graves de la personnalité et du comportement	165
	Conclusion	166
	Lectures conseillées	166
CHAPITRE 10	LE COMPLEXE D'ŒDIPE OU LA QUESTION DES ORIGINES (FRANÇOIS MARTY)	169
	Introduction	171

1	Œdipe dans la mythologie	172
2	L'œdipe dans la théorie freudienne	173
2.1	Le complexe nucléaire des névroses	176
2.2	Le déclin du complexe d'Œdipe	176
2.3	Deuxième théorie de l'œdipe	179
3	Après Freud	180
3.1	La question des origines n'est pas mythique mais fantasmatique	182
3.2	Le complexe et le mythe d'Œdipe	182
	Conclusion	183
	Lectures conseillées	184
CHAPITRE II LA NÉVROSE (ALINE COHEN DE LARA)		187
1	Rappel historique	189
2	Débats actuels	190
3	La névrose et la psychanalyse	191
3.1	L'unité structurale des névroses de transfert	192
3.2	Sexualité infantile et reconstruction après-coup	193
3.3	Le conflit intra-psychique	194
3.4	Symptôme et angoisse	194
4	Les formes cliniques de la névrose	195
4.1	La névrose hystérique	196
4.2	La névrose obsessionnelle ou névrose de contrainte	198
4.3	La névrose phobique ou hystérie d'angoisse	200
5	La thérapeutique	200
	Lectures conseillées	201
CHAPITRE I2 LES PSYCHOSES (PIERRE SULLIVAN)		203
1	Devenir psychotique	205
1.1	La réalité	206
1.2	La sexualité	209
1.3	Les fantasmes originaires	211

2	Les psychoses	213
2.1	Schizophrénie et paranoïa	213
2.2	Autisme, manie et mélancolie	215
2.3	Narcisse	216
3	Thérapeutique	218
	Lectures conseillées	219
CHAPITRE 13 LES ÉTATS LIMITES (CATHERINE AZOULAY)		221
	Introduction	223
1	Historique du concept d'état limite	223
2	Premières pierres théoriques freudiennes à l'édification du concept	224
2.1	La théorie freudienne du narcissisme (1914)	224
2.2	L'élaboration du concept de clivage du moi (1917-1938)	225
3	Les conceptions des principaux courants psychanalytiques contemporains	225
3.1	Apports de la psychanalyse américaine	225
3.2	Apports de la psychanalyse anglo-saxonne	226
3.3	Contributions de la psychanalyse française	227
4	Spécificités cliniques des états limites	228
4.1	Pathologie de l'intériorité	228
4.2	Porosité des limites	229
4.3	Temporalité	229
4.4	Angoisse dépressive	230
4.5	Mécanismes de défense primaires	230
5	Principales expressions psychopathologiques	232
5.1	La violence et l'agir	232
5.2	Les conduites de dépendance	233
5.3	La régression somatique	233
6	Thérapeutique	234
	Conclusion	234
	Lectures conseillées	235

CHAPITRE 14 LA DÉPRESSION (BENOÎT VERDON)	237
Introduction	239
1 Clinique de la dépression	241
1.1 Une saisie psychopathologique et nosographique	242
1.2 Une problématique des causalités	244
2 Métapsychologie de la dépression	245
2.1 Deuil et mélancolie	245
2.2 Les positions schizo-paranoïde et dépressive	246
2.3 Dépression et dépressivité	247
3 Dégagements psychopathologiques	248
3.1 Les troubles bipolaires	248
3.2 Les organisations limites, narcissiques et perverses	248
3.3 La névrose	249
4 Compréhension, évaluation	250
Lectures conseillées	251
CHAPITRE 15 COMPLEXITÉ ET PARADOXES DU TRANSFERT (RENÉ ROUSSILLON)	255
Introduction	257
1 Transfert et associativité	257
2 Transfert, refoulement et histoire	259
3 Les processus de transformations et le transfert	261
4 Spécificité du transfert dans l'analyse	262
5 L'analysabilité de la configuration transférentielle	263
5.1 Paradoxe du transfert induit-spontané	264
5.2 Analyser, symboliser	264
5.3 Transfert historique, transfert structural	265
5.4 Un autre paradoxe dans l'interprétation du transfert	266
6 Formes et enjeux du transfert en analyse	267
6.1 Transfert sur le cadre	267
6.2 Transfert paternel, transfert maternel : transfert selon l'objet	268

