



**UNIL** | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

---

*Year : 2012*

## HYPERESTHÉSIE ET APAISEMENT Aspects historiques et psychologiques

Revaz Olivier

Revaz Olivier, 2012, HYPERESTHÉSIE ET APAISEMENT Aspects historiques et  
psychologiques

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive.  
<http://serval.unil.ch>

### **Droits d'auteur**

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

### **Copyright**

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

**HYPERESTHÉSIE ET APAISEMENT**  
**Aspects historiques et psychologiques**

THÈSE DE DOCTORAT

présentée à la

Faculté des Sciences Sociales et Politiques  
de l'Université de Lausanne

pour l'obtention du grade de

Docteur en psychologie

par

Olivier Revaz

Directeur de thèse  
Prof. Samuel Berthoud

Jury

Prof. Vincent Barras, Université de Lausanne  
Prof. Pascal Roman, Université de Lausanne  
Christine Rebourg-Roesler, Maître de Conférence, Université de Nancy 2

LAUSANNE  
2012



UNIL | Université de Lausanne

Faculté des sciences  
sociales et politiques

### IMPRIMATUR

Le Conseil de la Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne, sur proposition d'un jury formé des professeurs

- Samuel BERTHOUD, directeur de thèse, Professeur à l'Université de Lausanne
- Pascal ROMAN, Professeur à l'Université de Lausanne
- Vincent BARRAS, Professeur à l'Université de Lausanne
- Christine REBOURG-ROESLER, Maître de conférence à l'Université de Nancy II

autorise, sans se prononcer sur les opinions du candidat, l'impression de la thèse de Monsieur Olivier REVAZ, intitulée :

**« Hyperesthésie et apaisement : aspects historiques et  
psychologiques » .**

Lausanne, le 16 avril 2012

**Le Doyen de la Faculté**



Professeur  
René Knüsel

## **Hyperesthésie et apaisement : aspects historiques et psychologiques**

### **Résumé**

L'auteur fait une synthèse des contributions, actuelles ou passées, décrivant la tendance chez un individu à exacerber ses sensations (hyperesthésie), agréables ou douloureuses, y compris les éprouvés émotionnels. Il met l'accent sur l'effet antagoniste ou inhibiteur que les sensations peuvent avoir les unes sur les autres. Puisque l'angoisse implique, elle aussi, une dimension sensorielle, il insiste sur le but paradoxal d'apaisement et donc défensif qui peut motiver la recherche de sensations, en se référant à la notion de « procédé autocalmant » développée par l'école psychosomatique de Paris.

Ce travail se divise en deux parties consacrées respectivement à l'enfant et à l'adulte, elles-mêmes déclinées sur deux versants, l'un « normal » et l'autre pathologique. Il y est question :

- des comportements de l'enfant susceptibles d'être produits pour les sensations apaisantes qu'ils procurent : succion, ingestion d'aliments, balancement, masturbation, etc. ;
- des auto-agressions dans certains troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent ;
- de l'hypersensibilité ou émotivité dans les typologies du tempérament ou du caractère proposées dans l'histoire ; de la passion également, envisagée comme un embrasement lui aussi potentiellement défensif ;
- de deux parmi les troubles de l'adulte qui ont le plus été décrits en termes d'hyperesthésie, à savoir l'hystérie et la manie.

Il s'agit d'un travail théorique, qui intègre des aspects historiques, et qui peut servir de base à des explorations cliniques ou des recherches plus spécifiques.

## **Hyperesthesia and alleviation : historical and psychological aspects**

### **Abstract**

The author presents a summary of past and recent publications describing the disposition in the individual to exacerbate sensations (hyperesthesia), whether pleasurable or painful, including emotional experiences. He emphasizes the possible opposing or inhibiting action these sensations can have between them.

As anxiety also implies a sensory dimension, the author underlines the paradoxically alleviating, and hence defensive purpose driving the pursuit of sensations, by reference to the notion of self-soothing procedures (*procédés auto-calnants*), conceptualized by the Paris Psychosomatic School.

This paper is split into two parts focusing on childhood and adulthood respectively, each in its turn concentrating on both the « normal » and pathological aspects. Topics covered include :

- behaviours that children may engage in for the soothing effects they produce ; sucking, consumption of food, body rocking, masturbation, etc.;
- self-harm in some cases of developmental disorders in children and adolescents;
- hypersensitivity and emotivity as described in historical temperament and character types ; passion, also regarded as another defensive excitement;
- two of the most commonly described disorders in adults, namely hysteria and mania.

This paper is a theoretical research incorporating historical aspects, which can be used as a basis for clinical or further more specific research.



*À Frieda Rossel*

## Remerciements

À Monsieur le Professeur Samuel Berthoud, notre Directeur de thèse, pour son accompagnement tout au long de ce travail et ses éclairages puisés dans ses connaissances approfondies de l'histoire des idées en psychologie.

À Monsieur le Professeur Nicolas Duruz, à l'instigation duquel ce travail de thèse a été entrepris.

À Monsieur le Professeur Thierry de Saussure, auprès duquel nous avons appris l'enrichissement potentiel de la confrontation et du dialogue entre des approches et des discours traitant de l'humain à partir de points de vue différents.

À Frieda Rossel, dont la liberté de pensée, la sagacité et l'intelligence en éveil permanent, ont inspiré nos réflexions et ne cessent jamais de nous stimuler.

À Odile Husain, épaulée de « grande sœur », pour son soutien de toujours depuis l'autre côté de l'Atlantique, et parfois aussi lors de rencontres toujours trop brèves.

À Christine Rebourg-Roesler, dont l'intuition concernant l'investissement des sensations dans la manie a été un déclencheur dans notre motivation à explorer ce thème.



# HYPERESTHÉSIE ET APAISEMENT

## Aspects historiques et psychologiques

INTRODUCTION.....	11
-------------------	----

### Première partie :

## L'HYPERESTHÉSIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

<b>I. LES SENSATIONS APAISANTES DANS LE DÉVELOPPEMENT « NORMAL » DE L'ENFANT.....</b>	<b>17</b>
I.1. LES SENSATIONS DANS LE TEMPÉRAMENT DU NOURRISSON.....	19
I.2. L'INGESTION D'ALIMENTS ET LA SATIÉTÉ .....	21
I.3. LA SUCCION OU LE SUÇOTEMENT.....	26
I.4. LE BERCEMENT ET LE BALANCEMENT.....	35
I.5. LA MASTURBATION .....	39
I.6. L'AGRIPPÉMENT ( <i>GRASPING</i> ) ET LA RECHERCHE DE CONTACT AVEC LA MÈRE .....	43
I.7. LES « CONDUITES AUTO-OFFENSIVES » .....	48
I.8. L'OBJET TRANSITIONNEL : UN OBJET DE SENSATION.....	51
I.9. SENSATIONS ET APAISEMENT DANS LE DÉVELOPPEMENT NORMAL : QUESTIONS OUVERTES ....	52
I.9.1. peut-on établir une hiérarchie des registres sensoriels ?.....	52
I.9.2. Activités de substitution et procédés autocalmants .....	53
<b>II. L'EXACERBATION DES SENSATIONS DANS LES TROUBLES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT.....</b>	<b>57</b>
II.1. LA SURENCHÈRE DES SENSATIONS DANS L'AUTISME ET LES TROUBLES GRAVES DU DÉVELOPPEMENT.....	57
II.1.1. Modèles neurobiologiques .....	57
II.1.1.a. L'antagonisme entre sensibilité périphérique et sensibilité viscéro-tonique (Wallon).....	58
II.1.1.b. Les bases biologiques de l'autostimulation.....	61
II.1.1.c. Le rôle de l'endorphine.....	63
L'antagonisme entre les systèmes sérotoninergique et dopaminergique.....	63
L'hypothèse de l'analgésie.....	64
L'hypothèse de l'addiction aux opioïdes endogènes.....	65
II.1.1.d. Discussion : le scepticisme des biologistes eux-mêmes .....	66
II.1.2. Modèles psychologiques .....	67
II.1.2.a. Des sensations de plaisir .....	68
II.1.2.b. Des sensations compensatoires.....	70
Le surinvestissement des sens proximaux .....	71
L'autosensorialité autistique (Tustin) .....	72
La recherche de la sensation d'exister .....	75
II.1.2.c. Des sensations « neutralisantes » .....	77
Le démantèlement et la recherche d'impressions esthétiques (Meltzer) .....	77
L'antagonisme entre les sensations .....	79
Le paradoxe de l'hyperesthésie anesthésiante .....	79
II.1.2.d. Des sensations expiatoires .....	80
II.1.2.e. Des sensations de mort et de destruction .....	81
II.1.2.f. Des sensations non recherchées ?.....	83
Les automutilations comme langage ou comme manipulation .....	86
II.1.2.g. Discussion : l'importance du facteur de complexité des comportements.....	87
II.2. HYPERACTIVITÉ ET RECHERCHE DE SENSATIONS .....	90
II.3. LES AUTOMUTILATIONS À L'ADOLESCENCE.....	92

<b>III. DISCUSSION</b> .....	<b>97</b>
III.1. SIGNIFICATION DU CALME ET DE LA RÉPÉTITION .....	97
III.1.1. Statut métapsychologique de la paix psychique et du procédé autocalmant .....	97
III.1.2. Signification de la répétition.....	101
III.2. UNITÉ ET DIVERSITÉ DES SENSATIONS APAISANTES.....	103
III.2.1. Polysémie de l'hyperesthésie.....	103
III.2.1.a. Présence ou absence du vécu d'enveloppe corporelle.....	104
III.2.1.b. Sensations en rapport avec l'apaisement du maternage .....	104
III.2.2. Similitude entre les sensations apaisantes .....	106

## **Deuxième partie : L'HYPERESTHÉSIE CHEZ L'ADULTE**

<b>IV. SENSATIONS ET CARACTÈRE</b> .....	<b>111</b>
IV.1. L'HYPERESTHÉSIE DANS LA CARACTÉROLOGIE.....	111
IV.1.1. De l'Antiquité à l'âge moderne .....	111
IV.1.2. Les conceptions issues de la neurophysiologie .....	123
IV.1.3. Les conceptions psychologiques : le caractère émotif.....	129
IV.1.3.a. La conception de Malapert .....	133
IV.1.3.b. Les modèles issus de l'analyse factorielle.....	135
IV.1.3.c. Hyperesthésie et extraversion : la typologie de Jung .....	136
IV.1.4. Discussion : du physiologique au psychologique, du catégoriel au dimensionnel.....	140
IV.2. L'ÉLOGE DES PASSIONS.....	148
IV.2.1. Du côté des philosophes et des moralistes.....	149
IV.2.2. Du côté des médecins .....	158
IV.2.3. Du côté des aliénistes .....	163
IV.2.4. Du côté des psychanalystes .....	168
IV.2.5. Discussion : les passions, remède contre les passions .....	171
<b>V. SENSATIONS ET TROUBLES PSYCHIQUES</b> .....	<b>174</b>
V.1. HYPERESTHÉSIE ET HYSTÉRIE .....	175
V.1.1. L'hyperesthésie hystérique au XIX <sup>e</sup> siècle .....	177
V.1.2. Névrose ou psychose, pensée symbolique ou trouble de la pensée ?.....	183
V.1.3. Discussion : différents niveaux de mentalisation dans la « nébuleuse » hystérique.....	191
V.2. HYPERESTHÉSIE ET TROUBLES DE L'HUMEUR .....	200
V.2.1. La manie antique : une perturbation non-spécifique des émotions.....	201
V.2.2. La manie des aliénistes : le trouble d'une faculté .....	207
V.2.3. De la cycloïdie (Kretschmer) à la syntonie (Bleuler) : hyperesthésie maniaque et rapport à la réalité .....	211
V.2.4. La défense maniaque contre l'angoisse .....	216
V.2.5. La redécouverte de l'hyperesthésie.....	222
V.2.6. Discussion : deux niveau de polarité ?.....	224
V.3. OUVERTURES .....	225
<b>VI. SYNTHÈSE ET CONCLUSION</b> .....	<b>228</b>
<b>INDEX DES NOMS D'AUTEURS</b> .....	<b>239</b>
<b>INDEX DES MATIÈRES</b> .....	<b>242</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>249</b>



## INTRODUCTION

Notre intérêt pour la question des sensations a été éveillé par la pratique des méthodes projectives, qui met en évidence tantôt leur absence dans le discours du sujet, tantôt leur apparition, avec des degrés de mentalisation divers, et tantôt leur omniprésence. Ce qui soulevait la question du sens que peut prendre chacun de ces cas de figure dans l'organisation de la personnalité.

Le champ que recouvre la notion de « sensation » n'est évidemment pas sans poser problème, et nous adopterons une définition plutôt large, quitte à établir ensuite des distinctions, plutôt que de délimiter arbitrairement le domaine *a priori*, avec le risque d'exclure des liens pertinents.

Dans cette perspective, nous retiendrons la définition de la sensation que proposent Despinoy et Pinol-Douriez (2002) :

Mais qu'appelle-t-on sensation ? Il s'agit d'un terme polysémique qui relève de champs notionnels différents mais dont les voisinages, ainsi produits par le langage courant, peuvent faire réfléchir. En psychophysiologie expérimentale, la sensation se définit d'abord par sa source : l'excitation sensorielle. [...] Piéron (1957, 28-56) définit neuf modalités d'excitation sensorielle : les modalités "tactiles, vibratoires, thermiques, algiques, stato-dynamiques, sonores, lumineuses, sapides, odorantes". Le langage courant lie bien les sensations aux cinq sens mais utilise aussi le mot pour décrire les impressions émotionnelles, affectives, esthétiques, souvent idiosyncrasiques. Quant au vocabulaire médiatique, friand de sensationnel, il fait largement usage de ce terme "à sensation". Le "sensoriel" est entré, de façon tout à fait justifiée, dans le vocabulaire psychanalytique avec Castoriadis-Aulagnier (p. 7).

La parenté entre le « sensoriel » et le « sensationnel » n'est certainement pas le fruit d'un hasard linguistique. On pourrait être tenté de réduire le second à une métaphore du premier, comme si la stimulation sensorielle et la stimulation émotionnelle n'étaient pas de même nature, mais que les sensations corporelles offraient une image permettant de se représenter le vécu émotionnel : « La sensation, en langage courant, est associée, contrairement à la perception, à une expérience émotionnelle : ressentir l'insécurité, l'étrangeté, le vide, le bonheur, ressentir du plaisir ou du déplaisir, etc. » (Despinoy et Pinol-Douriez, 2002, p. 8). Attribuer l'origine du lien entre sensations et émotions au langage courant tend à réduire ce lien à une analogie. C'est le terme qu'utilise Bion (1962), dans le domaine psychanalytique, lorsqu'il affirme : « Nous supposerons qu'il existe des impressions des sens d'une expérience émotionnelle *analogues* aux impressions des sens d'objets concrets » (souligné par nous). Mais jusqu'où va l'analogie ? Se limite-t-elle aux mots ou inclut-elle la nature des phénomènes qu'ils recouvrent ? Nous verrons par exemple que Wallon rattache les émotions

aux sensations, à partir d'un point de vue neurologique, et que Jung le fait d'un point de vue psychologique. Car le monde des émotions a des ramifications sensorielles concrètes : des émotions telles que la colère, la joie ou la peur, peuvent impliquer une modification du rythme cardiaque ou respiratoire, du rougissement, de la sudation, etc. La plupart de ces sensations pourraient probablement être rangées dans le champ de ce qui est appelé la cœnesthésie, même si celle-ci semble relativement mal définie, selon Reinhardt (1990) : « Cette notion, dont la compréhension est assez difficile, désigne tantôt le sentiment de l'existence, ou bien les sensations internes d'aise ou de malaise, ou bien exprime la notion d'un "sens du corps" » (p. 20). Si on se réfère à la distinction communément admise entre les domaines dits intéroceptif, proprioceptif et extéroceptif, les sensations liées aux émotions seraient à ranger, pour la plupart, dans le champ du domaine intéroceptif : celui-ci « concerne la sensibilité viscérale et de toutes les manifestations organiques, ce sont celles qui sont en rapport avec le tube digestif et l'alimentation qui semblent avoir le plus d'importance dans le développement psychique de l'enfant » (*ibid.*, p. 43). Le domaine proprioceptif, lui, serait davantage lié à l'équilibre, aux attitudes, à l'activité motrice, tandis que le domaine extéroceptif concernerait les excitations d'origine extérieure.

Nous parlerons d'hyperesthésie pour décrire l'exacerbation des sensations telles qu'elles sont définies ci-dessus, y compris donc les sensations accompagnant des vécus émotionnels. La pleine inclusion de ces dernières dans le champ des sensations a des répercussions sur la compréhension possible des motivations qui peuvent sous-tendre l'hyperesthésie. En effet, cette inclusion met l'accent sur les interactions entre sensations et émotions, et en particulier sur l'effet inhibiteur qu'elles peuvent avoir les unes sur les autres. Nous nous pencherons particulièrement sur l'effet atténuateur d'anxiété que peut produire l'hyperesthésie. En effet, notre objectif est de mettre en évidence le but paradoxal d'apaisement qui peut motiver la recherche de sensations.

Nous avons choisi de le faire sous un abord théorique, en explorant la littérature traitant de cette question, non seulement du point de vue actuel mais aussi sous l'angle historique. Cette entreprise s'est révélée ardue, car les références à l'hyperesthésie s'avèrent nombreuses, mais apparaissent de façon disséminée dans la littérature, peu d'ouvrages ou d'articles y étant spécifiquement ou explicitement consacrés.

Sur le plan psychologique, notre thème s'accorde bien avec l'optique psychodynamique, notamment du fait qu'il implique une dimension « défensive », et ne se limite pas au niveau

conscient. Néanmoins, notre cadre de référence ne se restreindra pas à la psychanalyse freudienne, dont nous critiquerons parfois le point de vue, ni même à la psychologie moderne. Le présent travail est celui d'un psychologue clinicien dont l'approche est psychodynamique, intéressé par l'histoire et par la philosophie, sans pour autant se prétendre ni historien, ni philosophe, ni même psychanalyste.

Dès lors, nous avouons un abord « profane » de l'histoire et de la philosophie, avec les inconvénients inhérents à cette ingénuité, en particulier des imprécisions et des présupposés naïfs, mais aussi avec les bénéfices du regard candide : l'histoire et la philosophie sont interrogées avec des questions simples formulées par un psychologue qui se demande quelles formes l'hyperesthésie a pu prendre dans le passé et comment on l'a comprise. Notre ambition n'est pas de brosser un portrait historique complet et représentatif de tous les courants en vigueur dans les différentes traditions philosophiques ou médicales en tenant compte de leurs influences réciproques, mais plus modestement de nous arrêter sur quelques exemples illustratifs par rapport à notre thème. Par exemple, nous n'avons pas confronté les différentes cultures psychiatriques de façon systématique, mais avons accordé davantage de place à l'évolution française d'une façon générale, avec un accent sur la psychiatrie germanique du début du XX<sup>e</sup> siècle en ce qui concerne la manie.

Ce travail se divise en deux parties consacrées respectivement à l'enfant et à l'adulte, elles-mêmes déclinées sur deux versants, l'un « normal » et l'autre pathologique :

– dans un premier temps, nous reprendrons certains comportements décrits classiquement dans le développement « normal » de l'enfant et susceptibles d'être produits pour les sensations apaisantes qu'ils procurent : la succion, l'ingestion d'aliments, le bercement et le balancement, la masturbation, l'agrippement et la recherche de contact avec la mère ou avec l'objet transitionnel (chap. I) ;

– ensuite, nous étudierons les stéréotypies auto-agressives et les automutilations dans le cadre de certains troubles du développement de l'enfant et de l'adolescent ; nous reprendrons ainsi les hypothèses qui comprennent paradoxalement les sensations (apparemment) douloureuses provoquées comme des sensations apaisantes (chap. II) ;

– après une discussion intermédiaire à propos de l'enfant (chap. III), nous nous consacrerons à l'adulte, en commençant également par un abord normal, où il ne sera donc plus question de développement mais de caractère : nous tenterons d'évaluer dans quelle mesure l'hyperesthésie a fait partie des typologies dégagées dans l'histoire (chap. IV.1) ; par ailleurs, dans cette partie consacrée à l'adulte « normal », il nous a semblé pertinent de consacrer un chapitre à la notion de passion, en nous interrogeant également sur la fonction paradoxalement apaisante que pourrait remplir l'embrassement passionnel (chap. IV.2) ;

– dans le versant pathologique de la partie consacrée à l'adulte (chap.V), nous étudierons l'investissement des sensations dans certaines catégories nosologiques ; nous nous arrêterons en particulier sur les deux tableaux qui ont le plus été décrits en termes d'hyperesthésie, à savoir l'hystérie (chap. V.I) et la manie (chap. V.II).

Comme on peut déjà le remarquer dans ce résumé, la double symétrie enfant/adulte et normal/pathologique ne sera respectée que dans la structure globale du plan, car au fil des chapitres, des dissemblances importantes apparaîtront entre les deux populations abordées. Tout d'abord, les aspects historiques prendront davantage de place dans la partie consacrée à l'adulte, en raison notamment du caractère relativement récent de la psychologie et de la psychiatrie de l'enfant. On peut invoquer des raisons similaires pour expliquer l'absence de référence aux passions chez l'enfant, car le crépuscule de la passion dans le champ psychologique et psychiatrique a coïncidé approximativement avec l'aube de la psychologie et de la psychiatrie infantile. De même, la notion de tempérament chez l'enfant ne sera que brièvement abordée, du fait de son apparition très récente, avortée de surcroît en Europe suite à la deuxième guerre mondiale, par le spectre de la récupération politique d'hypothèses constitutionnalistes (Hubain-Gayte, 2006).

Par ailleurs, il y a lieu de reconnaître évidemment que notre choix de développer davantage telle partie chez l'enfant ou chez l'adulte comporte une part d'arbitraire, liée à nos centres d'intérêts personnels et aux questions suscitées par le cheminement de nos lectures.