6.3	Transfert positif, transfert négatif	269
6.4	Transfert selon le temps de référence de la « situation historique »	270
7	Complexité du transfert : la constellation transférentielle	271
	Lectures conseillées	272
CHAPITRE 16 LE CONCEPT DE TRAUMATISME EN PSYCHANALYSE		
(THIERRY BOKANOWSKI)		275
Introduction		277
1	Un concept central dans l'œuvre freudienne	278
1.1	Une première période qui va de 1895 à 1920	279
1.2	À partir de 1920	280
1.3	À partir de 1939	280
2	De quelques autres auteurs qui ont contribué à une métapsychologie du trauma en rapport aux liens primaires à l'objet	281
2.1	Sándor Ferenczi	281
2.2	Donald Woods Winnicott	283
2.3	Masud Kahn	283
2.4	Sára et César Botella	283
3	Le traumatisme aujourd'hui	284
3.1	Les traumatismes organisateurs	285
3.2	Les traumatismes désorganiseurs, ou traumas	287
4	Traumatisme, traumatique, trauma : trois versions métapsychologies	289
4.1	Le traumatisme	289
4.2	Le traumatique	290
4.3	Le trauma	290
	Lectures conseillées	290
	Index des notions	293
	Index des auteurs	299

INTRODUCTION¹

Pourquoi un tel recueil ? Ni traité (de psychopathologie), ni dictionnaire (des idées), ni vocabulaire (de psychanalyse), ni manuel (de psychologie), ces *Concepts fondamentaux de la psychologie clinique* associent le style propre à chacun de ces genres : à la fois explicitations terminologiques, approches cliniques et psychopathologiques, revues de la littérature, points de vue personnels des auteurs. Finalement, en s'inscrivant dans l'histoire des idées, l'ouvrage montre le chemin parcouru et ouvre de nouvelles perspectives sur des notions fondamentales dans le champ de la psychologie clinique. Utile pour l'étudiant comme pour le professionnel – clinicien, universitaire et chercheur –, cet ouvrage intéressera aussi bien les psychiatres que les psychologues, les travailleurs sociaux (assistants sociaux et éducateurs, notamment) que les enseignants des collèges et lycées. Bien des psychanalystes trouveront également dans ces pages des rappels certes, mais aussi des points de vue originaux et novateurs qui aideront ces lecteurs exigeants à renouveler leur approche des thèmes qui ont été sélectionnés ici.

Les *Concepts fondamentaux* répondent à une attente forte d'une définition à la fois rigoureuse et vivante, théorique et clinique des principaux concepts qui sont à l'œuvre dans la pratique. Il s'agit moins d'une somme que d'une sélection de concepts qui, par leur importance même, s'imposent comme des repères fondamentaux qui aident le lecteur à penser la réalité clinique. Si tous les concepts ne sont pas rassemblés ici, les plus importants y sont abordés. La cohérence épistémologique des références développées dans cet ouvrage ne s'inscrit pas dans un courant de pensée qui verrait s'amalgamer tous les horizons, tous les points de vue, comme s'il était possible et même souhaitable que le lecteur fasse son marché aux idées, prenant tel point, rejetant tel autre, comme si tout était équivalent et interchangeable. Ici, le parti pris est inverse : c'est la cohérence interne, propre à une théorie bien déterminée, qui préside à l'organisation de l'ensemble de l'ouvrage. Le choix des items s'inscrit dans cette logique-là. En approfondissant une notion, chaque auteur développe sa pensée et s'inscrit en même temps dans un ensemble théorique plus vaste qui

1. Par François Marty.

couvre la plupart des territoires que le clinicien est amené à rencontrer dans sa pratique. Il s'agit d'apporter un point de vue documenté et approfondi, bien situé au plan théorique et bien articulé aux réalités cliniques.

Qu'est-ce que la psychologie clinique ? Au-delà de la diversité des définitions possibles, la psychologie clinique postule l'existence de la réalité psychique. Elle tente de comprendre la diversité des modes de fonctionnement des personnes, comme elle tente d'appréhender les différentes façons que ces personnes utilisent pour se penser comme sujets de leurs actions et de leur vie. Elle est donc bien plus qu'une phénoménologie, bien plus qu'une simple description de l'action, des conduites et des comportements humains. Elle prétend donner sens à ce qu'elle observe pour l'organiser dans un ensemble cohérent où le sujet – notion difficile à appréhender – serait au centre de ce dispositif, avec son caractère unique, ce qui fait dire que la clinique est l'art du singulier et qu'elle procède au cas par cas. L'objectivité de la méthode clinique s'appuie essentiellement sur la subjectivité du clinicien, sur sa capacité à rendre compte de ce qu'il éprouve en situation clinique avec un patient. Moins un sujet communiqué, plus le clinicien doit faire appel à sa capacité à expliciter ce qu'il ressent lui-même dans cette situation, plus il doit faire appel à l'analyse de sa position contre-transférentielle. La compréhension passe dans ces cas par l'analyse de la subjectivité du clinicien, comme si elle lui servait de guide dans l'exploration d'un territoire inconnu.

La singularité de ce dispositif repose sur l'idée que plus l'analyse de la situation clinique (celle d'un cas) est approfondie, plus ses conclusions sont applicables, généralisables à l'ensemble des cas ; plus elle est singulière, plus elle est universelle. Contrairement à la méthode expérimentale qui, elle, tire sa validité de l'accumulation de données (méthode quantitative), la méthode clinique tire la sienne de la qualité et de la profondeur de l'observation et donc de la qualité de la formation de l'observateur et de l'excellence de ses outils d'observation ainsi que celle de la méthode utilisée pour le recueil des données. Cependant, la méthode clinique ne néglige pas l'aspect quantitatif, dans la mesure où ses observations et les conclusions qu'elles permettent reposent en réalité sur des centaines, voire sur des milliers d'heures passées à écouter des patients, comme le rappelle fort justement D.W. Winnicott. Sans parler de la nécessité de confronter sa pratique et les interrogations qu'elle comporte avec un tiers expérimenté. La multiplicité des observations et celle des séances de supervision, que toute bonne formation clinique suppose, représentent au final une accumulation de données considérable dont il faut tenir compte pour évaluer ces pratiques. La qualité de l'observation dépend aussi de la pertinence de la théorie que l'observateur utilise. Pour ce qui concerne la psychologie clinique, telle que nous venons de la définir, seule la théorie psychanalytique permet au clinicien de disposer d'un cadre de pensée suffisamment pertinent, structuré et cohérent. Elle offre, en effet, un ensemble de repères permettant à celui qui s'y réfère d'appréhender et de « lire » un vaste champ clinique. Son avantage décisif sur les autres théories tient au

fait qu'elle nous introduit à l'hypothèse de l'Inconscient, telle que Freud l'a définie, avec ses lois et ses règles de fonctionnement. Non seulement les conduites humaines ont un sens, mais ce sens est à chercher – au-delà (ou en deçà) de la manifestation de ces conduites – dans l'activité pulsionnelle du sujet (sa sexualité infantile) telle qu'elle se déploie tout au long de la vie dans son interaction avec l'environnement.