## **Première partie :**

# **L'HYPERESTHÉSIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

Toutes les descriptions du développement de l'enfant, que ce soit sur le plan cognitif ou affectif, donnent une place prépondérante aux sensations. On ne s'en étonnera guère, dans la mesure où l'univers de l'enfant s'avère essentiellement « sensori-moteur » au début de la vie (Piaget). Boubli et Konicheckis (2002) rappellent que « la sensorialité est le lieu des toutes premières rencontres entre l'être humain et son environnement » (p. 1), tout comme elle a été le premier objet d'étude de la psychologie dite « scientifique ». Dès lors, il est difficile de faire la part des choses entre ce qui serait de l'ordre du développement normal et ce qui serait de l'ordre d'un surinvestissement des sensations, qui laisserait des traces, ou « fixations » en termes psychodynamiques, dans la construction de la personnalité. Ce ne serait qu'*a posteriori*, en constatant que la prépondérance de certaines sensations s'est maintenue au-delà de la période où l'univers de l'enfant s'y restreignait, qu'on pourrait conclure à un surinvestissement de tel type de sensations. Wallon (1934) donne l'exemple des sensations liées à la digestion :

La place pour ainsi dire centrale que l'activité du tube digestif occupe dans le comportement du nourrisson ressort suffisamment des périodes par lesquelles passe son activité entre la faim et la satiété [...]. Cette prépondérance s'efface évidemment à mesure que d'autres fonctions surgissent, et particulièrement celles qui le mettent en rapport avec le milieu extérieur. Mais leur effacement mutuel peut être variable suivant les individus. Certains relèvent toute leur vie du type digestif. Les alternatives de leur humeur, les phases de leur activité, le niveau de leurs aptitudes sont dans la dépendance étroite de leurs besoins et de leurs satisfactions alimentaires (p. 36-37).

Pourtant, même si on reste dans le champ de la description de l'enfant, on trouve des différences notables dans la place donnée aux sensations en fonction des auteurs. Par exemple, la théorie freudienne des stades est totalement centrée sur les sensations, alors même que Freud a accordé très peu de place à la notion de sensation elle-même : les zones érogènes sont décrites comme les espaces corporels dans lesquels sont recherchées de façon préférentielle les *sensations de plaisir*. La structuration du fonctionnement mental serait conditionnée par les vicissitudes de cette recherche de sensations agréables, et ce jusqu'à l'adolescence. On peut difficilement contester la centration sur les sensations du nourrisson, et les auteurs psychanalytiques qui ont travaillé avec des enfants ont insisté à juste titre sur la nature sensorielle de l'univers du bébé, comme par exemple Tustin (1972) : « Il semble plausible que, pour le nouveau-né, "être" se résume à un flot de sensations. En d'autres termes,

aux premiers jours de son existence, le nourrisson *est* le flot de sensations d'où émergent des organisations mentales qui sont pour lui des entités sans nom » (p. 63). Mais plus on s'éloigne du début de la vie, plus la focalisation sur les sensations de l'enfant comme facteur premier de son développement mental est sujette à caution. Ainsi, on a beaucoup accusé la théorie freudienne de pansexualisme, mais on aurait pu aussi lui faire le reproche de « panesthésisme ». D'autres théories du développement, comme par exemple celle de Wallon, accordent une importance plus relative aux sensations.

Mais notre propos n'est pas d'évaluer la place adéquate à donner aux sensations dans la description du développement de l'enfant. Nous nous attacherons plutôt à relever dans la littérature des allusions à des sensations produites et recherchées pour leur effet apaisant, ou en termes psychodynamiques, des sensations susceptibles d'être exacerbées à des fins défensives. Ces sensations peuvent être initialement liées à la satisfaction de besoins physiologiques, comme le besoin de se nourrir par exemple, mais nous nous pencherons sur leur mobilisation au-delà ou en dehors de cette satisfaction intrinsèque. Nous serons ainsi confrontés à la difficulté de préciser la limite entre besoin physiologique et besoin psychologique, difficulté qui a été abordée de diverses façons. Par exemple, Bowlby (1973), en contestant la théorie freudienne, et en faisant de la recherche de contact l'expression d'une véritable pulsion d'attachement indépendante de l'oralité, situe cette recherche de contact du côté du besoin biologique.

Nous commencerons par analyser les travaux qui ont décrit le développement de l'enfant dit normal, et qui ont prêté attention aux comportements qui semblaient provoquer des sensations calmantes.

## I. LES SENSATIONS APAISANTES DANS LE DÉVELOPPEMENT « NORMAL » DE L'ENFANT

Dans le domaine psychanalytique, on trouve une abondante littérature consacrée aux comportements de l'enfant destinés à se procurer des sensations, sensations considérées essentiellement comme des sensations de *plaisir*, et décrites donc en termes d'(auto-)érotisme et de *sexualité* infantile. La théorie psychanalytique est devenue « classique », et aujourd'hui tout se passe comme si on considérait qu'on avait fait le tour de la question. Nous n'allons donc pas reprendre la théorie classique des stades et des zones érogènes. En revanche, nous soulignerons un aspect de la question qui avait été déjà évoqué par les auteurs « classiques », mais qui avait été subordonné à l'érotisme et considéré comme une conséquence secondaire du plaisir, à savoir l'*apaisement* provoqué par certaines sensations : « Les activités *auto-érotiques* constituent le moyen qu'utilise spontanément l'enfant *pour faciliter le passage de l'état de veille au sommeil* : il se balance ou suce son pouce, se masturbe ou se sert d'objets transitionnels tels que des jouets qu'il peut serrer dans ses bras, des objets mous, etc. » (Anna Freud, 1965, p. 127, souligné par nous). Or, il nous semble évident que c'est parfois non pas le plaisir mais l'apaisement qui est recherché dans les comportements en question. Les implications théoriques de cette distinction ne sont pas négligeables, car si on situe ces comportements du côté du plaisir, on les rattacherait au registre de la libido et donc de la pulsion, tandis que s'ils sont motivés par la recherche d'apaisement, ils devraient plutôt être rattachés au registre des mécanismes de défense.

Les perspectives ouvertes par la distinction entre plaisir et apaisement nous semblent expliquer pour une grande part l'écho très important suscité par l'apparition dans le courant des années 1990, au sein même du discours psychanalytique, d'une nouvelle notion, à savoir celle des « procédés autocalmants », dont la paternité est généralement attribuée à Smadja (1993) et à Szwec (1993). Voici comment Smadja la définit :

Les procédés autocalmants sont, selon nous, des procédés de portée générale, présents chez tout individu et figurant dans son économie psychosomatique. Ils appartiennent, pourrait-on dire, à sa manière d'être au monde. [...] Pour certains, ils appartiennent à la psychopathologie de la vie quotidienne et chacun peut retrouver, pour lui-même, des exemples personnels. Tel éprouvera le besoin, pendant qu'il écrit un texte, de déambuler ; tel autre, au cours d'une discussion, se mettra à fumer ; le troisième, au cours d'une réunion, griffonnera des croquis sur une feuille de papier. Les exemples sont aussi nombreux qu'individuels. Dans tous ces cas, on a le sentiment que ces procédés n'empêchent pas le sujet de penser – au contraire, ils semblent faciliter, voire libérer, sa disponibilité à penser.

Dans d'autres cas, au contraire, on apprend que ces procédés tiennent une place excessive, voire exorbitante, dans le fonctionnement mental habituel. Par leur importance quantitative, ils sont l'indice d'un changement qualitatif dans l'économie psychosomatique et sous-tendent généralement de grandes difficultés pour l'appareil psychique à assurer ses fonctions élémentaires de maîtrise de l'excitation. [...]

Les procédés autocalmants peuvent se définir comme des moyens utilisés par le Moi pour s'adapter à une certaine conjoncture. Ainsi entrent-ils, selon nous, dans le cadre général de défenses qui assurent la protection du Moi contre un danger qui menace son intégrité. [...] Ces procédés, et c'est là leur caractère clinique principal, font habituellement appel à la motricité et à la perception. [...] La mise en place de ces mesures se fait toujours dans un climat d'urgence et elles sont soumises momentanément à une contrainte de répétition. L'état de tension pénible, voire de détresse qui se cache derrière elles est immédiatement perceptible [...] (Smadja, 1993, p. 13-14).

Dès son apparition, cette notion a été abondamment reprise par de nombreux auteurs, et on peut s'interroger sur ce succès soudain, alors que les comportements que recouvre ce concept avaient déjà été décrits par les auteurs « classiques ». Or, la notion de procédés autocalmants, dans son intitulé lui-même, insiste précisément sur la motivation de l'apaisement, distincte et indépendante de la motivation érotique, et c'est selon nous là que réside l'intérêt et l'innovation de cette notion : dès lors, l'*autocalmant* mérite sa place à côté de l'*auto-érotique*, ou l'*auto-apaisement* à côté de l'*auto-érotisme*. C'est Fain (1992) qui, le premier, aurait mis le doigt sur cette distinction à faire entre « ce qui calme » et « ce qui apporte la satisfaction », distinction que l'école psychosomatique de Paris reconnaît comme fondatrice de la notion de procédés autocalmants. C'est ainsi que Smadja situe ces procédés, dans le passage cité ci-dessus, dans le cadre général des défenses, ce qui les éloigne également du registre classique de la pulsion libidinale.

Nous saluons l'audace qu'implique cette distinction, car elle peut paraître hérétique. En effet, nous ne partageons pas le jugement des psychanalystes qui se posent en garants de l'orthodoxie freudienne et condamnent les auteurs qui ne mettent pas la sexualité au centre de toutes les motivations de l'enfant, en les soupçonnant de résistance renouvelée à la sexualité infantile. C'est ainsi que Diatkine (2008), par exemple, s'interroge sur les raisons qui peuvent expliquer la regrettable « disparition de la sexualité infantile dans la psychanalyse contemporaine », surtout anglo-saxonne ; ou que Schaeffer (2008) interprète la mise en avant de l'archaïque ou de la relation d'objet chez l'enfant comme un déni du sexuel infantile.

Nous allons reprendre quelques-uns des thèmes « classiques » dans la description des sensations recherchées par l'enfant, en insistant sur leur potentiel apaisant susceptible d'être

mobilisé dans un sens défensif. On observera parfois, dans nos descriptions, des glissements entre l'apaisement provoqué par l'objet et l'auto-apaisement, ce qui est motivé par la mise en évidence de l'interaction entre ces facteurs.

Mais tous les nourrissons naissent-ils égaux dans leur sensibilité ? Peut-on observer dès le début de la vie une tendance chez certains nourrissons à présenter une réactivité sensorielle et émotionnelle plus marquée que d'autres ? Nous commencerons par aborder la question de la sensorialité dans le tempérament de l'enfant.

### **I.1. Les sensations dans le tempérament du nourrisson**

On sait que la notion de tempérament renvoie à une composante biologique, constitutionnelle de la personnalité, et elle a été développée historiquement à propos de l'adulte à partir de l'Antiquité. Selon Hubain-Gayte (2006), c'est chez Wallon (1934) qu'on trouve pour la première fois l'idée d'un tempérament chez l'enfant. Cependant, après la guerre et ses dérivées, cette notion n'a plus été développée en Europe pendant un demi-siècle, et ce n'est que depuis quelques années qu'elle réapparaît, sous l'influence de travaux surtout américains. Outre-Atlantique en effet, une étude longitudinale réalisée par Thomas et Chess (1977) a suscité de nombreuses réactions et inspiré un grand nombre de recherches. Ces auteurs ont identifié neuf dimensions du tempérament, parmi lesquelles figurent la sensibilité sensorielle, c'est-à-dire le seuil à partir duquel un stimulus déclenche une réaction, et l'intensité de cette réaction, positive ou négative.

Buss et Plomin (1975, 1984) sont également connus pour leurs travaux notamment avec des jumeaux. Ils identifient trois dimensions dans le tempérament de l'enfant, à savoir l'émotivité, l'activité et la sociabilité, ce qui rappelle le modèle hollandais de Heymans et Wiersma (1909) que nous citerons dans la partie consacrée à l'adulte (cf. IV.1.3, p. 132), puisque les deux premières dimensions s'y retrouvent. Ainsi, la réactivité émotionnelle constituerait une des trois dimensions permettant de différencier le tempérament des nourrissons observable dès la naissance.

Mais dans certains modèles, le tempérament tout entier se résume à un mode de régulation des émotions. C'est parfois de cette façon qu'il est défini, comme le précisent Dini et Quartier (2008) : « [...] En dépit des divergences, le tempérament est majoritairement défini comme un ensemble de traits biologiques relatifs au *fonctionnement émotionnel* » (p. 40, souligné par nous). De même, dans sa revue des théories du tempérament de l'enfant, Hubain-Gayte

(2006) mentionne le modèle de Goldsmith et Campos, qui est également centré sur la réactivité émotionnelle : « Ces auteurs se situent à un niveau comportemental et définissent le tempérament comme les différences interindividuelles de sensibilité et d'expression émotionnelle, se manifestant dans le comportement par la fréquence relative des différentes émotions et par le degré général d'excitabilité » (p. 228).

Souvent, une distinction est faite entre les émotions positives et les émotions négatives, et dans ce dernier cas, on parle d'irritabilité, qui est d'après Hubain-Gayte la dimension retenue le plus souvent dans les travaux de recherche sur le tempérament du nourrisson.

Selon Dini et Quartier (2008), depuis une trentaine d'années, la notion de tempérament s'est élargie et va aujourd'hui au-delà d'une simple composante constitutionnelle immuable : elle résulterait d'un processus dynamique impliquant l'environnement. Il tend ainsi à se dégager une distinction entre le bagage constitutionnel brut, décrit par différents auteurs sous les termes de « variabilité interindividuelle », « données de base », « signature » ou « mosaïque première » du bébé (Hubain-Gayte, 2006), et le tempérament proprement dit, reflétant déjà chez l'enfant l'interaction entre ces caractéristiques constitutionnelles et l'environnement.

Dans le présent travail, nous nous intéressons en particulier à la recherche de sensations ou d'émotions dans un but paradoxal d'apaisement. De ce point de vue, il apparaît peu opportun d'envisager une telle motivation chez le nouveau-né, dans son bagage constitutionnel brut. En revanche, on peut imaginer qu'une telle motivation puisse se développer très tôt dans le tempérament, par exemple en raison d'un besoin important de stimulations. Un tel besoin est inféré par les théories qui postulent un « niveau optimum de stimulation », notion que nous présenterons plus loin (cf. IV.1.2, p. 127), et selon lesquelles chaque individu s'évertuerait à s'approcher de ce niveau en augmentant ou en diminuant son degré d'excitation. Ainsi, on pourrait s'attendre à ce qu'un bébé doté d'un niveau optimum élevé soit hyperréactif et que son hypersensibilité l'apaise paradoxalement, par la réduction de l'écart avec ce niveau optimum élevé. Dini et Quartier mentionnent des modèles de tempérament chez l'enfant qui semblent reposer sur une telle conception, comme par exemple celui de Kagan et Fox :

Dans ce modèle, les désinhibés adoptent des stratégies d'approche pour augmenter la stimulation du milieu, tandis que les inhibés, plus irritables, adoptent des stratégies d'évitement pour diminuer la stimulation.

Le tempérament déterminerait donc non seulement le niveau de stimulation optimal pour l'organisme, mais aussi le système de régulation qui lui est associé (Dini et Quartier, 2008, p. 40).

Outre cet effet calmant paradoxal des sensations, qui intervient par homéostasie, on peut en relever un autre, qui est lié à l'antagonisme entre les sensations, notion que nous développerons tout au long de ce travail : l'irruption d'une sensation peut avoir un effet d'estompage, ou littéralement « d'anesthésie » sur d'autres sensations présentes. Ainsi, l'évitement mentionné dans la citation ci-dessus n'est pas la seule manière de diminuer l'excitation, et des stimulations sensorielles peuvent également être mobilisées dans ce but, ce que nous décrirons en termes d'effet neutralisant dans le chapitre consacré aux automutilations (cf. II.1.2.c, p. 77). Par exemple, la distraction constitue une stimulation qui peut s'avérer apaisante, dans la mesure où elle écarte l'attention d'un objet d'irritation. Comme le relate Hubain-Gayte (2006), dans la construction du tempérament par l'interaction entre bagage constitutionnel et environnement, les parents peuvent contribuer à développer chez l'enfant certaines stratégies d'auto-apaisement par l'intermédiaire de sensations :

Les parents ne peuvent pas ne pas réagir aux pleurs de leur nourrisson et le font le plus souvent en essayant de les apaiser par différentes techniques. Ils peuvent introduire de nouveaux comportements qui encouragent l'auto-apaisement, comme la succion non-nutritive ou la distraction. Si cela arrive à calmer l'enfant, ce dernier peut apprendre que ces comportements peuvent réduire sa détresse. Il va alors les utiliser, ce qui aura comme résultat de réduire d'autant plus son irritabilité (p. 226).

Dans le passage cité, l'auteur évoque l'effet apaisant de la succion non-nutritive, et il est vrai que certaines sensations semblent receler un potentiel calmant particulier. Dans la suite de ce chapitre, nous allons donc nous pencher sur ces sensations qui peuvent être recherchées pour leur effet apaisant tout au long du développement de l'enfant.

## **I.2. L'ingestion d'aliments et la satiété**

Nous distinguerons les sensations liées à l'ingestion d'aliments et les sensations liées à la succion elle-même, comme l'ont fait la plupart des auteurs. Ceux-ci n'étaient pas toujours animés par les mêmes motivations pour établir cette distinction. Certains l'ont fait sur la base de l'observation des comportements de succion, qui diffèrent en fonction de leur but : on a ainsi distingué une « succion nutritive » et une « succion non nutritive » (Lecanuet, 2002). La différence entre ces deux comportements réside dans leur organisation temporelle. La succion nutritive présente un rythme continu, d'une fréquence moyenne d'environ une succion par seconde. La succion non nutritive est marquée par une alternance de « rafales » de succion et de moments de repos, avec un rythme de succion plus élevé que celui de la succion nutritive, à savoir environ deux fois par seconde. La succion avec pause serait spécifique aux humains, on ne l'a pas observée chez les primates ni chez les autres mammifères.

Sur le plan des explications théoriques permettant de rendre compte de la distinction entre le « nutritionnel » et le « non nutritionnel », on peut schématiquement distinguer deux positions : la position psychanalytique classique et la position de Bowlby.

Pour la psychanalyse, l'ingestion d'aliments renvoie aux pulsions d'autoconservation, alors que la succion renvoie aux pulsions érotiques. Il s'agit donc de deux mouvements pulsionnels distincts, même si pour Freud ([1905 d], 2006), le second s'étaye sur le premier. Bowlby (1969), quant à lui, réfute précisément cette théorie de l'étayage. Néanmoins, il distingue lui aussi l'ingestion d'aliments et la succion, cette dernière représentant pour lui non pas un comportement érotique, mais un comportement d'attachement. On sait qu'il s'est beaucoup consacré à l'étude de celui-ci, et qu'il ne s'est pas attardé, comme l'ont fait les psychanalystes, sur la description détaillée des différentes composantes de l'oralité. Nous reprendrons donc sa position dans la partie consacrée à la succion, et développerons ici la position de quelques auteurs psychanalytiques.

Abraham (1916) semble aussi distinguer la satisfaction de se nourrir et la satisfaction de sucer, et il estime que les adultes « névrosés » qui suçent leur pouce ne sont pas les mêmes que ceux qui ont une « accentuation libidinale de l'alimentation » (p. 23) : « Il peut paraître étrange mais je le crois véridique de considérer ces suceurs de pouce comme relevant d'un stade plus évolué du développement de la libido par rapport au groupe des névrosés qui nous ont retenus jusqu'alors. Leur libido s'est autonomisée par rapport au besoin alimentaire dans la mesure où elle n'est plus liée à la succion des aliments » (p. 23). L'auteur relève que la satisfaction orale peut avoir une fonction défensive : elle peut prévenir ou écarter une indisposition (p. 28). Il relate le cas d'un homme souffrant de troubles affectifs, qui fut surpris par un événement bizarre lors d'une période de mauvaise humeur. Sa mère lui apporta une tasse de lait, et en goûtant le liquide il éprouva des sensations exerçant sur lui « un effet calmant inexplicable » (p. 29). Abraham explique de la même façon l'effet *placebo* procuré par l'ingestion d'un médicament :

Les névrosés déprimés ou irrités sont souvent soulagés – pour un temps seulement bien entendu – par la prise d'un médicament alors même que celui-ci n'a pas d'action sédative. On s'appuie, pour expliquer ce fait, sur l'action suggestive de l'ordonnance médicale. Mais l'expérience répétée montre que le névrosé peut absorber un petit quelque chose – non ordonné médicalement – et obtenir un *effet calmant*. On méconnaît ici un facteur important. Pour tout homme, il y a eu un temps où l'absorption de liquide *délivrait de toute irritation* (p. 29, souligné par nous).

On peut s'étonner de ce que le terme *placebo* se soit imposé à propos d'une médication, puisque ce terme signifie « je plairai », alors que le but d'un médicament n'est pas le plaisir mais bien l'apaisement. Ce n'est pourtant pas Freud qui a imposé ce terme, qui était déjà en vigueur bien avant la théorie de la libido !

Comme Abraham, Anna Freud (1946) distingue deux satisfactions différentes : celle liée à l'apaisement de la faim et celle liée à l'érotisme oral. Du point de vue de la faim, au stade narcissique le nourrisson oscillerait entre l'état de tension de la faim et celui de la satisfaction. Ultérieurement, la recherche de satisfactions commencerait à se tourner vers la nourriture, elle-même source de jouissances.

Les liens entre satisfaction et apaisement semblent complexes. La satisfaction du besoin de nourriture provoque non seulement une sensation de plaisir, mais aussi une sensation d'apaisement que Freud a rattachée à la suppression de la tension et du déplaisir provoqués par la pulsion. Mais toute sensation d'apaisement a-t-elle nécessairement cette origine ? Toute tension et tout déplaisir sont-ils invariablement provoqués par une pulsion non satisfaite ?

À partir du cas particulier de l'alimentation, on peut dégager deux cas de figure. Si on part du principe que l'apaisement constitue la réduction d'une tension ou d'un déplaisir, celui-ci peut avoir deux origines, à savoir une origine intrinsèque ou une origine extrinsèque. Dans le cas de l'origine intrinsèque, l'ingestion d'aliments soulage la faim. Selon les termes de la théorie freudienne des pulsions, il y a correspondance entre la source pulsionnelle et le but pulsionnel, tous deux rattachés à la nourriture.

Dans le cas de l'origine extrinsèque, la tension diminuée par la nourriture ne vient pas de la source pulsionnelle orale. Ce n'est pas la faim que l'ingestion de nourriture vient apaiser, mais une tension ayant une autre origine. Cette origine peut être une autre source pulsionnelle, mais de façon beaucoup plus vaste, elle peut s'étendre à toute tension psychique, tout déplaisir quelle que soit sa nature. Anna Freud (1965) mentionne ce cas de figure :

On constate souvent que les enfants aiment exagérément les sucreries, apparemment de la même manière que les adultes s'adonnent à l'alcool et aux drogues. Ils éprouvent une envie pressante de bonbons et font de la satisfaction de leur envie *un antidote contre l'angoisse*, la privation, la frustration ou la dépression, à la manière des adultes, et, comme eux, ils feront tout (mentir ou voler) pour entrer en possession du produit désiré (p. 161-162, souligné par nous).

C'est ce type de processus qui constitue le sujet de notre étude. Il va de soi que les comportements destinés à soulager une tension d'origine extrinsèque auront tendance à devoir être compulsivement répétés, dans la mesure où la source de la tension demeure active puisque non résolue.

Sur le modèle de l'ingestion d'aliments, *on pourrait définir la surenchère des sensations comme une recherche de détente motivée non pas par une tension liée à un besoin correspondant au registre sensoriel investi, mais par une tension extrinsèque, étrangère à ce besoin spécifique, ou dans le langage psychanalytique, extérieure à la source pulsionnelle correspondante, ce qui lui donne un statut défensif.* En fait, la différence tiendrait dans la source : « La source de la pulsion est un processus excitateur dans un organe, et le but immédiat de la pulsion réside dans la suppression de ce stimulus d'organe » (Freud, [1905 d], 2006, p. 102). En termes psychanalytiques, nous nous pencherons sur des comportements qui ne sont pas motivés par la source pulsionnelle rattachée à l'organe mobilisé, mais par une tension ayant une autre source que le « stimulus d'organe ». Cette autre source peut être recherchée parmi les autres champs pulsionnels, ce que Freud a fait en réfléchissant sur le rapport entre autoconservation et libido, et on pourra par exemple comprendre dans ce sens les troubles alimentaires comme des déplacements de l'analité vers l'oralité par l'utilisation de la bouche comme un sphincter qui bloque le passage, dans le cas de l'anorexie, ou expulse dans le cas de la boulimie (Revaz, 2003). Mais cette autre source peut également être recherchée hors du champ des tensions pulsionnelles.

On ne saurait tenir rigueur aux psychanalystes de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle de ne pas avoir davantage développé la motivation calmante des sensations. À cette époque, leur but était de démontrer et de décrire la recherche de plaisir chez l'enfant, ce qui était nouveau et révolutionnaire. Il est intéressant de noter en revanche qu'ils avaient tout à fait repéré l'existence de motivations liées à l'apaisement, mais qu'il ne s'agissait pas alors d'une question particulièrement relevante pour eux.

Ce que la psychanalyse décrirait en termes de déplacement et d'étayage pulsionnel, les théories de l'apprentissage peuvent aisément le retrouver dans leur langage propre. En effet, on peut parler d'association entre ingestion d'aliments et apaisement, dans un sens pavlovien, ce qui fait que la sensation d'apaisement se produirait finalement même lorsque l'ingestion

d'aliments ne satisfait pas la faim. On peut évidemment souligner ici la possible influence des figures parentales dans ce processus d'apprentissage, dans la mesure où ils peuvent plus ou moins le renforcer en fonction de leur attitude éducative.

Pourtant, l'ingestion d'aliments n'est pas considérée comme le procédé le plus efficace pour calmer un enfant agité. Dans les classements qu'établissent la plupart des auteurs, ce sont clairement la succion et le bercement qui figurent aux premières places (Spitz, 1965 ; Bowlby, 1969 ; Kreisler, Fain et Soulé, 1974). Les mêmes auteurs remarquent cependant que beaucoup de mères ont tendance à commettre l'erreur de réagir à toutes les expressions d'inconfort de leur enfant en lui donnant systématiquement de la nourriture, ce que Spitz a appelé la « sollicitude anxieuse primaire ». Ces observations présentent un intérêt particulier pour la compréhension des troubles alimentaires chez l'adolescent ou l'adulte. En effet, elles sont peu compatibles avec l'hypothèse selon laquelle le sujet boulimique chercherait à se calmer par l'ingestion d'aliments, à moins de considérer qu'il ferait justement partie d'une minorité de sujets chez qui ce procédé se serait développé avec un succès particulier dans l'interaction avec la mère.

Car il existe bel et bien un effet calmant de la satiété. Au cours des premiers mois de la vie, on considère même que le cycle sommeil-veille est conditionné par l'alimentation, puisque la faim provoque le réveil, et la satiété l'endormissement (Kreisler *et al.*, 1974, p. 74).

En outre, le mérycisme (régurgitation volontaire des aliments) peut être compris comme un procédé autocalmant qui met en jeu l'ingestion d'aliments par l'intermédiaire de leur régurgitation. Ce comportement, qui survient généralement au cours du deuxième semestre et qui touche plus souvent le garçon que la fille, est défini de la façon suivante par Kreisler *et al.* (1974) :

Il s'agit d'un vomissement provoqué, mais d'un type très particulier. En effet, la régurgitation est obtenue non par le truchement d'un artifice, comme l'introduction d'un doigt ou d'un objet au contact du pharynx, mais par un effort qui met en jeu une série d'activités complexes qui intéressent le pharynx, la musculature thoraco-abdominale et diaphragmatique, etc. [...] Le deuxième point spécial est que ce vomissement provoqué aboutit à une rumination. L'enfant rejette une partie plus ou moins importante des aliments, mais il en garde une fraction dans la bouche et il se met alors à la mâchonner interminablement pour finir par la ravalier (p. 108).

Les premières descriptions de ce comportement remontent au XVII<sup>e</sup> siècle, et on l'interprétait alors comme un phénomène maléfique (Léonard, Foulon et Guelfi, 2005). En fait, si on

reprend la distinction entre ingestion d'aliments et succion, le mérycisme serait le procédé autocalmant correspondant à l'ingestion d'aliments de la même façon que la succion non nutritive serait le procédé autocalmant correspondant à la succion :

L'enfant méryciste, par la rumination incessante d'une gorgée de lait, organise une distorsion du nourrissage pour tenter de maîtriser le traumatisme provoqué par la perception d'une défaillance de l'environnement à assurer la plénitude de son narcissisme primaire. Le mérycisme m'apparaît comme un procédé de défense mis en œuvre dans un second temps contre un traumatisme initial tel qu'un sevrage traumatique et contre la détresse qui s'en est suivie (Szwec, 1998, p. 90).

Ainsi, comme l'indique Szwec dans le passage cité, et à la différence de la succion non nutritive, le mérycisme implique une dimension pathologique, en rapport avec un vécu traumatique lié à la relation avec la mère :

Aussi, il me semble que le nourrisson qui se défend par l'autonourrissage, ou l'autobercement n'attend pas ou n'attend déjà plus une aide de la part de sa mère, associe même cette dernière à l'excès d'excitation et doit s'en protéger. Je crois donc que la mère est vécue comme la source de la tension d'excitation qu'il ressent et qu'il doit renoncer prématurément à chercher un apaisement de cette tension auprès de celle qui la provoque (p. 93).

Pourquoi la succion non nutritive ne comporte-t-elle aucune connotation pathologique et se rencontre-t-elle chez tout nourrisson évoluant normalement, alors que le mérycisme inquiète les parents et les professionnels ? En se référant aux travaux des psychosomaticiens, on répondrait à cette question en insistant sur la dimension érotique de la succion, accompagnée d'une activité fantasmatique impliquant le lien avec la mère, que ne comporterait pas le mérycisme. En se référant aux travaux de Bowlby et des éthologistes, on répondrait plutôt que la succion non nutritive est un comportement d'attachement distinct de la succion nutritive, dont l'origine est phylogénétique et qui se perpétue d'une façon qui n'a donc rien de pathologique.

### **I.3. La succion ou le suçotement**

Freud (1905 d) définit la succion comme « des mouvements rythmiques et répétés des lèvres sans but utilitaire en dehors de toute absorption alimentaire ». Dans le même texte, il donne à la notion de suçotement un sens plus érotisé : « Le suçotement est un trait essentiel de l'activité sexuelle ». Chez les auteurs plus récents, Lecanuet (2002) par exemple, la notion de succion tend à recouvrir un champ sémantique plus large, car on s'accorde à distinguer une succion dite « nutritive » et une succion dite « non nutritive », alors que cette dernière seule était appelée succion par le père de la psychanalyse.

Jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, la succion non nutritive n'est mentionnée que comme une mauvaise habitude aux conséquences fâcheuses sur le développement de la dentition. Samuel Lindner [1840-1912], un pédiatre et gynécologue hongrois, semble le premier à l'avoir analysée comme un comportement motivé. En 1879, il publie un article dans lequel il parle de « succion voluptueuse » et décrit le passage de cette habitude vers celle de la masturbation infantile. Cet article suscita des réactions sceptiques et ironiques, mais fit grande impression sur le jeune Freud, qui s'y référa pour développer ses idées concernant l'auto-érotisme et la sexualité infantile.

Dans le texte de Lindner, on trouve bien la référence à la « volupté », alors que l'effet apaisant de ce comportement n'est que suggéré. Le pédiatre se contente de signaler que le suçoteur « reste tranquille » et s'endort lorsqu'on ne le dérange pas, et il exhorte les mères à ne pas *calmer* leur enfant qui pleure en lui mettant une tétine dans la bouche, de façon à éviter le développement de cette « mauvaise habitude ». Notons au passage que les Anglais désignent cette tétine du nom évocateur de *pacifier*.

Lindner ne semble pas tirer de l'observation des mères calmant leur enfant avec une tétine la conclusion selon laquelle l'enfant rechercherait lui-même l'apaisement en se suçant le pouce. Freud ne prêtera pas non plus d'attention au but d'apaisement potentiellement lié à ce comportement. Il se contentera de mentionner qu'il peut mener à l'endormissement, et dans une note, il cite sans s'y arrêter le témoignage d'une jeune femme ayant poursuivi jusqu'à l'âge adulte l'habitude de se sucer le pouce : « C'est un sentiment merveilleux ; *on ne réclame rien que le repos, un repos qui ne saurait être interrompu* » (Freud, [1905 d], 2006, p. 116, souligné par nous). Il faudra attendre plusieurs décennies, avec les travaux de Bowlby, pour que l'idée d'un but d'apaisement distinct du but érotique soit véritablement prise en compte dans le champ de la psychanalyse.

Pourtant, plusieurs auteurs psychanalytiques avaient déjà remarqué, dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'importance d'autres besoins que celui de nourriture chez le nourrisson, sans remettre pour autant nécessairement en question la théorie freudienne de l'étayage, et peut-être est-ce précisément pour cette raison qu'on se souvient moins de leurs travaux que de ceux de Bowlby sur cette question. Celui-ci a été frappé par leur fidélité à Freud dans leurs déclarations abstraites, en contradiction flagrante avec leurs observations concrètes (Zazzo, 1979, p. 25).

On peut citer par exemple les travaux de Margaret Ribble, et en particulier un article paru en 1939, « *The significance of infantile sucking for the development of the individual* », et un ouvrage plus général intitulé « *The rights of infants* » (1943). Les idées de Ribble ont été reprises et résumées en France notamment par Racamier (1953). La succion y apparaît comme un besoin spécifique – et Racamier insiste sur la distinction entre *besoin* et *désir* – qui apporte un apaisement lorsqu’il est satisfait, indépendamment de la nourriture : « Le fait que la succion joue en soi, en dehors de toute absorption alimentaire, un rôle régulateur important est prouvé par l’observation que *sucer sans rien avaler peut atténuer la tension et régulariser la respiration* » (p. 336, souligné par nous). Pour Ribble, les stimulations buccales de la succion ne représentent qu’un cas particulier d’un besoin plus général, à savoir un « besoin de stimulations sensitivo-sensorielles », sur lequel nous reviendrons à propos du bercement (cf. I.4, p. 37).

Toujours à propos de la succion, Winnicott (1945) fait remarquer que le pouce est un ersatz du sein, et que le fait de le sucer peut se comprendre comme une réaction défensive face à l’anxiété liée à l’absence de la mère : « Je suppose que l’on ne contestera pas que sucer son pouce, c’est une consolation, pas seulement un plaisir. [...] L’importance de l’élément auto-érotique n’apparaît pas toujours clairement et il est certain que l’utilisation de la sucette et du poing devient bientôt une défense nette contre les sentiments d’insécurité et d’autres angoisses d’une espèce primitive » (p. 46-47).

De même, la fonction apaisante de la succion n’a pas échappé à l’attention de Spitz (1965), dans ses observations minutieuses des nourrissons. À l’instar des autres auteurs cités, il estime qu’il y a lieu de distinguer deux fonctions dans l’allaitement, à savoir l’ingestion de nourriture, qui satisfait la faim et la soif, et « la décharge de tension ou, en d’autres termes, la satisfaction par l’allaitement des muqueuses orales à travers l’activité des lèvres, de la langue, du palais, du larynx et du pharynx » (p. 166). Plus particulièrement, Spitz souligne que, dans la deuxième fonction, la source de tension peut être extérieure à la zone orale, origine extrinsèque que nous avons retenue comme critère permettant de conclure à un processus défensif : « Il va sans dire que la tension déchargée par l’activité orale prend naissance non dans la zone orale mais dans la tension libidinale générale qui existe chez le nouveau-né » (p. 166). Cependant, comme le montrent les passages cités, Spitz s’exprime comme si toute tension ne pouvait être que de nature libidinale, et il utilise comme des synonymes « décharge

de tension » et « satisfaction ». Il ne dissocie pas, comme le fera Fain, la satisfaction de l'apaisement.

Une vision de la succion qui ne soit pas teintée de pansexualisme ne pouvait venir que d'auteurs plus critiques envers la psychanalyse freudienne classique. Comme Bleuler à propos de la schizophrénie, Bowlby (1969) n'a pas adhéré aux idées freudiennes concernant l'auto-érotisme. Dès lors, le but d'apaisement distinct du but érotique lui est apparu évident dans le comportement de succion : « La plupart des mères savent que la simple action de sucer calme un nourrisson, et, dans les pays occidentaux, la sucette de caoutchouc est courante depuis des années » (p. 389). En se fondant sur les données de l'éthologie, Bowlby a adopté une position originale, qui a mis en lumière des aspects de la succion jusque là inexplorés. Il s'accorde avec Freud pour dire que la fonction de la succion ne s'arrête pas à l'alimentation, puisque les enfants y passent beaucoup de temps en dehors de l'ingestion de toute nourriture, de même que les bébés primates élevés sans mère. Mais pour Bowlby, la fonction de la succion non nutritionnelle n'est pas érotique. Il s'agirait d'un comportement d'attachement très proche de l'agrippement. En effet, le bébé singe s'attache physiquement à sa mère par la bouche, il est littéralement « attaché par cinq points » (Bowlby, 1969, p. 335). Chez le primate, « agripper la mamelle et la sucer ont deux fonctions séparées, l'une pour la nutrition et la seconde pour l'attachement » (p. 336). Il serait erroné selon l'auteur de subordonner l'une à l'autre, d'en considérer une comme primaire et l'autre comme secondaire.

Bowlby illustre son propos par les descriptions de Rowell, qui a élevé un bébé babouin. Chez ce bébé, les deux formes de succion étaient particulièrement faciles à distinguer, car elles étaient dirigées vers des objets différents, un biberon pour la faim et une sucette pour l'attachement : « Lorsqu'il avait faim, le bébé babouin tétait toujours le biberon ; lorsqu'il était alarmé, il avait toujours recours à la sucette [...]. En suçant la sucette quand il était alarmé, le bébé babouin se détendait rapidement et s'apaisait » (p. 336). Nous soulignerons ici la référence à l'apaisement, un apaisement qui n'est en rien relié au plaisir, mais à un vécu de menace potentielle. Pour Bowlby en effet, l'attachement lui-même a pour fonction la protection contre les prédateurs, l'enfant attaché à sa mère ayant tendance à se rapprocher d'elle, ce qui accroît sa sécurité et donc ses chances de survie. La succion non nutritionnelle s'inscrit dans ce contexte :

Ces découvertes ont une très grande importance pour expliquer le temps passé en succion non nutritionnelle par le bébé humain. Dans les communautés primitives, la

succion non nutritionnelle d'un bébé est habituellement dirigée vers le sein de la mère. Dans les autres communautés, il est habituellement dirigé vers un substitut du mamelon, le pouce ou la sucette. Quel que soit l'objet vers lequel il est dirigé, le bébé capable d'avoir recours à la succion non nutritionnelle saura probablement plus facilement s'apaiser et se détendre qu'un autre. En outre, tout comme chez le singe, c'est particulièrement lorsqu'il est bouleversé ou alarmé qu'un enfant humain a recours à une succion non nutritionnelle (p. 336).

Bowlby n'as pas accordé une importance particulière au but d'apaisement poursuivi par un individu bouleversé ou alarmé lorsqu'il se suce le pouce. Il s'évertuait à démontrer la fonction de l'attachement au niveau de l'espèce et de l'évolution. Il se référait à la cybernétique, et considérait les conduites d'attachement comme des comportements destinés à rétablir une proximité sécurisante, et l'apaisement était seulement signalé comme la manifestation d'un retour à l'homéostasie. Ainsi, par exemple, les cris du nourrisson sont décrits comme des comportements d'attachement qui suscitent un rapprochement de la part de la mère, et Bowlby établit une hiérarchie des réactions les plus susceptibles d'apaiser le bébé, comme la voix, la succion et le bercement. De notre point de vue, qui est celui de l'individu, il a pourtant mis en évidence des aspects importants de la recherche de sensations dans un but d'apaisement clairement distinct du but érotique.

Kreisler, Fain et Soulé (1974), comme les autres auteurs que nous avons cités, établissent également une distinction entre ingestion d'aliments et succion, et c'est à cette dernière seule qu'ils reconnaissent un effet calmant. Par exemple, à propos des « coliques des trois premiers mois », ils notent que c'est la succion qui calme le mieux l'enfant : « Il n'est pas nécessaire que cette succion s'accompagne de déglutition : la sucette pleine suffit à apaiser instantanément l'enfant et lui permet de se rendormir du moins jusqu'à la nouvelle crise. Il arrive que la mère confonde ce besoin de succion avec celui de nourriture, ce qui la conduit à multiplier le nombre de repas » (p. 47). Les auteurs rappellent en outre qu'autrefois, au cours de certaines interventions chirurgicales comme celle de la sténose du pylore, on offrait au bébé une sucette pour tout anesthésique. Ils parlent au passé, mais il semble que cette pratique se soit plutôt généralisée qu'atténuée, si l'on en croit Thirion, dont l'affirmation suivante date de 2002 : « Faire sucer un bébé (sein ou sucette) sert depuis la nuit des temps à faire supporter des soins désagréables ou douloureux. Les services de néonatalogie l'ont redécouvert récemment et remplissent même la sucette de sucre concentré. Ce geste, très discutable sur le plan de l'équilibre glycémique, est très efficace pour l'apaisement des bébés... donc en voie de se "protocoler" dans les services » (p. 55).

Or, si les auteurs français semblent rejoindre Bowlby dans l'observation des procédés qui calment le mieux un bébé, les facteurs auxquels ils attribuent l'effet calmant ne sont cependant pas les mêmes. Conformément à l'approche freudienne que Bowlby a précisément contestée, ils proposent une compréhension érotique de l'apaisement : l'excitation que ressent un enfant dans un état de mal-être doit être déchargée ou calmée. Or, « une satisfaction comble la frustration, supprime l'état traumatique et rétablit l'ordre » (p. 57). En d'autres termes, la succion et le bercement procureraient un *plaisir* qui *compenserait* la frustration, et c'est de cette satisfaction compensatoire que viendrait l'apaisement. Soulé, en particulier, affirme sans ambages que tous les troubles fonctionnels observables chez les enfants peuvent être replacés dans le cadre de la théorie de l'étayage de la libido sur une fonction physiologique : « Tout au long de cet ouvrage, nous tenterons, et sans doute avec succès, de réélaborer pour chaque fonction perturbée la théorie de l'étayage et d'expliquer ainsi pour une part les troubles fonctionnels par une déviation ou dysintrinsication de cet étayage » (p. 94).