Au moment où certains courants de pensée exhortent les cliniciens à ne se référer à aucune théorie (*cf.* le DSM IV R) – comme s'il pouvait y avoir des observations naïves – nous proposons au contraire d'engager fermement le lecteur dans une réflexion structurée, organisée par la référence à une théorie qui donne toute sa cohérence aux faits observés. La théorie donne l'intelligence des faits, même si, comme le disait J.-M. Charcot, « La théorie, ça n'empêche pas d'exister ». Car au final, la théorie est toujours à reconsidérer parce que ce sont les faits qui ont toujours raison. La théorie n'a pas réponse à tout. Elle n'est qu'une approximation de la réalité dont elle est censée rendre compte. Elle donne la mesure de notre incapacité (provisoire) à proposer une explication (exacte) aux choses. L'histoire des idées témoigne de la vanité des théories qui ne durent parfois que l'espace de la vie de leur créateur. Mais, avec cette imperfection même, la théorie est indispensable au clinicien, comme au physicien, pour penser la réalité sur laquelle il s'interroge. Elle le guide et l'aide à organiser sa pensée. Pour trouver sa validité, la psychologie clinique doit être armée ; elle doit pouvoir compter sur une réflexion qui envisage l'ensemble de la vie psychique, réflexion qui donne au clinicien des repères pour entendre et comprendre ce qu'il perçoit. De cette théorie dépendent, en psychologie clinique, les modalités thérapeutiques qui seront proposées au patient. Le sujet n'est pas réductible à l'ensemble de ses fonctions. Il est aux prises avec son histoire, en quête d'un sens à donner à son existence. Mais cette activité de repérage de soi est inlassablement menacée par la vie pulsionnelle qui, elle, ne connaît que la quête de sa propre satisfaction.

C'est ce cadre de pensée que nous exposons ici à partir de notions qui nous paraissent incontournables parce qu'elles sont au fondement même de l'activité psychique et de la clinique. Le choix des concepts fondamentaux retenus dans l'ouvrage s'organise ainsi autour de cinq axes :

- 1) les notions clés qui permettent de penser le fonctionnement psychique : l'inconscient, la pulsion, le rêve, la projection, l'identification, le fantasme, les mécanismes de défense ;
- 2) les principes d'organisation dynamique de la psyché : l'infantile, le narcissisme et le complexe d'Œdipe ;
- 3) les modalités d'organisation de la vie psychique dans la diversité des situations cliniques rencontrées, ses différents registres de fonctionnement au plan psychopathologique : névroses, psychoses, états limites, dépression ;
- 4) la répétition et le levier du changement : le transfert ;

5) le traumatisme, enfin, comme concept central dans l'œuvre freudienne et dans la clinique au quotidien.

Tous les auteurs de l'ouvrage ont une authentique orientation psychanalytique et exercent la psychanalyse, la plupart sont universitaires, enseignants et chercheurs. Ils prolongent par cet ouvrage leurs activités de passeurs, de transmetteurs d'une théorie vivante parce que quotidiennement mise à l'épreuve, interrogée dans la pratique.

Chapitre 1

L'INCONSCIENT

INTRODUCTION¹

La définition négative de l'inconscient comme non-conscient lui donne un sens très large. Historiquement, les limites de la conscience et de la volonté ont conduit les philosophes du sujet à faire place à la notion d'inconscient, de préconscient ou de subconscient. Dans la problématique classique des rapports du corps et du psychique, trois catégories sont généralement distinguées : la représentation (la connaissance), le vouloir (l'action volontaire) et la passion (l'affection) : toutes impliquent la dimension inconsciente.

L'intérêt pour les forces obscures en jeu dans les passions humaines, le rêve et la folie, prit une grande place au XIX^e siècle, notamment dans le romantisme allemand, dans la philosophie et la littérature. La pratique et la théorie du magnétisme animal, illustrée par le médecin autrichien F.A. Mesmer (1734-1815), suscita un grand intérêt, de même que, sur le plan scientifique, la psychophysiologie expérimentale et la clinique des automatismes et des dissociations de la conscience. Avec le baquet de Mesmer, il s'agissait de capter, en vue de la guérison, les forces du « magnétisme animal ». Les traitements par l'hypnose en ont été l'héritage. Les effets spectaculaires de la suggestion hypnotique, notamment de la suggestion post-hypnotique qui induit l'hypnotisé à faire ensuite, en donnant de fausses raisons (la rationalisation), ce qui lui a été ordonné, illustrent l'existence de l'inconscient, son pouvoir d'abolition de la conscience et de la volonté dans la dépendance à l'autorité de l'hypnotiseur.