Botella *et al.* (1977) décrivent également le suçotement comme un acte produit pour son effet calmant : « Soulignons le fait qu'autant la tétée que le suçotement sont deux activités qui apportent l'apaisement, la décharge d'une tension, dans un acte où plusieurs éléments sensorimoteurs et cénesthésiques sont rassemblés consensuellement » (p. 985). Les auteurs font observer que les enfants autistes présentent souvent une absence de suçotement, et considèrent son apparition chez eux comme le signe d'une bonne évolution et de l'atteinte d'un certain niveau relationnel. Tustin (1990) fait la même observation, qui constitue selon elle un élément de distinction entre l'enfant autiste et l'enfant schizophrène :

Les enfants profondément autistes ne sucent pas même leur pouce ou leurs doigts ; en effet, les doigts devant traverser l'espace pour atteindre la bouche, ils sont ressentis comme "non moi". Alors que les enfants schizophrènes, avec leur capacité plus développée, bien que confuse, à tolérer l'espace, sucent généralement beaucoup leur pouce et leurs doigts, dont ils se servent comme objets transitionnels primitifs. C'est donc un signe de progrès qu'un jeune enfant autiste commence à s'adonner à ce type d'activité (p. 45).

Pour autant, comme le faisait remarquer Gillibert (1977), il n'est pas sûr que le suçotement recouvre chez l'enfant autiste une dimension relationnelle lorsqu'il apparaît : « Un autiste qui suce son pouce, parce qu'il est mécontent, anxieux ou se replie, ne fantasme pas inconsciemment la nostalgie du sein perdu, tout simplement parce qu'il n'a pas acquis la notion de l'objet "sein" » (p. 925). Cette distinction entre un suçotement qui rend présent

l'objet *temporairement absent* et un suçotement qui au contraire l'exclut *dans l'absolu* est également faite par Tustin (1990) :

Chez des enfants plus normaux, le manque de la mère nourricière et l'envie de la retrouver stimulent le recours à des substituts – par exemple, sucer son pouce, ses doigts, son poing, ou une tétine. Ces substituts temporaires du sein [...] permettent à l'enfant d'attendre le retour de la mère nourricière. [...] Aussi, alors que les enfants normaux *sucent* des objets autosensuels, les enfants autistes *s'accrochent* à leurs sensations-objets anormales, ou bien les sucent de façon compulsive et comme en s'y agrippant. L'enfant autiste se colle aussi parfois à des objets durs de façon qu'ils semblent faire partie de son corps. Ces sensations-objets durs, qui, contrairement aux objets autosensuels normaux comme le doigt ou le pouce, n'ont pas à traverser l'espace, *remplacent* le sein et empêchent de prendre conscience de la mère nourricière (p. 136).

Tustin (1972) décrit un cas particulier d'autisme qu'elle appelle « autisme secondaire à carapace » (ASC), qui serait moins archaïque que ce qu'elle appelle « autisme primaire anormal » (APA), et qui se développerait comme une défense contre la panique qu'entraîne une séparation corporelle insupportable. Dans ce cas, la succion prend également une fonction défensive, comme s'il s'agissait de dénier la disjonction intolérable de la bouche et du mamelon. Ces enfants ne sucent pas leurs doigts, comme précisé dans le passage cité plus haut, mais leur langue ou la paroi de leurs joues. Dans ce cas de figure, la succion est explicitement comprise comme une défense contre des angoisses archaïques de morcellement, d'« amputation du museau ».

Mais il est possible que, si le suçotement s'avère plutôt rare dans l'autisme et que son apparition peut être saluée comme un progrès, ce soit aussi en raison de sa relative complexité qui le rend difficilement accessible à l'enfant autiste ; complexité qui va au-delà du simple système sensori-moteur de la succion, déjà fonctionnel *in utero* (Bullinger, 2004, p. 145). Si on se souvient que la difficulté à téter fait partie des signes très précoces d'autisme infantile mentionnés par Kanner (1943) dans son article *princeps*, cette hypothèse, avancée par Botella *et al.* (1977), apparaît d'autant plus pertinente : « Nous avons pu observer qu'une grande partie des activités auto-érotiques des autistes se font avec les différents éléments sensori-moteurs et cénesthésiques qui sont à l'œuvre d'une façon unifiée lors d'un suçotement. Nous faisons l'hypothèse que ce type d'activité auto-érotique dispersée correspond à une incapacité d'unifier tous ces différents éléments sensori-moteurs dans un seul acte de suçotement » (p. 988). Les auteurs font le lien entre le fonctionnement isolé des différents éléments sensoriels chez l'enfant autiste, et la notion de démantèlement proposée par Meltzer. Ils pensent tout de même que l'acquisition du suçotement signifie l'intériorisation d'une relation libidinale objectale.

Les descriptions de Bullinger (2004) mettent également en évidence la complexité du comportement de succion. L'auteur insiste sur l'équilibre nécessaire entre deux voies neurologiques du toucher phylogénétiquement distinctes, une voie archaïque gérant les signaux de température et de texture, et une voie « récente » gérant les signaux spatiaux. Or, il observe que l'autiste se centre sur la voie archaïque au détriment du traitement spatial des signaux. Un tel déséquilibre rend impossible l'aboutissement du comportement de succion :

Si le système archaïque domine, les stimulations sont très vite perçues comme irritatives et entraînent des réponses d'hyperextension qui éloignent la bouche de la nourriture et ne créent pas les conditions posturales nécessaires à la déglutition. Sur la base des signaux archaïques, si l'aspect irritatif est dominé, on observe que les mouvements des lèvres et de la langue ne sont pas orientés par les conduites instrumentales d'exploration et de succion (p. 193).

Au vu des différentes références que nous avons citées, il apparaît que le comportement de succion s'avère polysémique et qu'il peut renvoyer à des motivations diverses. Ajuriaguerra (1974) le résume ainsi : « La succion apparaît chez l'enfant dans des situations variées, que ce soit dans les états de forte tension, dans les états de solitude, ou au moment de l'endormissement. La succion du pouce se présente alors comme une compensation, comme une décharge de tension ou comme un plaisir rythmique » (p. 207). Chez un même enfant, ces motivations peuvent évoluer au cours de son développement. Selon Lezine et Stambak (1959), lorsque le comportement de succion se prolonge au fil des mois, il tend à devenir plus complexe et plus organisé :

Il est d'observation courante que la succion du pouce, phénomène primitif très général, prend une allure plus complexe et associée à des situations particulières à mesure que l'enfant avance en âge. Par exemple, un de nos jeunes enfants, très suceur dans les premiers mois, commence vers 9 mois à sucer son pouce en croisant ses mains sur son visage et prend l'habitude d'un mouvement de va-et-vient, écartant et ramenant ses mains vers la bouche ; un autre qui suce son pouce en gardant son mouchoir dans l'autre main, ne le fait plus que quand il est contrarié ou au moment de s'endormir (p. 100).

Notre propos n'est pas de donner raison à l'une des motivations possibles contre une autre, d'autant plus que plusieurs motivations peuvent se mêler dans un même comportement. Nous souhaitons cependant souligner que la motivation érotique n'est qu'une composante possible, qui n'est certainement pas toujours active ni au premier plan. À l'inverse, la motivation apaisante de la succion apparaît souvent comme évidente. Plus particulièrement, les exemples cités renvoient à l'apaisement d'une angoisse de morcellement, dans les cas les plus précoces

et dans les troubles du développement, et d'une angoisse de séparation lorsque la distinction entre sujet et objet est adéquatement établie.

On peut même s'étonner face au peu de mention, chez les auteurs de l'école psychosomatique de Paris, de la succion non nutritive comme procédé autocalmant, voire comme son prototype même. Nous n'avons trouvé un tel rapprochement que chez un pédiatre (Boige, 2002). Cette absence de mention du suçotement est probablement en rapport avec la définition du procédé autocalmant comme ne procurant pas de satisfaction mais seulement de l'apaisement, comme étant distinct de l'auto-érotisme. Or, pour Freud le suçotement est une pratique auto-érotique : « En suçant de manière rythmique une partie d'épiderme ou de muqueuse, l'enfant se *satisfait* » (Freud, [1905 d], 2006, p. 74, souligné par nous).

Si nous partageons le souci de distinguer satisfaction et apaisement, autosensualité et autosensorialité, nous ne pensons pas qu'il soit pertinent de les opposer pour autant et d'affirmer qu'ils s'excluent mutuellement. Tout comme Freud a postulé que les pulsions libidinales s'étaient sur les pulsions d'autoconservation, pour expliquer par exemple le plaisir retiré par l'enfant au suçotement pour lui-même, on peut faire l'hypothèse qu'une pratique « auto-érotique » peut être produite non pas pour le plaisir qu'elle procure mais pour l'apaisement occasionné par le plaisir. La satisfaction a un effet calmant, conformément à la théorie freudienne selon laquelle elle décharge l'excitation pulsionnelle : « La volupté de sucer absorbe toute l'attention de l'enfant, *puis l'endort* ou peut même amener des réactions motrices, une espèce d'orgasme » (Freud, [1905 d], 2006, p. 72-73, souligné par nous). Il est d'observation courante que les enfants sucent leur pouce en réaction à une situation stressante, et non pas seulement par auto-érotisme : on est bien là devant le prototype même du procédé autocalmant.

Mais peut-être qu'une telle vision serait hérétique par rapport à la psychanalyse freudienne selon laquelle la sexualité serait toujours l'ultime but de tout acte, toute autre motivation devant lui être subordonnée. Cette vision a bien sûr été contestée, et on peut faire une analogie entre le thème qui nous occupe et la schizophrénie, où la même question s'est posée de l'alternative entre la motivation défensive et la motivation érotique à propos de l'autisme. En effet, comme nous le rappelions ci-dessus (cf. p. 29), Bleuler (1911) avait refusé d'utiliser la notion d'auto-érotisme proposée par Freud, et avait préféré proposer le terme d'autisme. En le faisant, Bleuler attribuait à l'autisme une motivation défensive, dans le sens d'un retrait de la réalité vécue comme hostile ou comme trop excitante, plutôt qu'une motivation érotique.

#### **I.4. Le bercement et le balancement**

Nous commencerons ici par une remarque concernant un problème de terminologie. Nous avons trouvé dans la littérature des références au bercement et au balancement, ces comportements étant cependant rarement définis et distingués l'un de l'autre. Lorsqu'il est fait référence au bercement d'un enfant par une autre personne qui le tient, il est relativement clair qu'il s'agit d'un mouvement de rotation engageant tout le corps qui passe alternativement d'une position horizontale à une position verticale ou du moins oblique. Si le bercement est opéré dans ce qui est justement appelé un berceau, il peut également renvoyer à un mouvement de rotation latéral. Lorsqu'il est fait allusion au bercement opéré par l'enfant lui-même, il peut aussi bien s'agir d'un mouvement vertical, mais limité au torse qui est penché alternativement en avant et en arrière, que d'un mouvement de rotation latéral engageant tout le corps, étendu, assis ou debout. Quant au balancement, il peut de même renvoyer à une rotation verticale ou latérale. Nous reprendrons les termes utilisés par les auteurs avec cette restriction, dont l'importance est limitée par la similitude de ces comportements, qui impliquent tous deux l'activation de sensations vestibulaires.

Dans la langue anglaise, le verbe *to lull* signifie à la fois « bercer » et « apaiser ». On aurait pu s'attendre à ce que le bercement et le balancement soient prioritairement associés à l'apaisement : « Le bercement est, comme on sait, régulièrement utilisé pour endormir des enfants agités ». Cependant, alors que cette citation est tirée des « Trois essais sur la théorie sexuelle » (Freud, [1905 d], 2006, p. 138), ce n'est pas sous cet angle que la psychanalyse a abordé cette question, jusqu'aux travaux des psychosomaticiens. C'est ainsi que Spitz (1950) par exemple l'a étudié comme un comportement typiquement auto-érotique lorsqu'il est produit par l'enfant lui-même. Il est vrai que Lindner (1879) déjà, l'auteur que nous avons cité plus haut et qui a influencé Freud dans sa compréhension de la sexualité infantile, mettait sur le même plan suçotement et balancement comme deux activités de plaisir. Il signale pourtant lui aussi, comme une évidence sur laquelle il ne s'attarde pas, que le bercement apaise et permet l'endormissement : « Quand on les laisse seuls, les suçoteurs voluptueux restent tranquilles et s'endorment en se berçant eux-mêmes (sans avoir besoin de balancements ou de chansons). Suçotement et bercement sont des notions similaires. Les mères et les nourrices, reconnaissantes, qualifient ces enfants de "sages" » (p. 604).

Les chercheurs ayant étudié le développement des nourrissons décrivent un décalage temporel entre suçotement et balancement : ce dernier apparaîtrait plus tardivement (Lezine et

Stambak, 1959 ; Scharbach, 1986, p. 86). Spitz (1965) relate l'avoir rarement rencontré chez des enfants de moins de 6 mois, mais selon lui, pratiquement tous les enfants s'y adonneraient à un moment ou à un autre. Ils le font en étant couchés sur le dos et en prenant appui sur leurs genoux et sur leurs coudes, et à partir de l'âge de 10 mois, ils peuvent le faire dans la position debout. D'après Spitz, les enfants qui choisissent le balancement comme activité principale sont victimes d'une attitude changeante de la part de leur mère, oscillant entre cajoleries et hostilité. En se balançant, ils prendraient leur corps entier comme objet, du fait que leur mère ne leur aurait pas offert la possibilité d'investir les représentations de parties privilégiées de leur propre corps en action, réaction ou interaction avec celui de leur mère.

Selon Shentoub et Soulairac (1961), le balancement est, avec le bercement, plus primitif que la masturbation. Dans leur étude sur des enfants âgés de plus de 9 mois, ils observent une courbe d'évolution décroissante entre 9 mois et 2 ans avec un plateau ensuite (p. 124). Ils relèvent que le pourcentage d'enfants qui se balancent encore à 3, 4 et 5 ans, correspond à peu près au pourcentage des sujets qui se sont avérés débiles mentaux d'après les tests de niveaux effectués.

Bowlby (1969) relate une expérience qui démontrerait l'importance cruciale du rythme de bercement. Il faut une vitesse de 60 cycles à la minute pour qu'un nourrisson en pleurs se calme, ce que l'auteur rattache au rythme du pas auquel un adulte marche (p. 392-393). Bowlby ajoute également qu'il n'y a pas d'effet d'accoutumance, c'est-à-dire que, jour après jour, le bercement continue d'être efficace en faisant cesser les cris. En outre, toujours selon l'étude à laquelle se réfère l'auteur, l'efficacité du bercement est plus grande que celle de l'attitude qui consiste à glisser une sucette dans la bouche de l'enfant.

De même, selon Kreisler, Fain et Soulé (1974), le bercement figure en première place, à côté du suçotement, parmi les procédés permettant de ramener au calme un enfant dans un état de malaise ou de souffrance : « Il est évident que le bercement et la sucette sont des moyens d'une grande banalité pour calmer un bébé. Ils restent d'ailleurs utilisés sous des formes diverses toute la vie et quasiment dans des circonstances semblables. Quand tout va mal, on aime trouver des bras accueillants, sinon un verre d'alcool ou des cigarettes » (p. 57). Fain établit une distinction entre la succion d'une sucette et le bercement, selon laquelle la première procurerait une satisfaction auto-érotique, et la seconde une satisfaction narcissique (*ibid.*, p. 91). En tout état de cause, il s'agirait dans les deux cas d'une *satisfaction* et donc

d'un plaisir, et c'est par cet intermédiaire que le calme serait obtenu. Conformément à la théorie de l'étagage, le plaisir du bercement, comme celui de la succion, viendrait de son association avec l'allaitement. En effet, les mouvements précédant celui-ci impliqueraient une alternance des positions horizontale et verticale qui est reproduite dans le bercement :

Pour expliquer la prévalence de cette pratique auto-érotique, portant sur les stimulations labyrinthiques, il faut peut-être rappeler que ces stimulations sont les premières perçues comme telles par le nouveau-né. On sait qu'elles permettent le premier réflexe conditionné : dès l'âge de trois semaines, le nouveau-né pris dans son berceau et passé de la position horizontale à la position verticale, puis de nouveau à la position horizontale d'allaitement, tourne sa tête vers la poitrine de celui qui le tient et dirige son "museau" vers elle. Il est vraisemblable que la prévalence de ces stimuli "évoque" pour le nourrisson la stimulation de soins maternels plus complets et de décharges plus globales. Le conditionnement, qui peut être simple, réalise une sorte *de prototype de plaisirs hallucinatoires*. C'est en cela que le bercement permet le retour (les plus grandes tensions étant résolues) au stade narcissique presque exclusif. C'est en ce sens qu'il est apport narcissique, c'est en ce sens aussi qu'il est un leurre, c'est en tant que tel qu'il fut aussi longtemps proscrit (p. 59, souligné par les auteurs).

On ne s'étonnera guère de ce que chacun rattache un même effet à des causes conformes à ses présupposés théoriques : alors que Bowlby fait le lien entre le rythme du bercement et le rythme de la marche, conformément à ses présupposés éthologiques, les auteurs français rapprochent plutôt le bercement de l'allaitement, conformément à la théorie freudienne de l'étagage. On peut noter à ce sujet que leur hypothèse peut expliquer non seulement l'apaisement produit par une rotation verticale, mais aussi celui produit par une rotation latérale, puisque celle-ci intervient au moment où l'enfant dirige son « museau » vers la poitrine de sa mère, elle-même favorisant ce mouvement en le faisant légèrement pivoter.

Une autre explication a été proposée par Ribble (1943), dont nous avons déjà mentionné les travaux concernant la succion (cf. I.3, p. 28). Cet auteur postule que, de même que cette dernière, le bercement satisfait chez l'enfant un besoin de stimulations sensitivo-sensorielles, une faim de stimuli (« *stimulus hunger* »). Il s'agirait d'un besoin touchant à tous les domaines sensoriels, à savoir le visuel, le vestibulaire et le kinesthésique, l'auditif, et surtout le cutané, ce qui expliquerait l'apaisement produit par les caresses. La satisfaction de ce besoin permettrait de favoriser la régulation végétative et le développement nerveux. Racamier (1953) estime que cette explication ne permet pas de rendre compte du « mécanisme économique de cette appétence particulière » :

L'état latent de tension préanxieuse de l'organisme l'explique plus clairement ; la chaleur cutanée évite la vaso-constriction périphérique qui accompagne cet état ; des stimulations précises et localisées soulagent sans doute l'anxiété flottante du

nourrisson ; enfin et surtout la satisfaction de l'érotisme cutané décharge la tension intérieure [...] (p. 337).

Racamier insiste donc sur l'effet apaisant de ces stimulations, effet obtenu en grande partie par l'intermédiaire du plaisir, comme pour les psychosomaticiens cités ci-dessus. Pourtant, Ribble ouvrait une voie originale en postulant un besoin intrinsèque de stimulation, car alors l'apaisement est expliqué par la satisfaction de ce besoin propre. Cette voie a été explorée dans les travaux plus récents sur le tempérament de l'enfant que nous avons cités plus haut (cf. I.1, p. 20), et qui ramènent celui-ci essentiellement à un niveau optimum de stimulation et aux systèmes de régulation de ce niveau.

Au fil du temps, il semble que les auteurs de l'école psychosomatique de Paris aient de plus en plus laissé de côté la dimension de plaisir du bercement et son inscription possible dans le développement normal de l'enfant, pour souligner davantage sa dimension morbide, en rattachant sa motivation pulsionnelle non pas à la libido mais à la pulsion de mort :

Selon la métapsychologie [...] issue de la mise en place d'une pulsion de mort, c'est l'effet pare-excitant de cette dernière qui serait mobilisé en priorité par le bercement, effet pare-excitant gelant l'excitation qui n'en conserve pas moins son potentiel de reprise en cas de cessation du mouvement pare-excitant. Autrement dit, dans un syndrome d'insomnie précoce, le moyen utilisé ne paraît pas être une action inhibante sur les récepteurs sensibles tel que cela s'observe dans l'autisme, mais une activité permanente dont le but est la cessation de la souffrance engendrée par la surexcitation (Marty, 1993, p. 59).

En particulier, depuis l'introduction de la notion de « procédés autocalmants », le bercement n'a plus été perçu que comme une entrave à la pensée, ou en termes psychosomatiques, un facteur opératoire. Dans un numéro de la Revue française de Psychosomatique consacré aux « procédés autocalmants », Fain (1993) mentionne une observation qu'il considère comme étant à l'origine de l'idée qu'une excitation peut être suscitée pour faire cesser un état traumatique, observation décrite dans l'ouvrage qu'il a écrit avec Kreisler et Soulé (Kreisler *et al.*, 1974) :

Cet état traumatique, causé en général par des attitudes inconscientes de la mère, est calmé par un bercement continu, calme cessant avec l'interruption du bercement. Le sommeil ainsi obtenu provient tout autant du fait que le mouvement rythmique s'est substitué, en les annulant, aux messages surexcitants produits par la mère, avec une conséquence déductible pour l'enfant : un sommeil ainsi obtenu n'est pas apte au développement de la fonction onirique. C'est le bercement continu qui est devenu en quelque sorte le gardien du sommeil. Autrement dit, une telle situation montre, *in statu nascendi*, l'effacement d'une activité mentale par le biais du bercement. L'objet efface le sujet (Fain, 1993, p. 59).

Ce qui est décrit ici n'est pas à proprement parler un procédé autocalmant, puisque c'est la mère qui berce l'enfant et non pas l'enfant qui se berce lui-même, mais il en serait l'origine, car on y retrouve certaines de ses caractéristiques, et en particulier celles chères aux psychosomaticiens, comme l'entrave à la pensée court-circuitée par l'intermédiaire du corps, à la fois par le traumatisme et par le comportement destiné à apaiser celui-ci. Faut-il voir le balancement produit par l'enfant lui-même comme la reproduction « autocalmante » du bercement par la mère ? Telle est l'opinion de Szewc (1998), qui considère l'autobercement comme un « procédé d'endormissement autocalmant » (p. 90).

### **I.5. La masturbation**

Lindner (1879) n'a pas seulement eu l'audace de développer un discours scientifique au sujet de la volupté recherchée dans la succion, il a aussi osé aborder la masturbation infantile comme une habitude courante, en décrivant une transition entre ces deux comportements : « De même qu'il peut y avoir souvent changement de la zone sucée, il peut y avoir aussi changement dans l'activité de la main secourable et dans les points voluptueux. La main cherche un nouveau point voluptueux, et il s'agit alors très souvent des parties sexuelles » (p. 599).

Près d'un siècle plus tard, la recherche concernant la sexualité humaine s'est passablement dégagée des tabous qui la muselaient, et on a commencé à établir des statistiques concernant les diverses pratiques sexuelles, par l'intermédiaire d'enquêtes. La plus fameuse est celle menée par Kinsey (1948, 1953), selon laquelle 92% des hommes adultes interrogés et 63% des femmes reconnaissent pratiquer la masturbation aux Etats-Unis à cette époque. Chez l'enfant, les données dont on disposait demeuraient sujettes à caution, non seulement de par le biais inhérent à la méthode de l'enquête, comme chez l'adulte, mais aussi parce que c'est en interrogeant leurs mères que les chercheurs calculaient la fréquence de l'onanisme chez les garçons et les filles. Conscients de ce biais possible, Shentoub et Soullairac (1961) fournissent les données suivantes :

On est frappé par la diversité des courbes selon le sexe considéré ; en effet, à 9 mois (et certainement bien avant déjà) 50% des garçons se masturbent (et ce chiffre représente un minimum, les mères n'étant probablement pas toujours sincères dans leurs réponses à ce propos), alors que 11% seulement des filles touchent à leurs organes génitaux. Le maximum de fréquence est atteint à 12 mois chez les garçons (73%), à 18 mois seulement chez les filles (55%). [...] Les courbes suggèrent qu'à partir de 12 mois, le garçon abandonne partiellement la succion au profit de la masturbation, alors que, chez la fille pour qui la masturbation est plus réduite, la fréquence de la succion ne décroît que très légèrement. La succion et la masturbation

se retrouvent chez environ 50% de la population infantile, jusqu'à l'aube de la période de latence (6-7 ans) (p. 124).

Freud ([1905 d], 2006) a remarqué que parfois, la masturbation est pratiquée dans un contexte de stress, d'anxiété, de déplaisir :

Chez l'écolier, l'angoisse de subir un examen, la tension née d'un problème difficile à résoudre, peuvent revêtir une significativité tant pour l'irruption de manifestations sexuelles que pour le rapport à l'école, dans la mesure où, dans de telles circonstances, survient assez souvent un sentiment de stimulation qui incite à toucher les organes génitaux, ou un processus de l'ordre de la pollution avec toutes ses suites déroutantes (p. 140).

Fidèle à la conception qu'il aura jusqu'en 1920, selon laquelle le plaisir sexuel est le but ultime de tous les comportements, il n'en conclut pas que ce plaisir pourrait avoir une fonction défensive et être mis au service de la lutte contre l'anxiété, et que c'est cette explication là qu'il faudrait donner à l'« auto-érotisme » dans un tel contexte. À l'inverse, selon lui, tout se passe comme si l'érotisme exerçait une telle attractivité qu'il déborderait même de son champ propre pour infiltrer celui des affects déplaisants :

L'effet sexuellement excitant de bien des affects en soi déplaisants, quand on éprouve angoisse, tremblement, horreur, se maintient même chez un grand nombre d'êtres humains tout au long de leur vie mature et est probablement la raison pour laquelle tant de personnes courent après l'excitation de telles sensations, pour peu que certaines circonstances marginales (l'appartenance à un monde d'apparence, lecture, théâtre) tempèrent le sérieux de la sensation de déplaisir (*ibid.*, p. 140).

Par ce développement, Freud veut montrer que tous les affects plus ou moins intenses, agréables ou désagréables, même les excitations liées à de l'effroi, peuvent être sources d'excitation sexuelle.

Or, on peut faire une autre lecture des mêmes comportements. L'incitation à toucher les organes génitaux peut se comprendre en termes défensifs dans un premier temps, puis en termes libidinaux dans un second temps seulement. Dans un premier temps, confronté à des affects de déplaisir, l'enfant puis l'adulte peut tenter de mobiliser des sensations de plaisir et d'apaisement de façon défensive. Ce ne sont pas alors les affects de déplaisir qui sont recherchés pour satisfaire la libido, c'est la libido qui est subordonnée à la lutte contre l'anxiété. À force de recourir défensivement à des comportements auto-érotiques lorsqu'il éprouve des affects déplaisants, l'enfant peut instaurer progressivement une association entre déplaisir et excitation sexuelle, si bien que celle-ci apparaît finalement même sans l'intermédiaire du comportement auto-érotique, selon les mécanismes mis en évidence par les

théories de l'apprentissage. Une fois établie l'association entre déplaisir et excitation sexuelle, les affects de déplaisir peuvent être délibérément provoqués et recherchés pour susciter celle-ci. C'est alors, dans un second temps, qu'on peut assister à des sensations de déplaisir qui deviennent « sources » de plaisir, c'est-à-dire érogènes, et qui peuvent être subordonnées à la libido.

Abraham (1916) parle, à propos de la masturbation comme de la succion, de « somnifère auto-érotique ». Cette expression ne manque pas d'intérêt, dans la mesure où elle juxtapose la motivation apaisante et la motivation libidinale. Pourtant, seule la seconde a retenu l'attention de l'auteur, alors qu'il relatait en détail les vicissitudes du traitement d'un homme dont l'insomnie constituait le symptôme le plus gênant. Cet homme ne parvenait à s'endormir qu'en suçant son pouce et en se masturbant, et lorsqu'il s'interdisait de se masturber, il devait recourir à des somnifères pour parvenir au sommeil.

Winnicott (1931) relate le cas d'un enfant qui, à l'âge de trois ans, s'était plaint d'une douleur au pénis, symptôme consécutif à la naissance d'un petit frère. L'auteur relève qu'à cet âge, l'enfant « utilisait déjà *l'auto-érotisme pour faire face à la tristesse* » (p. 145, souligné par nous), faisant allusion à la masturbation. Il s'agit donc bien d'un usage défensif de pratiques auto-érotiques, même si l'auteur ne le mentionne pas explicitement. Dans un autre texte, consacré à l'énurésie, il avance que « le plaisir sert à gérer la peur » : « Cela revient à dire que si on a des soucis, on se sent mieux après un bon repas, et ce n'est qu'un exemple parmi d'autres » (Winnicott, 1936, p. 205).

En réalité, la plupart des psychanalystes ont vu la masturbation chez l'enfant et l'adolescent comme une pratique occasionnant du déplaisir plutôt qu'occasionnée par lui, dans la mesure où elle serait chargée d'une culpabilité et d'une crainte de castration rattachée au conflit œdipien.

Comme relevé plus haut à propos de l'ingestion d'aliments (cf. I.2, p. 24), on ne saurait tenir rigueur aux premiers psychanalystes de ne pas avoir développé la possible fonction défensive des sensations de plaisir. Ils s'attachaient à démontrer le but érotique de beaucoup de comportements de l'enfant, et se heurtaient souvent à un scepticisme tantôt condescendant, tantôt incisif. Ce n'est qu'après l'avoir fait qu'il devenait possible de prendre en considération d'autres motivations possibles à des comportements d'allure auto-érotique.

Même dans la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, nous n'avons trouvé que quelques allusions à la fonction apaisante de la masturbation. Il s'agit alors notamment de démontrer que cette pratique n'est pas nocive par nature, comme on le pensait généralement, et qu'elle peut se montrer même bénéfique puisqu'elle aurait des vertus apaisantes. Les parents auraient donc tort de réprimer de façon stricte l'onanisme de leur enfant, puisqu'il peut parvenir ainsi à se calmer par lui-même. L'indulgence ainsi manifestée ne semble pas étrangère au mouvement de tolérance des années 60 vis-à-vis des tabous sexuels en vigueur jusque là. On en trouve une illustration expressive chez Dolto (1965) :

Quant aux croyances aux dangers de la masturbation, à la maladie, à la folie, à l'imbécillité, voire au ramollissement de la moelle épinière (sic), elles sont si répandues dans certains milieux, qu'il faut bien croire que ces "bruits" ont été lancés par des médecins peu sensés, auteurs de livres néfastes [...].

La vérité, c'est que la masturbation normale, loin de fatiguer l'enfant, apaise la tension libidinale phallique qu'il ressent et dont les érections font preuve. Elle apporte à l'enfant une détente physio-affective qui n'atteint pas en intensité l'orgasme de l'adulte puisqu'il n'y a pas d'éjaculation, mais qui est un apaisement psychique et physique, tant qu'à ses fantasmes masturbatoires il ne se mêle point l'idée d'une désobéissance coupable ou d'un danger menaçant (p. 72).

McDougall, dans son *Plaidoyer pour une certaine anormalité* (1978), mentionne également la masturbation comme une activité qui n'est pas nécessairement pathologique. Elle cite les travaux de Spitz selon lesquels la masturbation ne s'observerait que chez des enfants ayant bénéficié d'une bonne relation avec leur mère. Elle relate également une étude américaine selon laquelle des enfants privés de soins maternels normaux auraient tendance à agir sur l'environnement face à des situations de frustration ou d'angoisse, « là où d'autres enfants auront recours à des *activités auto-érotiques pour se soulager* » (p. 71, souligné par nous).

Ajuriaguerra (1974) décrit également chez l'adolescent une fonction apaisante de la masturbation, en continuant toutefois de signaler l'évolution pathologique susceptible de s'ensuivre : « L'adolescent peut trouver dans la masturbation la solution à un certain nombre d'états tensionnels ou la consolation face à certaines difficultés, et aboutir à une organisation du type compulsif ou narcissique » (p. 422).

Les éthologistes, paradoxalement moins enclins à voir une motivation sexuelle dans la plupart des comportements animaux que ne le sont les psychanalystes pour les humains, ont observé des comportements de masturbation dans des situations de stress chez diverses espèces. Par exemple, un singe qui sort perdant d'un affrontement social ira s'asseoir à l'écart du groupe et

se mettra à se gratter ou à se masturber. Les enfants âgés de 3 à 5 ans qui ont le dessous dans un affrontement avec d'autres présenteraient aussi souvent des comportements d'autostimulation similaires. De même, les chimpanzés peuvent réagir à la frustration en se masturbant (Demaret, 1979, p. 62-63). Les éthologistes tendent à interpréter ce type de comportements comme des « activités de substitution ». Nous discuterons ci-dessous (cf. I.9.2, p. 53) l'hypothèse selon laquelle ces activités de substitution auraient précisément une fonction autocalmante.

### **I.6. L'agrippement (*grasping*) et la recherche de contact avec la mère**

La nature et l'origine du lien d'attachement que l'enfant développe avec sa mère a fait l'objet de diverses hypothèses. Jusqu'à la fin des années 50, la théorie dominante proposée par la psychanalyse consistait à expliquer l'investissement privilégié dont bénéficie la mère par la satisfaction des besoins physiologiques de l'enfant qu'elle procure, conformément à la « théorie de l'étayage » déjà évoquée plus haut. Le plaisir procuré non seulement par la succion, mais aussi par le contact physique avec la mère, a été rattaché au contentement alimentaire.

On peut s'étonner de ce que Freud n'ait pas été tenté de rattacher le plaisir du contact à une pulsion originellement plutôt que secondairement sexuelle, alors qu'on sait bien par ailleurs la place prépondérante qu'il a accordée à la motivation sexuelle des comportements. En effet, il avait connaissance d'une théorie proposée par Albert Moll [1862-1939], et postulant l'existence d'une pulsion sexuelle spécifiquement de contact, appelée « pulsion de contrectation » : « contrectation signifie un besoin de contact avec la peau » (Freud, [1905 d], 2006, p. 103). Dans une note ajoutée en 1910 et supprimée en 1915, il dit sa déception face à cette théorie qui divise la pulsion sexuelle en « pulsion de détumescence » et « pulsion de contrectation ». Il estime peu crédible cette dernière, dans la mesure où Moll la fait apparaître plus tardivement que la pulsion de détumescence et la décrit comme étant dirigée vers d'autres personnes. Elle ne permettrait donc pas de rendre compte de la composante auto-érotique de la masturbation.

Les objections qui ont été faites à la théorie freudienne de l'étayage, notamment par Harlow (1958) et par Bowlby (1958), sont bien connues. Nous nous contenterons de souligner ici quelques points qui peuvent être rattachés à notre sujet.

Dans leurs expériences faites avec des singes, Harlow et ses collaborateurs ont montré que le petit délaissait une mère-mannequin constituée d'un cylindre de fil de fer, et lui préférait le même cylindre recouvert de tissu moelleux. Ils en tirent la conclusion suivante : « Ces données rendent évident que le *réconfort du contact* est une variable d'importance critique dans le développement de la réactivité affective à la mère substitut (c'est-à-dire le mannequin) et que l'allaitement paraît jouer un rôle négligeable » (cités par Bowlby, 1969, p. 291, souligné par nous). En mettant en évidence ce « réconfort du contact », les chercheurs ont démontré de façon magistrale l'effet apaisant de certaines sensations, même si leur but n'était pas celui-là.

Plus précisément, dans certaines de leurs expériences, ils ont observé le comportement du petit singe lorsqu'il est alarmé et lorsqu'il est dans un cadre étranger. Dans un tel contexte, lorsqu'il peut s'accrocher à une mère-substitut en tissu, le petit devient moins effrayé et se met même à explorer les objets étrangers, y compris ceux qui avaient déclenché sa réaction d'alarme. Nous sommes donc en présence d'un cas de figure notoire d'une recherche de sensations dans un but d'apaisement face à un facteur de stress, ou en termes psychodynamiques, un recours défensif à des sensations pour lutter contre l'anxiété.

Selon Bowlby, l'attachement correspond ainsi à un schème de comportement instinctif, indépendant de la pulsion orale. Sur le plan de l'évolution, cet instinct aurait pour fonction la protection à l'égard des prédateurs, et sur le plan de l'individu, il se traduirait par une réaction à la sensation de prédation, de menace. En d'autres termes, Bowlby réfute le lien entre attachement et nourriture, mais en mettant en avant la protection contre les prédateurs, il demeure dans le registre de ce que Freud a appelé les pulsions d'autoconservation. En revanche, en motivant la recherche de contact par l'anxiété face à une menace, Bowlby situe cette recherche de sensation non pas du côté de la pulsion mais du côté de la défense.

Il est à relever par ailleurs que chez l'animal, les attitudes de punition provenant de la mère-substitut ne diminuent pas mais accentuent au contraire les comportements d'attachement. Bowlby (1969) mentionne plusieurs recherches faites aussi bien avec des chiens, des moutons et des singes, qui montrent que le petit recherche encore davantage le contact avec une mère-substitut qui produit des stimuli désagréables, alors même qu'il est averti de l'imminence de ces stimuli par un signal. L'auteur ne s'en étonne guère, étant donné que le comportement d'attachement est déclenché par tout ce qui alarme, y compris l'objet d'attachement lui-

même. Peut-on en conclure qu'une mère humaine qui aurait des traits sadiques serait encouragée à les libérer avec son enfant, dans la mesure où il réagit aux agressions *venant d'elle* par des manifestations d'attachement et qu'il peut ainsi ne donner aucun signe inquiétant susceptible de faire réagir l'entourage ? Bowlby ne va pas jusqu'à oser cette hypothèse.

Ajuriaguerra (1974) regrette que Bowlby ait tenu à donner un statut pulsionnel à l'attachement. Il considère que le fait de postuler une pulsion « n'ajoute rien à notre compréhension » (p. 59). Malgré cette restriction, il reprend les travaux de Bowlby, et il parle de désafférentation en cas de défaut de stimulation. En tout état de cause, pulsion ou pas, il existerait chez l'enfant un besoin de contact spécifique, ainsi que le résume Fischer-Hauchecorne (1992) :

En dehors des automatismes généraux, qui nous sont donnés à la naissance et des besoins qui sont satisfaits par la voie orale, il existe chez l'enfant des "appétits de stimuli" et des "appétits d'affects". La mère n'apporte pas seulement de l'amour, dans le sens classique du terme, elle apporte aussi un contact peau à peau, une mobilisation, une régularisation de la rythmicité biologique, une verbalisation qui, même avant de prendre un sens de communication, est afférence et affect (p. 65).

On peut considérer ainsi qu'Ajuriaguerra (1974), malgré sa réticence à parler de pulsion, rejoint Bowlby dans l'idée que le contact avec la mère constitue un besoin spécifique. Si celui-ci n'est pas satisfait, on peut s'attendre à voir se développer des tentatives de compensation : « J. Bowlby postule que lorsque l'enfant est empêché de s'agripper et de suivre, le suçotement et les excès de nourriture se développent comme des activités non symboliques, hors du contexte. Il relève, en particulier chez les animaux, que les petits rhésus et les petits chimpanzés, élevés sans pouvoir s'accrocher à leur mère, se livrent à de grands excès de suçotement auto-érotique » (p. 204). Au vu de tout ce qui précède, on peut se demander si le qualificatif d'« auto-érotique » s'avère bien pertinent ici, surtout à propos de Bowlby. Mais il est intéressant de noter que les compensations évoquées, à savoir l'ingestion d'aliments et la succion, renvoient à d'autres sensations dont nous avons décrit l'effet apaisant, et que l'enfant peut produire seul. C'est la raison pour laquelle nous consacrons un chapitre à l'agrippement et au contact avec la mère, malgré qu'il implique toujours l'objet et ne comprend pas de versant directement anobjectal et « autocalmant » comme les autres comportements analysés (*se nourrir, se sucer le pouce, se balancer, se masturber*), encore que Bowlby ne voit rien d'autre dans l'objet transitionnel qu'un agrippement solitaire (cf. I.8, p. 52).

Nous avons vu que cet auteur a contesté la théorie freudienne de l'étayage, et s'est distancié des principes théoriques psychanalytiques en se rapprochant de l'éthologie. Nous avons rappelé qu'avant lui, au sein même du champ psychanalytique, des auteurs ont apporté un autre éclairage au « réconfort du contact » que celui de l'étayage sur la satisfaction des besoins physiologiques (cf. I.3, p. 27).

Par exemple, Bowlby a été influencé par les travaux de l'école hongroise, notamment ceux de Hermann (1943) qui s'était, lui aussi, intéressé à l'éthologie et qui postulait l'existence d'une pulsion d'agrippement. Ses idées nouvelles ont inspiré les psychanalystes qui observaient directement des enfants, parfois privés de contact stable avec une figure maternelle, et que l'insuffisance du seul nourrissage amenait à mettre en évidence d'autres besoins, comme par exemple son compatriote Spitz. Pour Ribble (1943), le contact constitue en soi un besoin *physiologique* à part entière, tout comme les autres stimulations sensorielles déjà citées, puisqu'il s'avèrerait nécessaire à la régulation végétative et au développement nerveux.

Ce sont les auteurs post-kleiniens qui semblent avoir le plus développé sur le plan théorique le besoin de contact pour la maturation *psychologique* de l'enfant. En particulier, Bion (1962) a décrit une relation contenant-contenu et une fonction contenante incombant à la figure maternelle. Il s'agit pour la mère de transformer les éprouvés inassimilables par l'enfant en expériences mentalisables. Ces éprouvés inassimilables peuvent être en rapport avec la faim, mais aussi avec la peur de mourir ou toute autre angoisse, en particulier l'angoisse liée à la symbiose et à la confusion avec l'objet. Ainsi, Bion (1963) relève que le sens du toucher peut être utilisé « [...] dans un but de *réassurance*, de manière à sentir qu'il existe une barrière entre deux objets » (cité par Houzel, 2005, p. 67, souligné par nous). Le contact de peau à peau implique autant une distance qu'une proximité, paradoxe que Freud avait déjà identifié en proposant le concept de « barrière de contact » (Anzieu, 1985). En fait, on peut faire l'hypothèse que le contact serait vécu comme une barrière pendant la période où l'enfant construit la distinction sujet-objet ou intérieur-extérieur, et qu'ensuite il serait vécu davantage comme une proximité si cette construction est adéquatement établie.

Cette conception se distingue donc également de la théorie freudienne de l'étayage en ce qui concerne le sens qu'elle attribue au contact avec la mère, mais elle le fait par un autre biais que l'éthologie et la théorie de l'attachement, sans pour autant s'y opposer nécessairement.

Elle postule chez l'enfant un besoin primaire, c'est-à-dire non dérivé d'un autre besoin, d'être contenu, par l'intermédiaire de la fonction contenante de la mère. Cette fonction contenante est de nature psychique, mais elle peut s'exprimer par l'intermédiaire des fonctions corporelles : Bion mentionne le système respiratoire, le système auditif et le système visuel, et il ajoute le statut particulier du sens du toucher, qui introduit une barrière entre contenant et contenu que n'impliquent pas les trois autres. On peut ajouter que la forte résonance émotionnelle du toucher contribue également à lui donner un statut particulier, comme le fait remarquer Bullinger (2004) : « Chez le nouveau-né, la réaction à un flux tactile consiste en une mobilisation tonique globale à forte composante émotionnelle » (p. 83).

Le concept de *holding* (maintien) proposé par Winnicott s'inscrit dans une conception similaire des besoins de l'enfant. Telle est l'opinion de Houzel (2005), même si celui-ci considère que Winnicott ne peut pas vraiment être situé dans le groupe kleinien, qui ne l'a jamais accepté, ni parmi les analystes post-kleinien. Schématiquement, la notion de *holding* renvoie à un besoin chez l'enfant d'un environnement contenant, impliquant non seulement une façon de le tenir, mais les soins maternels dans un sens plus large : « Le terme de "maintien" (*holding*) est utilisé ici pour dénoter que l'on porte physiquement l'enfant, mais il désigne aussi tout ce que l'environnement lui fournit antérieurement au concept de *vie commune* » (Winnicott, 1958, souligné par l'auteur). L'auteur insiste sur l'importance du *holding* dans l'intégration du psychisme de l'enfant et dans son sentiment de continuité d'existence. Il ne semble pas cependant s'être attardé sur l'effet apaisant que peuvent avoir le *holding* et les diverses sensations liées aux soins maternels.