C'est dans ce contexte et avec ces références initiales que Freud établit la théorie psychanalytique de l'inconscient à partir du traitement des hystériques. En 1917, Freud écrivait à Groddeck : « L'inconscient est la médiation correcte entre le corporel et le spirituel, peut-être le “*missing link*” qui a manqué si longtemps. »

À La Salpêtrière, J.-M. Charcot, célèbre neurologue spécialiste de l'hypnose des hystériques, accueillit Freud et l'incita à poursuivre ses travaux du côté de l'étiologie de l'hystérie. Les thèses de l'époque sur la dégénérescence

1. Par Bernard Brusset.

et l'hérédosyphilis n'excluaient pas le rôle de « la chose génitale » et l'étiologie traumatique. Cette dernière conception fonda la méthode hypno-cathartique décrite par Freud et Breuer en 1895 (*Études sur l'hystérie*). Le cas d'une jeune fille hystérique (Anna O.), traitée en 1880 et 1881 par Breuer, suscita un grand intérêt chez Freud et ils publièrent ensemble la *Communication préliminaire* (1893, rééditée en 1895 dans *Études sur l'hystérie*). Des représentations liées à des traumatismes sexuels anciens, à défaut d'issues dans la vie psychique consciente, déterminaient de nombreux symptômes que les auteurs expliquèrent par des « réminiscences » non liquidées. La disparition des symptômes était attribuée à la catharsis par l'hypnose.

Devant l'effet thérapeutique souvent inconstant, partiel et provisoire de l'hypnose, Freud abandonna cette forme de traitement des hystériques, mais il continua à s'interroger sur le phénomène qui devait le conduire à la théorie du transfert, et d'abord à celle de la dynamique de l'inconscient pulsionnel. Surtout, il découvrit l'efficacité, dans la remémoration des traumatismes refoulés, d'une nouvelle méthode : la libre association des idées qui devint la règle fondamentale de la psychanalyse. Acceptant la demande d'une de ses patientes de la laisser parler, Freud renonça à l'activisme thérapeutique qui jusqu'alors multipliait les moyens supposés thérapeutiques : outre l'hypnose, les massages, les bains, les médicaments, les manipulations et les chantages. C'est à partir de là que la psychanalyse, comme pratique thérapeutique de l'interprétation, fut découverte et instituée : « Il s'agissait maintenant de concevoir le matériel que les idées incidentes des patients fournissaient, comme s'il renvoyait à un sens caché, de deviner ce sens à partir de lui. L'expérience montra bientôt que le médecin analysant se comporte ici de la façon la plus appropriée s'il s'abandonne lui-même, dans un état d'attention en égal suspens, à sa propre activité d'esprit inconsciente, évite le plus possible la réflexion et la formation d'attentes conscientes, ne veut, de ce qu'il a entendu, rien fixer de façon particulière dans sa mémoire, et capte de la sorte l'inconscient du patient avec son propre inconscient. » (Freud, 1923b). Cette phrase qui définit la méthode par le fonctionnement psychique attendu du patient, et aussi celui de l'analyste, est fondatrice. Elle a donné lieu à de nombreux commentaires. Elle situe clairement la pratique de la psychanalyse dans un mode de relation particulier qui suppose l'effacement de l'analyste comme personne au service de l'écoute métapsychologique de la parole du patient. En découlent logiquement l'importance de la formation de l'analyste et ce qui deviendra la deuxième règle fondamentale de la psychanalyse : l'analyse personnelle du futur analyste (règle définie par Ferenczi).

La théorisation ouverte et sans cesse remaniée de l'inconscient psychanalytique chez Freud et chez ses héritiers est directement liée à l'expérience de la pratique psychanalytique, de ses échecs, de ses difficultés et de ses succès. Elle est d'abord une théorie de cette pratique, mais elle utilise de nombreuses sources de connaissance de l'âme humaine dans les sciences, la culture, les mythes, les arts.