En résumé, les auteurs post-kleinien s'accordent avec Bowlby pour dire qu'il existe un besoin de contact intrinsèque chez l'enfant. L'apaisement du contact n'est cependant pas rattaché à un effet sécurisant face aux menaces extérieures potentielles, d'origine phylogénétique et lié à l'instinct de survie. Le contact maternel est décrit comme nécessaire à la construction du Moi, de l'identité du sujet comme distincte de celle de la mère, par l'intermédiaire de la construction d'une *enveloppe psychique* (Houzel, 2005). Il s'agit d'un besoin du fait que le nourrisson n'est pas équipé psychiquement pour assimiler seul tous ses vécus, équipement qui se construit dans la relation avec la mère. Ce contact est apaisant dans la mesure où il contribue à rendre assimilables des vécus sinon impossibles à intégrer, et il permet ainsi de diminuer l'intensité des angoisses archaïques du nourrisson en rapport avec son intégrité.

Selon cette conception, les comportements d'agrippement (*grasping*) s'estomperaient avec la constitution de l'enveloppe psychique. Leur persistance serait à comprendre comme l'expression de graves troubles de la construction de la pensée, comme on peut l'observer chez des enfants autistes :

Or, la pathologie pédopsychiatrique nous montre que lorsque le grasping a disparu en raison de la myélinisation progressive des fibres nerveuses, certains enfants autistes continuent à tenir un objet comme s'ils ne pouvaient s'en passer. Deux hypothèses s'offrent à nous ; première hypothèse : soit l'enfant ne peut lâcher l'objet, qui devient dès lors un "objet autistique" (Tustin), parce qu'il ne peut pas suffisamment s'appuyer sur une représentation (interne) qui lui permettrait de supporter son absence malgré tout, et dans ce cas nous assistons à l'agrippement pathologique, prolongement de l'identification adhésive normale en identification adhésive pathologique ; soit, deuxième hypothèse, l'enfant ne lâche pas l'objet parce que la libido chargée de lier la pulsion à sa représentation est débordée ou vaincue par la pulsion de mort, actrice de la dé-liaison, rendant difficile la "psychisation de cet objet", ou représentation, et nécessaire le lien à sa seule concrétude (Delion, 2004, p. 17).

Nous développerons dans le chapitre suivant (cf. II.1, p. 57) la question de la surenchère des sensations dans l'autisme et les troubles graves du développement.

### **I.7. Les « conduites auto-offensives »**

Il est admis qu'on trouve dans le développement normal de l'enfant des conduites « auto-offensives », gestes répétés sans intentionnalité agressive ni causalité : autocognements, notamment de la tête, griffures, morsures, pincements, arrachage de croûtes, etc. Les conduites auto-offensives apparaîtraient plus tardivement que la succion du pouce, « car liées à des comportements plus organisés sur le plan affectif et social » (Scharbach, 1986, p. 86). Ces conduites disparaissent généralement vers l'âge de deux ans, ce qui est rattaché au fait que l'enfant est alors « en mesure d'évaluer les qualités nociceptives de son geste ainsi que les conséquences » (*ibid.*, p. 85). Nous verrons à propos de l'autisme que cette compréhension n'est pas sans susciter des questions.

À propos des motivations sous-jacentes à ces comportements, Scharbach (1986) écrit : « Les conduites visent à une exploration, à une reconnaissance corporelle, à une structuration, à une stimulation et comportent une valeur auto-érotique » (p. 85). Freud (1905 d) évoque le rôle de la douleur dans la sensation du corps propre, et Schilder (1950) considère la douleur comme l'un des deux facteurs jouant un rôle particulier dans la création de l'image du corps, l'autre étant le contrôle moteur des membres. Dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle déjà, Preyer

[1841-1897], auteur considéré comme l'un des pionniers de la psychologie de l'enfant en Allemagne, remarquait l'importance de la douleur dans la construction de l'image du corps : « Avant qu'il soit en état de reconnaître comme lui appartenant les parties de son corps qu'il peut toucher et voir, l'enfant doit passer par un grand nombre d'expériences, qui sont le plus souvent accompagnées de sensations douloureuses » (1882, p. 439).

Il est à relever ainsi que l'idée d'une absence de vécu d'intégrité du corps chez le nourrisson avait été déjà émise avant l'apparition de la psychanalyse, de même que la compréhension des conduites auto-offensives comme des comportements d'exploration. Preyer observait que le nourrisson avait la même attitude à l'égard de son corps qu'à l'égard des objets extérieurs, comme le résume Schilder (*op. cit.*) :

Il regarde, par exemple, bouger ses bras et ses jambes tout comme il observe la flamme d'une bougie. Il regarde sa main prendre quelque chose aussi attentivement qu'il observe tout ce qui bouge autour de lui. Dans le bain, il observe son corps et touche particulièrement ses pieds (39<sup>e</sup> semaine). Il mord ses doigts, ses bras, ses orteils, au point de se faire mal et de crier de douleur (409<sup>e</sup> jour). Il se donne des coups violents sur la tête (41<sup>e</sup> semaine). Il serre très fort une de ses mains dans l'autre comme si c'était un jouet. Ce goût de s'observer diminue au cours de la deuxième année : comme si l'enfant connaissait maintenant son corps et ne s'y intéressait plus guère. Preyer et Bernfeld en concluent que l'enfant n'a au départ pratiquement aucune connaissance de son corps et qu'il lui faut le distinguer des autres objets par des informations kinesthésiques, motrices et viscérales (p. 212).

À noter que les comportements scrupuleusement consignés par Preyer concernent souvent son propre fils. Lorsque Piaget, ainsi que de nombreux psychanalystes, publieront les observations de leurs propres enfants, ils ne feront ainsi que prolonger une coutume déjà introduite dans les mœurs scientifiques par des auteurs tels que Taine ou même Darwin (Nicolas, 2005).

Lorsqu'il est fait référence à l'auto-érotisme pour expliquer les conduites auto-offensives dans le développement normal, les mécanismes reliant plaisir et douleur sont peu clarifiés, les auteurs reproduisant généralement des formules psychanalytiques convenues. Par exemple, Ajuriaguerra (1974) résume de la façon suivante la position d'un groupe d'auteurs : « Pour Silberstein *et al.*, aussi bien les balancements que les battements de la tête (autres que ceux qui correspondent à des accès de colère) sont des comportements auto-érotiques. L'enfant cherche une stimulation nécessaire afin d'obtenir une gratification immédiate (tout en excluant la réalité) qui lui permet de provoquer une réalisation hallucinatoire du désir » (p. 248). Quant à Freud lui-même ([1924 c], 2006), il a avancé l'hypothèse d'un lien de nature physiologique

entre douleur et plaisir. La stimulation douloureuse, comme toute stimulation d'ailleurs, serait susceptible de provoquer une excitation sexuelle :

J'ai affirmé dans les *Trois essais sur la théorie de la sexualité* [...] que l'excitation sexuelle se produit comme effet marginal dans toute une série de processus internes, dès lors que l'intensité de ces processus a dépassé certaines limites quantitatives. Bien plus, rien d'important n'advient peut-être dans l'organisme sans avoir à fournir sa composante à l'excitation de la pulsion sexuelle. En vertu de quoi, l'excitation de la douleur et du déplaisir devrait, elle aussi, avoir cette conséquence. Cette coexcitation libidinale lors de la tension de la douleur et du déplaisir serait un mécanisme physiologique infantile, qui plus tard s'épuise. Elle trouverait dans les diverses constitutions sexuelles un développement diversement important, fournissant en tout cas le fondement physiologique sur lequel est ensuite édifié dans le psychisme le masochisme érogène (p. 290-291).

La description de Freud, selon laquelle la coexcitation douloureuse et libidinale s'épuiserait avec le temps, permettrait d'expliquer pourquoi les conduites auto-offensives s'estompent, puisque leur motivation libidinale disparaîtrait. Mais Freud ne précise pas en vertu de quoi et selon quels mécanismes s'opèrerait cette évolution. L'explication selon laquelle les comportements douloureux cesseraient chez l'enfant lorsqu'il a construit son intégrité corporelle et élaboré une enveloppe psychique situant les sensations douloureuses à l'intérieur du corps nous paraît moins mystérieuse et moins sujette à caution.

À noter que la citation ci-dessus est de celles qui ont pu nourrir les accusations de pansexualisme adressées à Freud. Certes, la sexualité apparaît comme dérivée, secondaire, comme dans la théorie de l'étayage : « elle ne se détache que secondairement et elle est rarement retrouvée comme une fonction absolument autonome » (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 149). Mais son caractère secondaire, son absence de patrie propre en fait justement une nomade qu'on peut retrouver partout : secondaire, certes, mais secondaire à tout et donc présente dans toutes les motivations humaines. Freud le dit ici clairement : selon lui, rien d'important n'advient sans exciter la sexualité.

Nous verrons que les hypothèses proposées dans le cadre du développement « normal » de l'enfant le sont aussi dans le cadre pathologique de la psychose ou de l'arriération, avec simplement une différence de degré et de durée. C'est ainsi que :

- l'auto-érotisme sera également invoqué pour rendre compte de l'automutilation autistique ;
- la référence au besoin de stimulation donne aux sensations une fonction *compensatoire* : pour Green par exemple (1967), le balancement et l'autocognement de la tête sont destinés à satisfaire les besoins sensoriels de base : ces autostimulations

viendraient donc compenser un manque de stimulation sensorielle et cesseraient au moment où ce manque serait comblé. Nous retrouverons cette idée à propos de la psychose infantile, de même que l'idée de l'auto-exploration ou de la reconnaissance corporelle. Simplement, dans le cas de la psychose infantile, ces comportements se poursuivraient en raison de l'absence de construction d'une représentation adéquate des limites du corps ;

– Kravitz *et al.* (1960) évoquent une autre hypothèse qu'on retrouvera chez les auteurs traitant des automutilations autistiques : ils considèrent les autocognements de la tête comme un moyen de réduire une tension, qui pourrait provenir notamment de l'éruption des incisives et de la période de transition entre pouvoir se tenir assis et ramper. Nous retrouverons cette hypothèse, qui attribue à une douleur la fonction d'en atténuer une autre, en discutant la question des automutilations observées chez les enfants autistes ; nous parlerons alors de la fonction *neutralisante* des sensations. Ici encore, le cadre normal se distingue du cadre pathologique par le caractère transitoire de ces comportements, lié au caractère transitoire de leurs causes supposées.

### **I.8. L'objet transitionnel : un objet de sensation**

L'objet transitionnel est décrit par Winnicott (1951) comme appartenant au développement normal de l'enfant, et nous ne nous arrêterons pas sur lui en tant que tel, mais nous soulignerons quelques aspects en rapport avec notre sujet.

Dans son texte, Winnicott (1951) commence par rappeler que les nouveau-nés *trouvent la quiétude* en suçant leur pouce, leurs doigts ou leur poing. Or, il inscrit les phénomènes transitionnels dans la continuité de ce comportement, leur apparition étant plus tardive. Comme le relève Bowlby (1969) : « Alors que sucer le pouce ou la sucette commence habituellement dans les premières semaines, l'attachement à un objet doux *particulier* que l'on dorlote est rarement présent avant neuf mois et souvent cela commence beaucoup plus tard » (p. 412). Lorsque Winnicott décrit des situations cliniques, il est attentif à l'effet apaisant de l'objet transitionnel. Par exemple, il compare la situation de deux frères, dont l'un a développé selon lui une distorsion dans l'utilisation de l'objet transitionnel. Cet enfant n'avait jamais sucé son pouce, et il était resté attaché à sa mère elle-même dont la présence seule était apaisante. À partir de douze mois, il s'attacha à un lapin en peluche, mais Winnicott qualifie ce lapin de « consolateur » (*a comforter*), car il ne fut jamais plus important que la mère. À l'inverse, le frère de cet enfant s'attacha à un maillot que Winnicott qualifie de « calmant » (*a soother*) : « ce fut un sédatif toujours efficace. C'est là un exemple

typique de ce que j'appelle un *objet transitionnel*. Quand Y... était un petit garçon, on pouvait être sûr que si quelqu'un lui donnait son "baa", il allait le sucer immédiatement et cesser d'être anxieux : effectivement il s'endormait quelques minutes plus tard, pour peu que ce fût à peu près l'heure de dormir » (Winnicott, 1971, p. 16). La quiétude trouvée dans les sensations de succion puis de contact avec l'objet transitionnel est distinguée de la simple satisfaction orale, mais Winnicott semble se rattacher tout de même à la théorie freudienne de l'étayage : « Il s'agit là évidemment de quelque chose qui dépasse l'excitation orale et la satisfaction, encore que celles-ci puissent être à la base du reste » (Winnicott, 1971, p. 8).

L'objet transitionnel n'est pas un objet que l'enfant se contenterait de regarder : la plupart du temps, c'est un objet à toucher et à *sentir dans un but d'apaisement* (on connaît aussi l'importance de l'odorat qui met le souci d'hygiène des mères à rude épreuve), et on peut se demander si ses origines ne sont pas en rapport avec le *grasping* décrit par la théorie de l'attachement. C'est la position de Bowlby (1969), pour qui il s'agit simplement de « substituts objectaux » sur lesquels sont reportées les activités de succion et de *grasping* parce que l'objet « naturel » n'est pas toujours disponible. Selon cet auteur, il n'y a pas de raison de parler d'objet transitionnel car un tel objet ne joue aucun rôle spécial dans le développement de l'enfant. En tout état de cause, l'auteur rappelle la dimension sensorielle de l'objet transitionnel au travers de l'activité de succion et de *grasping* : « Au lieu d'être dirigée vers le sein, la succion non nutritionnelle est dirigée vers une sucette ; et au lieu d'être dirigé vers le corps de la mère, ses cheveux ou ses vêtements, l'agrippement est dirigé vers une couverture ou un jouet qu'on cajole » (p. 415).

Quant à la dimension défensive de cet objet, elle est décrite par Winnicott lui-même. En effet, il observe que l'objet transitionnel est particulièrement important au moment de s'endormir, et que « c'est une défense contre l'angoisse et plus particulièrement l'angoisse de type dépressif » (p. 173). Il peut continuer à avoir une fonction apaisante plus tard dans l'enfance, « si bien que l'objet moelleux primitif continue à être absolument indispensable à l'heure du coucher ou durant des périodes de solitude, ou encore s'il y a risque d'un état dépressif ».

## **I.9. Sensations et apaisement dans le développement normal : questions ouvertes**

### I.9.1. PEUT-ON ÉTABLIR UNE HIÉRARCHIE DES REGISTRES SENSORIELS ?

Le toucher est-il prépondérant ? En ce qui concerne l'étude des supports sensoriels de l'attachement, selon Bowlby (1969), on a d'abord mis l'accent sur les stimulations tactiles, en particulier celles de la zone orale (p. 424), ainsi que sur les stimulations kinesthésiques. Cette

conception a ensuite été mise en doute, et on a davantage insisté sur l'importance des contacts visuels. Bowlby demeure cependant prudent :

Il semble indubitable que les récepteurs à distance jouent un rôle plus important que celui qu'on leur a accordé jusqu'à présent, mais il y a loin de là à conclure que les récepteurs tactiles et kinesthésiques ne sont pas importants. Au contraire, quand un enfant est en grande détresse, le contact corporel semble vital, que ce soit pour calmer un enfant qui crie pendant les premiers mois ou, un peu plus tard, pour le réconforter quand il est effrayé. La position la plus sage à adopter à l'heure actuelle est que, selon toute probabilité, tous les modes d'interaction sociale jouent un rôle majeur, mais que, en raison de la surabondance considérable dans l'organisation du comportement d'attachement, une faille d'un mode peut sans doute être réparée dans de larges limites par quelque autre mode (p. 426).

Cette dernière remarque de Bowlby, selon laquelle on peut observer une certaine plasticité ou polyvalence des registres sensoriels, rejoint les observations de Bick (1986) d'une « tendance à s'agripper avec les yeux et les oreilles comme de peau à peau » (p. 151). À noter la référence à l'agrippement, qui rapproche également le propos des deux auteurs, même s'ils abordent le même sujet à partir d'angles de vue très différents. Par ailleurs, dans le passage cité, Bick mentionne l'oreille, et des travaux récents soulignent l'importance du registre auditif, qui permettrait déjà au fœtus de discriminer des sons et de percevoir des rythmes. Nous mentionnerons ces travaux en abordant la question du rythme et de la répétition (cf. III.1.2, p. 101).

Enfin, Anzieu (1985), en développant sa fameuse notion de Moi-peau, ne restreint pas la fonction contenante, dans ce qu'elle peut avoir d'apaisant, à la seule enveloppe tactile. Il insiste également sur l'importance d'autres enveloppes, telles que par exemple ce qu'il appelle « l'enveloppe sonore » ou « l'enveloppe olfactive », sans tenter pour autant d'instaurer de hiérarchie des sens.

### I.9.2. ACTIVITÉS DE SUBSTITUTION ET PROCÉDÉS AUTOCALMANTS

Les activités dites « de déplacement » ou « de substitution », que les éthologues ont décrites depuis de nombreuses années, présentent des similitudes troublantes avec les sensations apaisantes que nous avons répertoriées ci-dessus. Rappelons que les activités de déplacement sont définies comme des activités apparaissant chez l'animal lorsqu'il se retrouve dans un conflit motivationnel : par exemple, au milieu d'un combat, deux coqs rivaux s'interrompent et se mettent à picorer le sol, ou à faire des gestes d'autotoilettage, ou encore mettent le bec sous l'aile comme s'ils allaient s'endormir, ou exécutent des gestes d'accouplement sans partenaire, avant de reprendre le combat (Demaret, 1979). Ces comportements ont en

commun d'être hors de propos, de ne pas remplir à ce moment-là leur fonction biologique, ce qui fait qu'on a parlé à leur sujet de « pseudo-alimentation », de « pseudo-toilettage », de « pseudo-sommeil » ou de « pseudo-sexualité ». On retrouve ici l'idée de motivation « extrinsèque » que nous avons évoquée pour définir le caractère défensif des sensations recherchées. En outre, ces comportements ne sont pas menés jusqu'à leur terme, c'est-à-dire que, pour reprendre l'exemple des coqs en combat, ceux-ci n'avaleront pas les graines picorées et les laisseront tomber sur le sol.

L'explication principale avancée par les éthologistes tient à la hiérarchie des motivations. Les activités de déplacement apparaîtraient toujours lorsque deux tendances en conflit, d'intensité comparable, s'annulent l'une l'autre : par exemple, combattre ou faire la cour, combattre ou fuir. C'est alors un tout autre comportement qui serait subitement privilégié, dont la motivation serait pourtant faible à ce moment-là, mais supérieure à celle des comportements mutuellement inhibés. Ce comportement est appelé « substitutif » car il se substitue à ceux-ci. Cette explication implique qu'on admette que la tendance à nettoyer, à s'accoupler, à se nourrir, etc., soit en permanence plus ou moins activée. Mais on devrait alors s'attendre à ce que ces comportements, malgré leur faible degré de motivation, soient réalisés de façon à atteindre leur but biologique, ce qui n'est précisément jamais le cas.

On peut faire une autre hypothèse à propos de ces activités de déplacement, et les considérer plutôt comme des activités « autocalmantes ». Il s'agirait alors de diminuer la tension liée à une situation en produisant un comportement associé avec le calme et produit dans le but de le rétablir. En effet, dans les exemples fournis par les éthologistes, les activités en conflit sont toujours des activités stressantes (combattre, fuir), tandis que les activités de substitution sont des activités qui se pratiquent habituellement en l'absence d'alerte, ce qui peut laisser penser qu'elles sont mimées précisément pour induire le calme qui généralement les accompagne, de la même façon qu'une personne marchant dans la pénombre se mettrait à chanter pour conjurer son anxiété.

Demaret (1979) fait remarquer précisément que les comportements de substitution ne s'observent pas seulement dans le cadre d'un conflit de tendances, mais aussi dans des conditions de frustration, l'animal ne pouvant pas atteindre le but qu'il visait, ou dans des conditions de sur-stimulation. Le seul contexte non stressant dans lequel apparaissent les activités de substitution semble être celui d'une sous-stimulation, par exemple chez des animaux en captivité. À notre sens, seules les activités produites dans ce dernier cas de figure

méritent véritablement d'être qualifiées de « substitutives », car elles seules se substituent à d'autres activités empêchées de s'exprimer. Toutes les autres activités mentionnées peuvent être comprises comme des activités autocalmantes n'ayant aucune fonction substitutive.

À l'appui de cette hypothèse, on peut relever qu'une autre explication des activités de substitution que celle du conflit de tendances a été proposée par Armstrong (1950). Selon lui, les activités de substitution auraient pour fonction la réduction d'une tension par l'intermédiaire du corps. À noter que cet auteur attribue aux phénomènes de conversion hystérique la même fonction, phénomènes que nous aborderons plus loin (cf. V.1.3, p. 199). Dans le même ordre d'idées, Demaret cite d'autres travaux qui établissent un lien entre certaines formes d'activités de substitution et la régulation du niveau de vigilance :

Delius (1967) a montré que nombre d'expérimentations neurophysiologiques aussi bien chez des oiseaux que des mammifères plaident en faveur d'un lien entre certaines formes au moins d'activités de substitution, comme le toilettage corporel, et les mécanismes du sommeil et de la veille. Les activités de substitution pourraient donc constituer une régulation homéostatique de l'activation cérébrale. On les observe régulièrement dans les moments de changement de niveau d'activation, par exemple, avant l'entrée dans le sommeil, lorsque l'animal se livre à quelques activités de soins corporels, bâille et clôt les yeux par intermittence (Demaret, 1979, p. 58).

Les éthologistes interprètent de nombreux comportements humains comme des activités de substitution. Selon Demaret, on peut observer en particulier des activités de substitution « à l'état pur » dans des situations à forte charge émotionnelle, ce qui est compatible avec l'hypothèse de leur fonction autocalmante : l'auteur donne l'exemple de soldats qui, en montant au front, peuvent se sentir envahis d'un étrange besoin de sommeil, ou d'élèves en situation d'examen qui éjaculent au moment où l'enseignant ramasse les copies. Mais il peut s'agir aussi de gestes de la vie quotidienne effectués machinalement, sans que celui qui les produit ne fixe son attention sur eux :

Qui s'étonne en effet de voir la perplexité s'exprimer par des gestes tels que se caresser le menton, se passer la main dans les cheveux, se gratter le crâne ; la frustration et l'impatience s'exprimer par des mouvements des doigts tels que pianoter, manipuler des objets, mordiller son crayon ; les auditeurs d'une conférence inintéressante bâiller, se livrer à des gestes répétitifs. Et cependant, ce sont là des activités hors de propos, comme leurs équivalents dans le monde animal, qui nous paraissent parfois surprenants chez eux (*ibid.*, p. 59).

Nous avons vu qu'un grand nombre d'activités de substitution renvoient à l'autotoilettage. Demaret se demande si ces activités ne sont pas à comprendre comme des dérivés de l'allolustrage. Pour des raisons physiologiques, à savoir la disparition des poils chez l'homme, ainsi que culturelles, à savoir la prohibition du contact intime avec autrui, l'allolustrage aurait

diminué et la tendance phylogénétique au lustrage aurait trouvé une voie d'expression dans les dérivés de l'autolustrage. Or, les éthologistes attribuent au lustrage une fonction apaisante importante, en vertu de laquelle il apparaît comme un régulateur social et en particulier un régulateur de l'agressivité. Il est probable que l'effet apaisant du lustrage trouve son origine dans le toilettage que la mère exerce sur son petit. Nous serions donc en présence des origines phylogénétiques de ce que les psychanalystes ont décrit en termes de besoin de maternage et de holding, et que nous avons développé ci-dessus (cf I.6, p. 43).

Selon Demaret, de nombreux comportements de la vie quotidienne renvoient au lustrage :

Quels secrets se cachent peut-être dans les dessins que l'on griffonne sur son bloc-notes lorsque l'on téléphone ? Ces activités qui évoquent elles aussi les gestes du lustrage, qui se passent au cours d'une relation avec un interlocuteur invisible, et qui donnent souvent lieu à des dessins géométriques, seraient intéressantes à analyser dans cette perspective. Il en va de même de l'acte de fumer, qui dérive probablement du lustrage (*ibid.*, p. 70).

Il est intéressant de noter la similitude entre les comportements cités et ceux que Smadja (1993) donne comme exemple des procédés autocalmants appartenant à la psychopathologie de la vie quotidienne chez l'homme, tels que griffonner ou fumer tout en étant engagé dans une autre activité.

## **II. L'EXACERBATION DES SENSATIONS DANS LES TROUBLES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**

Après avoir passé en revue les sensations procurant un apaisement dans le développement normal de l'enfant, nous allons maintenant nous pencher sur quelques tableaux pathologiques impliquant également chez l'enfant ou l'adolescent une recherche délibérée de sensations.

### **II.1. La surenchère des sensations dans l'autisme et les troubles graves du développement**

La façon dont les enfants autistes gèrent leurs sensations demeure une énigme. Tantôt ils apparaissent comme hypersensibles à certains stimuli, tantôt au contraire insensibles. C'est ainsi que les « troubles de la perception » font partie des « symptômes fondamentaux » de l'autisme dans certaines classifications. C'est le cas de celle proposée par Ornitz et Ritvo (1976), qui font la description suivante :

- modulation poussée de l'*input* sensoriel externe qui se traduit par une hypo- ou une hyperréactivité (absence de réaction à la douleur et au son, tendance à induire des sensations vestibulaires ou proprioceptives, préférence pour les sens proximaux) ;
- distorsion dans la hiérarchie des préférences des récepteurs ;
- difficulté à utiliser les *inputs* sensoriels internes pour faire des discriminations en l'absence de réponses motrices (Dumesnil, 1989, p. 15).

Plus particulièrement, la tendance à l'automutilation des enfants autistes a suscité de nombreuses questions : s'agit-il d'une recherche de sensations douloureuses, et si oui, qu'est-ce qui motiverait cette recherche ? D'une façon générale, des comportements similaires sont observables chez des enfants psychotiques ou retardés, ainsi que chez ceux qui ont été privés de soins maternels.

On distingue deux courants de pensée principaux qui ont tenté de déchiffrer l'énigme de la sensorialité chez ces sujets : les modèles neurobiologiques et les modèles psychologiques, essentiellement psychodynamiques (Tordjman *et al.*, 1999).

#### II.1.1. MODÈLES NEUROBIOLOGIQUES

Nous présenterons d'abord quelques modèles biologiques élaborés pour rendre compte de certains comportements susceptibles de provoquer des sensations aiguës, en particulier douloureuses. De ce point de vue, Wallon apparaît comme un pionnier, car il a proposé une conception relativement complexe dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle déjà. Nous nous

pencherons ensuite sur les travaux ayant compris ces comportements comme une recherche d'autostimulation et qui ont exploré les bases biologiques susceptibles de l'expliquer. Enfin, nous réserverons un chapitre aux auteurs qui ont fait l'hypothèse que ce sont les opioïdes endogènes, en particulier l'endorphine, qui sont à l'origine de ces comportements.

#### II.1.1.a. L'antagonisme entre sensibilité périphérique et sensibilité viscéro-tonique (Wallon)

Wallon (1925, 1934) oppose le monde relationnel et le monde émotionnel, les sensations périphériques et les sensations viscéro-toniques, posturales, auxquelles il rattache les émotions. Selon lui, l'antagonisme entre les émotions et les sensations liées au monde externe relève de l'évidence :

Chez l'homme combien de cas, où l'émotion abolit, en dehors des états qui la favorisent et qu'elle s'intègre, tout pouvoir de percevoir et de sentir. [...] Dans l'avalanche de l'épouvante ou de la colère, il arrive de ne pouvoir se rappeler la circonstance qui l'a provoquée. Tout devient confus en dehors des remous organiques, des effluves motrices, du brisement ou des raideurs musculaires, des pulsations qui agitent le cœur ou de la griffe qui semble en suspendre les battements, des impressions de congestion céphalique, de tension crânienne, de plénitude auriculaire, de vertige...

C'est par cet antagonisme qu'il explique certains comportements chez l'enfant consistant à s'infliger à lui-même des sévices, et qui ont été souvent compris en termes de masochisme, d'algophilie, d'appétit pour les mortifications physiques. Ces comportements d'auto-agression confinent parfois à la furie, et ont reçu le nom de *krouomanie* : « Ce sont des coups frappés avec les poings contre le crâne ou les orbites, des chocs de la tête contre le sol ou contre les murs, des morsures profondes : souvent il faut ligoter l'enfant pour l'empêcher de se meurtrir grièvement » (1934, p. 116). À noter que Wallon ne parle pas encore d'autisme infantile, cette notion ayant été développée par Kanner en 1943.

Dans la conception de Wallon, l'exacerbation des sensations douloureuses répond non pas à une attitude de recherche de sensations désagréables comme un but en soi, comme ce serait le cas dans le masochisme, mais au contraire à une tentative de réduire une tension insupportable :

Ainsi s'explique qu'en se développant, l'émotion semble souvent exaspérer le besoin de se faire subir à soi-même des souffrances d'intensité croissante. Beaucoup d'enfants et même des adultes sont poussés par la colère à se mordre, à se griffer ou à se frapper. Entre le désespoir et le fait de s'arracher les cheveux, il y a une liaison consacrée par le langage populaire, après l'avoir été par les rites funèbres, et dont l'origine physiologique semble être aussi le besoin de réduire les spasmes de l'angoisse par un éveil suffisamment violent de la sensibilité périphérique (1934, p. 118).

En effet, Wallon assimile également l'angoisse aux sensations viscéro-toniques, et sans s'inscrire pour autant dans le courant psychanalytique, il comprend de la même façon les automutilations des aliénés comme une lutte contre l'angoisse. L'anesthésie des sensations périphériques, qu'on a souvent évoquée pour expliquer ces automutilations, est elle-même comprise comme secondaire, c'est-à-dire comme un effet de l'augmentation du tonus, du fait de l'antagonisme entre la sensibilité viscéro-tonique et la sensibilité périphérique :

Bien des aliénés qui se mutilent le font pour enrayer la montée de l'angoisse qui les étreint et, sauf les cas d'automutilation démentielle, leur anesthésie supposée est une anesthésie secondaire, en rapport avec le paroxysme anxieux, et qui traduit cette neutralisation réciproque entre la sensibilité périphérique et l'hypertonus. [...] Le contraste de l'anesthésie périphérique et du goût pour les sensations les plus aiguës répond à la nécessité de surpasser par l'intensité de l'excitation réulsive la montée de l'hypertonus anxieux, qui obnubile ou confisque la sensibilité de relations (1934, p. 119-120).

On peut noter par ailleurs que Wallon inclut la sexualité dans les sensations susceptibles d'être mobilisées ainsi contre l'angoisse, et il donne l'exemple des mélancoliques, qui « cherchent dans le spasme vénérien un exutoire à l'hypertonus dont ils souffrent » (1934, p. 120).

Si on connaît l'inclination des aliénés à rechercher des sensations aiguës, on connaît aussi celle des aliénistes à les leur procurer. On peut mentionner par exemple les traitements de packs, ou « enveloppements humides », ou encore l'eau glacée dans laquelle les patients étaient baignés ou dont ils étaient aspergés.

Si on considère l'angoisse comme un vécu fondamentalement mobilisateur, c'est-à-dire suscitant des réactions visant à la combattre et à la réduire, on peut se demander par ailleurs si toutes les formes de sensations ne peuvent pas être recherchées dans ce sens, c'est-à-dire non seulement les sensations périphériques, mais aussi les sensations internes, intéroceptives ou proprioceptives. Wallon décrit les sensations proprioceptives comme étant le soubassement de la vie affective adulte ; mais dans sa description, il relève que certaines de ces sensations peuvent avoir un effet apaisant sur l'enfant, comme par exemple les sensations articulaires, qui peuvent à l'occasion redevenir, chez l'adulte, un thème d'activité :

La satisfaction du tout petit enfant est manifeste quand il a pleine liberté d'éprouver, dans des contorsions variées, le jeu de ses articulations. De même certains idiots se livrent avec une telle insistance à des tortillements semblables, que leurs articulations finissent par se relâcher suffisamment pour pouvoir se luxer à volonté. Enfin il y a des danses, particulièrement en Orient, qui sont une succession lente d'attitudes alambiquées et qui mettent en œuvre la sensibilité articulaire, comme d'autres les sensations d'équilibre (Wallon, 1934, p. 46).

Outre les sensations articulaires, Wallon mentionne les sensations liées à l'appareil d'équilibration :

Si l'enfant crie et qu'il paraisse plus opportun de substituer le sommeil à ses cris plutôt que la tétée, sa mère, comme d'instinct, le balance latéralement ou de haut en bas, en le tenant horizontal ou vertical, suivant que l'une ou l'autre de ces directions et de ces positions se montrent plus capables de l'apaiser. Ces manœuvres ne peuvent avoir d'autre effet que d'agir sur la sensibilité qui a pour point de départ les canaux semi-circulaires et le labyrinthe, c'est-à-dire l'appareil d'équilibration, qui est fait pour enregistrer l'orientation variable du corps et ses mouvements de translation dans l'espace. Les impressions liées à l'exercice de cette sensibilité ne sont pas efficaces que chez le nourrisson ; elles prennent chez certains idiots, dont la vie de relation reste rudimentaire ou nulle, une sorte d'exclusivité farouche et font qu'ils passent des heures entières à se balancer ou à tourner sur eux-mêmes avec frénésie. Elles servent au derviche-tourneur pour trouver l'extase dans le vertige. Elles sont utilisées dans beaucoup de danses sacrées, dans les danses d'agrément, dans plusieurs divertissements comme la balançoire, les manèges tournants, les jeux de montagne russe, etc. (Wallon, 1934, p. 41).

De cette façon, l'auteur propose une explication neurobiologique de l'apaisement provoqué par le bercement et le balancement, qui diffère de celles que nous avons reprises plus haut (cf. I.4, p. 35), à savoir aussi bien la conception psychanalytique que le point de vue éthologique de Bowlby.

Par ailleurs, il souligne que le balancement donne lieu à des sensations « plus ou moins nettement vertigineuses ou *stupéfiantes* » (1925, p. 92, souligné par nous). Serait-on en présence d'une drogue du pauvre d'esprit, comme la colle ou la benzine seraient des drogues du pauvre ? Quant aux sensations vertigineuses, on peut signaler que leur recherche constitue une mode actuelle chez les adolescents qui s'étranglent eux-mêmes ou mutuellement par divers procédés, comme par exemple le resserrement progressif d'une ceinture ou d'un foulard placé autour du cou, jusqu'à la syncope. Cette mode a bien entendu suscité l'inquiétude des parents et des milieux éducatifs, et aussi des institutions de soins psychiatriques dans lesquelles cette mode a connu un grand succès. En ce qui concerne l'effet apaisant des sensations liées à l'appareil d'équilibration, on peut également mentionner qu'au courant du XIX<sup>e</sup> siècle, on utilisait dans les asiles la « roue mobile de Reil », appareil tournant rappelant ceux qu'on trouve dans les cages des souris, et dans lesquels on enfermait les aliénés agités (Morel, Bourgeron et Roudinesco, 2000).

Des observations similaires à celles de Wallon concernant le comportement des enfants gravement perturbés se retrouveront dans les notions psychanalytiques d'« autosensorialité autistique » (Tustin, 1972), ou de « procédés autocalmants » (Smadja, 1993). En effet, Wallon

insiste sur le fait que les réactions intéroceptives et proprioceptives qu'on observe chez le nouveau-né n'ont rien de relationnel : son comportement fonctionnel est « exclusif de toute relation directe, active avec l'ambiance, avec l'espace et les objets ou les sources d'excitation dont il est peuplé. [...] Toutes ces réactions se font comme en circuit clos » (Wallon, 1934, p. 47). Lorsque ces comportements sont poursuivis au-delà des premiers mois de la vie, ils verrouillent ce huis clos et perpétuent le fonctionnement autistique. Par ailleurs, des chercheurs actuels tels que Bullinger (2004) se réfèrent aujourd'hui encore à la notion d'« équilibre sensori-tonique » introduite par Wallon.

#### II.1.1.b. Les bases biologiques de l'autostimulation

Certains auteurs ont compris les automutilations comme des autostimulations : leurs études « postulent qu'un certain niveau de stimulation, en particulier tactile et kinesthésique, est nécessaire à l'organisme pour se développer et qu'à défaut d'une stimulation suffisante, la personne peut adopter différents comportements automutilatoires (Cain, 1961) » (Dubois et Arsenault, 1980, p. 36-7). Cette hypothèse repose principalement sur les travaux de la psychologie animale, notamment les études bien connues de Harlow sur le développement de jeunes singes. Si ceux-ci sont placés dans une situation d'isolement social et privés de contacts physiques avec leur mère, ils en viennent à adopter un ensemble de conduites stéréotypées telles que faire sans cesse le tour de leur cage, regarder fixement, se balancer. Plus particulièrement, ils s'automutilent, principalement en se mordant. Selon les auteurs cités, chez les êtres humains, la littérature est peu abondante. On a observé des comportements automutilatoires, tels que des cognements de tête, chez plusieurs enfants orphelins contraints de rester dans leur lit sans jouets ; lorsqu'on leur en donne, ces comportements disparaissent. En outre, en milieu carcéral, on explique souvent les comportements automutilatoires par un manque de stimulations. On peut ajouter, dans le même ordre d'idées, l'observation selon laquelle les enfants handicapés de la vue s'adonneraient à des gestes stéréotypés : « [...] La privation sensorielle limite la quantité de stimulation reçue, ce qui oblige le sujet à créer temporairement un équilibre homéostatique en s'autostimulant (DeLeo et Boly, 1956 ; Ellis, 1979 ; Guess, 1965, 1966) » (Dumont et Markovits, 1982, p. 350).

On retrouve donc à propos de l'automutilation l'idée d'une régulation du niveau de stimulation que nous avons évoquée déjà dans le développement « normal » de l'enfant, à propos du tempérament et des travaux de Ribble (cf. I.1, p. 20 et I.4, p. 37). L'hypothèse consistant à comprendre l'automutilation comme une autostimulation destinée à compenser un

manque de stimulation de l'environnement est appelée par Maurice *et al.* (1980) « l'hypothèse homéostatique ». Les auteurs mentionnent quelques études allant dans ce sens : « Baumeister et Rollings (1976) rapportent dans leur relevé de la documentation qu'un enrichissement systématique de l'environnement par des stimulations visuelles et auditives semble réduire l'automutilation. Cela serait une validation supplémentaire du rationnel homéostatique » (p. 66). Dans le même ordre d'idées, Carraz et Ehrhardt (1973) relèvent que les conduites automutilatrices sont particulièrement graves chez des enfants présentant de surcroît une importante atteinte d'un registre sensoriel. Ils comprennent celles-ci comme l'expression d'une « véritable faim de stimuli » chez ces enfants-là (p. 223).

Quelles seraient les explications neurologiques permettant de rendre compte de ce besoin de stimulation ? Pour répondre à cette question, les chercheurs sont arrivés, comme Wallon, à l'hypothèse d'un antagonisme entre systèmes. Mais, alors que Wallon parlait d'antagonisme entre sensibilité viscéro-tonique et sensibilité périphérique, ils ont développé plutôt l'idée d'un antagonisme entre structures stimulantes et structures aversives. Fischer-Hauchecorne (1992) retrace l'évolution historique de ces recherches. Dans les années 50, des expériences sur les rats ont montré qu'en plaçant une électrode dans leur aire septale, et en leur permettant de stimuler cette zone par l'activation d'un levier, ces rats recherchaient frénétiquement cette stimulation, la préférant à de la nourriture et étant même prêts à suivre un véritable parcours du combattant et supporter des décharges électriques pour y parvenir. On aurait ainsi localisé les sites cérébraux d'autostimulation dans les structures dites latérales, impliquant l'hypothalamus latéral, la région septale, certains noyaux du cervelet, l'amygdale baso-latérale et le cortex temporal et frontal. À la même époque, on a mis en évidence l'existence de structures aversives dont les effets sont opposés à ceux des structures latérales. Ces structures ont été localisées principalement dans l'hypothalamus médian, mais impliquent aussi l'hypocampe, l'amygdale cortico-médiale, le cervelet, certaines structures mésencéphaliques et le gyrus cingulaire. Or, les deux types de structure seraient antagonistes :

Les structures latérales entraînant plaisir et approche et les structures médianes déclenchant aversion et fuite semblent étroitement liées et sont freinatrices l'une à l'égard de l'autre. Le système d'autostimulation est superposable au trajet des voies nerveuses utilisant les catécholamines (noradrénaline et dopamine) pour transmettre leur message et reliant le cerveau antérieur au tronc cérébral (système méso-cortico-limbique). Noradrénaline et dopamine facilitent l'autostimulation. Les peptides opiacés endogènes (endomorphines), qui ont une action analgésique comme la morphine exogène, favorisent l'action des catécholamines. Les neuroleptiques qui agissent sur la dopamine peuvent arrêter parfois l'autostimulation. La naxolone antagoniste de la morphine bloque l'autostimulation. Le système aversif est activé par l'acétylcholine et

la sérotonine, le GABA et les opiacés le freinent. On retrouve, chez l'homme, la topographie, décelée chez l'animal, au niveau de l'hypothalamus : des régions latérales à tonalité agréable et une bande centrale aversive (Fischer-Hauchecorne, 1992, p. 88).

#### II.1.1.c. Le rôle de l'endorphine

Plusieurs auteurs font intervenir les opioïdes endogènes (essentiellement l'endorphine) dans leur modèle d'explication des automutilations. En fait, on peut distinguer trois modèles apparentés faisant intervenir ces opioïdes :

- dans le premier modèle, la surproduction d'endorphine favoriserait le système dopaminergique, provoquant une diminution de la sérotonine inhibitrice, d'où le passage à l'acte ;
- dans le deuxième modèle, la surproduction d'endorphine entraînerait une analgésie, et celle-ci expliquerait les automutilations, dont la fonction serait essentiellement de « sentir » quelque chose ;
- dans le troisième modèle, la production d'endorphine est vue non pas comme une cause mais comme un effet de l'automutilation : celle-ci serait pratiquée dans le but de susciter la production d'endorphine.

#### *L'antagonisme entre les systèmes sérotoninergique et dopaminergique*

Selon le premier modèle, l'automutilation est expliquée par le déficit en sérotonine. C'est parce que celle-ci ne joue pas son rôle d'inhibiteur de la dopamine qu'il y a passage à l'acte :

Les différents auteurs semblent d'accord sur le fait que ces patients ont un dysfonctionnement neurochimique, lié à un fonctionnement anormal de la formation réticulée du tronc cérébral. Il nous semble que les expériences faites, les résultats obtenus tendent à montrer qu'un comportement auto-agressif est lié à un déficit en sérotonine. On sait que les systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques sont antagonistes et se contrôlent mutuellement, régulant les comportements. La sérotonine trop basse, n'exerçant plus de contrôle sur les noyaux dopaminergiques, libère le comportement d'impulsivité : l'inhibition due à l'activité sérotoninergique est levée et entraîne le passage à l'acte. Puisque chez l'autiste, le déficient mental, et particulièrement chez les sujets hyperkinétiques, la concentration en sérotonine est importante, il faut supposer qu'à certains moments, sous l'influence de facteurs extérieurs ou d'états psychiques particuliers (frustration, stress, conflit, anxiété) le taux des endorphines augmente, facilitant l'action de la dopamine, ce qui entraîne une diminution de la sérotonine et provoque le passage à l'acte (Fischer-Hauchecorne, 1992, p. 107).

Dans ce modèle donc, les opioïdes jouent un rôle intermédiaire de facilitateurs de la dopamine, l'automutilation étant essentiellement expliquée par le défaut d'inhibition de la sérotonine.

### *L'hypothèse de l'analgésie*

Pour expliquer les automutilations des autistes ainsi que leur absence de réactivité à la douleur, certains auteurs ont fait l'hypothèse de leur analgésie, c'est-à-dire leur insensibilité à la douleur :

Des observations cliniques suggèrent une diminution de réactivité à la douleur, voire même une analgésie chez certains enfants autistes (absence de réflexe nociceptif, absence de protection des zones douloureuses ou absence de position antalgique, etc.). L'hypothèse d'une augmentation d'activité des opioïdes (en particulier les bêta-endorphines) a alors été mise en rapport avec la diminution de réactivité à la douleur observée chez les autistes (Tordjman *et al.*, 1999, p. 123).

En réalité, l'hypothèse de l'analgésie n'est pas récente, puisque nous avons vu qu'elle était déjà contestée par Wallon il y a bientôt un siècle. Selon Poussin (1978), c'est cette hypothèse qui a prévalu dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Seules les hypothèses concernant les mécanismes sous-jacents à cette analgésie supposée ont évolué. Les études qui ont tenté de confirmer ces hypothèses sont également controversées, car certains auteurs considèrent que les autistes éprouvent bien des douleurs, mais qu'ils les expriment d'une façon différente des non autistes ou qu'ils ne vivent pas le support corporel sur lequel elles se manifestent comme étant le leur (Tordjman *et al.*, 1999). Poussin (1978) relate de ce point de vue une anecdote instructive :

On préparait le repas et tout le monde était occupé à sa tâche [...] ; lorsqu'un soignant pénètre dans la cuisine, il trouve un malade assis sur la cuisinière en pleine activité de chauffe. Le malade était littéralement en train de se griller le fondement sans manifester le moindre signe de douleur et n'ayant, de ce fait, alerté personne. Il ne tentait même pas de se dégager et continuait ses habituels tripotages autistiques ; il fallut le retirer de là. On pouvait alors penser qu'il ne souffrait pas. En réalité, on a constaté depuis ce jour une peur panique des cuisinières chez ce malade, il refuse de s'en approcher et évite soigneusement leur contact (p. 101).

Certes, des expérimentations animales agissant sur les centres de la douleur auraient eu pour conséquence des automutilations (Tordjman *et al.*, 1999, p. 124). Mais si l'apparition d'automutilations est consécutive à des *douleurs* de désafférentation, on ne peut plus parler de recherche de douleur pour compenser une analgésie, mais plutôt pour lutter contre une autre douleur, qui est bel et bien une sensation...

D'une façon générale, l'argument le plus fort à l'encontre de l'hypothèse de l'analgésie nous semble être la persistance chez les automutilateurs d'une sensibilité aux douleurs qui sont clairement accidentelles et aux comportements agressifs venant d'autrui (Carraz et Ehrhardt, 1973 ; Basquin, 1984, p. 212). Plus particulièrement, on peut souligner dans ce sens le succès obtenu par les traitements comportementaux de type aversif contre les automutilations, tels

que par exemple l'administration de chocs électriques (Maurice *et al.*, 1980). Celle-ci entraîne une diminution rapide des comportements auto-agressifs, alors que dans le cadre de l'hypothèse analgésique, les chocs ne devraient pas entraîner de modification de comportement significative puisqu'ils ne seraient pas ressentis comme douloureux.

Schilder (1950) propose une compréhension neurobiologique plus convaincante en parlant non pas d'analgésie mais de ce qu'il appelle une « asymbolie à la douleur », où « les patients ne peuvent rapporter la douleur à l'image du corps » (p. 122). L'auteur n'évoque pas le rôle des endorphines, mais rattache plutôt l'asymbolie à des lésions du lobule marginal supérieur révélées par l'autopsie de tels patients, en soulignant que cette région du cerveau est très proche de celle dont dépend selon lui la formation du schéma corporel. Il relève que les patients atteints d'asymbolie à la douleur réagissent également de façon très incomplète aux situations de danger, avec des réponses motrices partielles, comme par exemple une crispation sans réaction de défense, voire pas de réponse du tout. Cette apparente indifférence ne permet donc pas de conclure selon lui à une analgésie : « Il semble qu'en tout cas, dans les cas de ce genre, la douleur soit déconnectée de l'image du corps et par conséquent de la personnalité. Mais on ne peut en aucun cas assurer que la douleur n'est absolument pas sentie » (p. 122).

#### *L'hypothèse de l'addiction aux opioïdes endogènes*

Dans le cadre de l'hypothèse de l'analgésie, les chercheurs se sont demandé si la surproduction d'endorphine était une cause ou une conséquence de l'automutilation (Fischer-Hauchecorne, 1992, p. 112). Si on voit la production d'endorphine comme une conséquence de l'automutilation, celle-ci serait alors à considérer comme un comportement d'addiction aux opioïdes endogènes. On constate que dans ce modèle, les opioïdes endogènes jouent le rôle central : c'est leur production qui motiverait l'automutilation. Fischer-Hauchecorne (1992) mentionne dans ce sens les travaux de Kars *et al.*, Cronin *et al.*, et Van Ree. (p. 113). Elle avance également une hypothèse sur la base des travaux de Vincent. Celui-ci a développé une théorisation complexe de façon à rendre compte de l'état interne qu'il appelle « état central fluctuant ». Sans entrer dans le détail de cette théorie, on peut relever qu'il insiste, lui aussi, sur une opposition entre deux systèmes, en l'occurrence entre les systèmes parasympathique et orthosympathique :

L'autostimulation provoquerait du plaisir parce qu'elle créerait un état parasympathique (chute de la tension artérielle, ralentissement du pouls et de la respiration, contraction des pupilles, salivation, calme, détente). Le dégoût provoquerait un état orthosympathique (hypertension artérielle, accélération du pouls

et de la respiration, dilatation des pupilles, réaction d'éveil, de peur, de colère). [...] Tout facteur responsable d'un état affectif plaisant ou déplaisant semble créer parallèlement dans l'organisme un processus de sens inverse, qui progressivement tend à s'opposer au premier (Fischer-Hauchecorne, 1992, p. 88-90)

Ces phénomènes mettraient ainsi en jeu ce que Vincent appelle des « processus opposants ». D'après lui, la découverte dans le cerveau des morphines sécrétées par les neurones, à savoir les endorphines, permet à la biologie de traduire cette association entre plaisir et douleur et de formuler biochimiquement les processus opposants, alors qu'ils n'étaient envisagés jusqu'ici que sur le plan théorique. Même si ces processus sont appelés « opposants », il ne s'agit pas ici du même type d'antagonisme entre des systèmes que chez Wallon, puisque l'activation de l'un stimulerait l'autre. Fischer-Hauchecorne se base sur ces éléments pour faire l'hypothèse que le sujet qui s'automutile mettrait en route le système orthosympathique, ce qui ferait entrer en jeu le système parasympathique par l'effet des processus opposants, soit par l'arrêt du stimulus coups (sevrage), soit par accoutumance : « le sujet qui se tape est-il en train de se droguer avec ses propres endorphines ? » (p. 90). Mais cette hypothèse n'explique tout de même pas pour quelle raison la stimulation du système parasympathique, c'est-à-dire la recherche du plaisir, ne se ferait pas directement, plutôt que de passer par la stimulation du système orthosympathique, c'est-à-dire par la douleur. Peut-on faire l'hypothèse que chez certains sujets, pour une raison quelconque, le système parasympathique pourrait être stimulé *uniquement* par l'intermédiaire des processus opposants ? En d'autres termes, la seule façon d'éprouver du plaisir serait de le faire naître du déplaisir par opposition ? Par analogie avec les couleurs, la seule façon de voir du rouge serait de fixer longuement un objet vert de façon à saturer les récepteurs ?

Dans le cadre de cette conception, une autre hypothèse peut être avancée, à savoir celle d'une surefficiency des processus opposants : un petit plaisir susciterait une grande douleur, et une petite douleur susciterait un grand plaisir. Dès lors, on pourrait comprendre à la fois que le plaisir ne soit pas recherché directement (absence d'auto-érotisme), car source d'une trop grande douleur, et que celle-ci soit en revanche frénétiquement provoquée pour ses effets érogènes. Curieusement, nous n'avons pas trouvé de référence à cette hypothèse dans nos recherches bibliographiques.

#### II.1.1.d. Discussion : le scepticisme des biologistes eux-mêmes

Il est particulièrement difficile de faire la part des choses dans le domaine neurobiologique. Les conclusions des recherches sont peu consensuelles. Les résultats des chimiothérapies

destinées à réduire les automutilations sont inégaux, souvent décevants car transitoires (Basquin, 1984 ; Fischer-Hauchecorne, 1992). Par ailleurs, il faut relever que certains *biologistes*, pourtant souvent accusés de réductionnisme neurologique, font l'hypothèse que les désordres biologiques peuvent être la conséquence des troubles psychiques plutôt que leur cause. Fischer-Hauchecorne (1992) mentionne dans ce sens une mise en garde faite par Bursztejn et Ferrari :

Alors que dans les modèles proposés habituellement les symptômes psychotiques sont considérés comme déterminés par les troubles biochimiques, les auteurs suggèrent d'envisager l'hypothèse inverse : les troubles biochimiques seraient secondaires à des troubles psychiques ou aux comportements qui leurs sont liés. Des faits expérimentaux récents, disent-ils, en montrent la possibilité : "*Il n'est donc pas impossible d'envisager que des modifications biochimiques puissent être conditionnées par des états psychiques particuliers ou des modifications comportementales*" (p. 100, souligné par nous).

Nous allons justement nous pencher maintenant sur les modèles psychologiques qui ont été proposés pour rendre compte des comportements suscitant des sensations fortes et en particulier des douleurs.

### II.1.2. MODÈLES PSYCHOLOGIQUES

On peut diviser les modèles psychologiques en quatre catégories principales :

- ceux qui considèrent que ces sensations provoquées, souvent douloureuses en apparence, sont vécues en réalité comme des sensations de plaisir, et qu'elles sont produites dans ce but (cf. II.1.2.a, p. 68) ;
- ceux qui considèrent que ces sensations sont vécues comme des sensations de déplaisir, mais produites dans un but « positif », c'est-à-dire dans un but structurant ou défensif. Par exemple, elles viendraient compenser un manque, un vécu qui fait défaut, comme le vécu de maternage ou le vécu d'enveloppe corporelle (cf. II.1.2.b, p. 70). Ou encore, elles serviraient à « fuir », « étouffer » ou « neutraliser » d'autres sensations pénibles (cf. II.1.2.c, p. 77). Nous rattacherons également à ce cas de figure la fonction *expiatoire* des automutilations parfois mentionnée dans la littérature, où il s'agirait pour le sujet de soulager un vécu de culpabilité à travers une autopunition (cf. II.1.2.d, p. 80) ;
- ceux qui considèrent que ces sensations sont vécues comme des sensations de déplaisir, produites non pas dans un but positif mais dans un but destructeur. C'est alors généralement au concept de pulsion de mort qu'il est fait appel pour en rendre compte (cf. II.1.2.e, p. 81) ;

– à ces conceptions qui donnent une fonction soit positive soit négative aux sensations, nous opposerons l'hypothèse selon laquelle les sensations n'auraient *aucune* fonction, en particulier dans les automutilations. Celles-ci s'expliqueraient alors simplement par la confusion Moi / non Moi chez l'enfant autiste, sur laquelle les modèles psychologiques ont beaucoup insisté. Nous nous demanderons donc si les sensations provoquées par les autistes, ou du moins certaines d'entre elles, pourraient *ne pas être recherchées de façon délibérée*. Il s'agirait plutôt de décharges *motrices* ayant pour conséquence *accidentelle* des sensations notamment douloureuses (cf. II.1.2.f, p. 83).

#### II.1.2.a. Des sensations de plaisir

L'hypothèse en quelque sorte la plus « simple » pour expliquer le paradoxe des stéréotypies de l'enfant, et en particulier ses automutilations, consiste à penser qu'elles lui procurent du plaisir. Cette hypothèse est soutenue globalement par deux types d'approche : l'approche biologique que nous avons évoquée ci-dessus, pour laquelle il s'agirait d'une forme de toxicomanie aux endorphines, et l'approche psychanalytique, qui décrit ces phénomènes en termes d'auto-érotisme.

La séduction opérée par la simplicité de cette hypothèse est cependant modérée par les objections qu'elle soulève aussitôt : comment expliquer que ces enfants-là y trouveraient du plaisir et pas les autres ? Selon l'approche biologique, il est facile de répondre à cette question en rattachant cette différence aux causes biologiques supposées de l'autisme ou de l'arriération, causes qui font l'objet d'un large consensus actuellement. En d'autres termes, ce serait parce que leur métabolisme serait différent que ces enfants éprouveraient du plaisir dans ces comportements.

La réponse à la question s'avère beaucoup plus délicate du côté de la psychanalyse. En effet, les différents auteurs et courants psychanalytiques interprètent ces phénomènes de façon très variable, souvent contradictoire, et avec un faible souci de rigueur terminologique. Le rapport entre douleur et plaisir, entre pulsion de vie et pulsion de mort, pose de nombreuses difficultés théoriques, sans compter que l'hypothèse elle-même de la pulsion de mort est diversement interprétée, lorsqu'elle n'est pas réfutée.

En tout état de cause, quelle est la part érotique, la part de plaisir, dans les comportements dits « auto-agressifs » des autistes ? Rappelons qu'historiquement, Bleuler [1857-1939] a introduit le terme d'autisme au sujet de la schizophrénie en refusant justement d'adopter celui d'« auto-

érotisme » proposé par Freud (Dalle et Weill, 1999). Si on considère que le sujet trouve du plaisir dans les comportements auto-agressifs, deux cas de figure se présentent :

– soit il s’agit d’auto-érotisme pur, et ce qui apparaît aux yeux de l’observateur extérieur comme de la douleur n’en est pas en réalité. Pour rendre compte de cette absence de douleur, on peut supposer alors une confusion extrêmement archaïque entre « bon » et « mauvais », dont l’origine peut être aussi bien biologique, comme évoqué ci-dessus, que psychologique et relationnelle ; les professionnels en contact avec des sujets présentant des troubles envahissants du développement sont souvent frappés par le plaisir que ceux-ci manifestent parfois dans des comportements censés provoquer de la douleur : « Channing, en 1878, présente le cas d'une jeune femme présentant "une sorte de plaisir érotique" en cherchant, dans ses plaies, les corps étrangers qu'elle y avait enfoncés » (Scharbach, 1984, p. 405). Il décrit également le cognement de tête comme un « véritable équivalent masturbatoire » (1986 p. 98) ;

– soit il s’agit de sensations de plaisir associées à des sensations de douleur, ce que la psychanalyse interprète en termes de masochisme. Freud (1905 d), après avoir décrit les affects désagréables comme susceptibles d’être sexuellement excitants, se demande si on ne peut pas admettre qu’un même effet érogène échoit aussi à des sensations douloureuses intenses. Il y voit l’une des racines possibles de la pulsion sado-masochiste. Nous trouvons donc déjà chez Freud l’idée qui sera développée par Vincent dans le champ de la neurobiologie et que nous avons évoquée ci-dessus (cf. II.1.1.c, p. 65), à savoir que l’activation des circuits de la douleur stimule ceux du plaisir, par l’intermédiaire de *processus opposants*. Les psychanalystes parleront plutôt d’*intrication* entre pulsions de vie et pulsions de mort, comme par exemple Bonaparte (1933), qui se réfère au masochisme pour expliquer les auto-agressions par les ongles et par les dents : « Je crois que nous nous trouvons ici en présence d'une intrication très intense, bien qu'en miniature, de l'autoérotisme, avec, d'une part, le masochisme érogène, et d'autre part, le masochisme moral » (p. 204). Poussin recourt de façon similaire à la notion d’intrication : « L'impression de l'observateur, s'il accepte d'analyser ses propres sensations, est celle d'une jouissance désespérée. Tout se passe comme s'il y avait une intrication irréductible du plaisir et de la douleur dans le geste automutilateur » (Poussin, 1978, p. 115).

Rosenberg (1982) propose une analyse fouillée du concept de masochisme, et décrit un tournant dans la pensée de Freud à partir de 1920, qui comprend alors le masochisme comme un « gardien de la vie » permettant la non-satisfaction de la pulsion de mort. S'il s'applique à la pulsion de vie, le masochisme peut alors devenir au contraire un « masochisme mortifère ». Rosenberg donne l'exemple de l'anorexie mentale et aussi celui des automutilations psychotiques :

Un autre exemple de la façon dont la satisfaction masochique bloque la satisfaction de la pulsion de vie et de conservation s'observe dans les cas de mutilations graves et même mortelles que certains psychotiques peuvent s'infliger. Nous retrouvons la préoccupation de Freud [...] concernant la dangerosité vitale du masochisme. Ce qui inquiétait Freud, c'est la capacité du masochisme d'"annuler" le déplaisir et de le mettre ainsi hors jeu comme avertissement vital ; ce qui est profondément menaçant dans le masochisme c'est qu'avec le signal-avertissement (le déplaisir) il peut faire renoncer (empêcher) à la satisfaction des besoins vitaux, et mettre ainsi la vie en danger (p. 68).

La pure culture d'instinct de mort est comprise comme l'effet d'une *désintrication* mortifère, et on considère généralement comme une évolution favorable qu'un enfant qui s'automutilait de façon « froide » se mette à manifester du plaisir, car cette évolution signerait un début d'intrication ou une « ré-intrication » des pulsions. Mais la référence au masochisme semble moins fréquente dans la littérature récente.

#### II.1.2.b. Des sensations compensatoires

De nombreux travaux vont dans le sens d'une forme d'accrochage à la réalité sensorielle destinée à lutter contre une angoisse d'anéantissement, d'éclatement ou de morcellement (Lemay, 1980 ; Ferrari, 1983 ; Bullinger, 1995). Comme mentionné plus haut à propos de l'hypothèse de l'analgésie, l'absence de manifestation de douleur des automutilateurs pourrait alors s'expliquer par le fait qu'ils n'appréhendent pas leurs membres comme faisant partie intégrante de leur corps.

Freud avait déjà fait l'hypothèse que la première forme du « sadisme primaire » ou « originaire » chez l'enfant pourrait être envisagée comme une tentative de se rendre maître de ses propres membres (Freud, [1915 c], 2005, p. 223 ; Gillibert, 1977). Greenacre (1944, 1954) semble être le premier auteur à avoir développé cette idée, et Dumesnil (1989) cite plusieurs auteurs s'inscrivant dans la même lignée. Leurs conceptions convergent, et nous en reprendrons ici quelques illustrations.

### *Le surinvestissement des sens proximaux*

Bick (1969) a insisté sur la notion d'enveloppe psychique, sur le besoin chez le nourrisson d'un objet contenant. Selon l'auteur, une perturbation dans la première fonction de la peau peut conduire au développement d'une « seconde peau » par le biais de laquelle la dépendance à l'objet est remplacée par une pseudo-indépendance. Houzel (2005) résume ainsi la notion de seconde peau : « Il s'agit d'une sorte d'auto-agrippement à une fonction physique ou psychique de l'individu lui-même : sa musculature, qui conduit chez l'enfant à des états d'hyperactivité ou de gangue musculaire ; sa sensorialité, ce qui fait que le sujet adopte une attitude d'observateur plutôt que de participant à la vie ; à une de ses fonctions cognitives telles que la pensée ou le langage » (p. 21). Les travaux de Bick ont exercé une influence considérable sur la compréhension de certains symptômes observables chez les enfants. Par exemple, c'est une interprétation de ce type que fera Szewc (1998) à propos d'un enfant se livrant à des automutilations graves sur son visage : « Le grattage tente de donner par la douleur l'enveloppe corporelle que la caresse n'a pas donnée » (p. 114).

Bick a également introduit la notion d'« identification adhésive » pour décrire la façon dont l'enfant autiste se colle à la surface de l'objet ressenti, comme s'il vivait dans un espace bidimensionnel et que tout interstice renvoyait à une séparation vécue comme un anéantissement. C'est de cette façon que peut se comprendre, dans une telle conception, la prédominance des sens proximaux relevé par plusieurs auteurs :

Le surinvestissement des sens proximaux particuliers aux autistes (Pronovost, 1966) serait aussi une conséquence de la nécessité, pour l'autiste, de fonctionner par contiguïté (Marcelli, 1983). La peau est perçue dans ce contexte comme étant au départ une surface sensible et perceptive, mais extrêmement limitée par l'impossibilité d'élaborer en pensée, d'aller au-delà de l'expérience, ce qui explique le caractère menaçant des déchirures, trous... et l'absence paradoxale de réactions à la douleur, la sensibilité externe de l'autiste étant étalée sur la surface externe, sans investissement en profondeur (Marcelli, 1983) (Dumesnil, 1989, p. 27-28).

La permanence de l'objet n'étant pas acquise, celui-ci n'existe que lorsqu'il est perceptible. Son absence renvoie à un vécu d'anéantissement que l'exacerbation des sensations serait destinée à combattre : c'est ainsi que l'enfant laissé seul se secoue, se cogne la tête, frappe contre les murs. Tout se passe comme si la stimulation sensorielle équivalait à une présence contenant, ce qui évoque l'hallucination du sein absent décrite par Freud. Comme ces comportements ont souvent pour conséquence de faire revenir dans la réalité l'objet absent, ils peuvent être reproduits *secondairement* dans ce but, même en l'absence d'une distinction sujet-objet : il peut s'agir simplement de la reproduction d'un comportement associé avec un plaisir ou la suppression d'un déplaisir.

### *L'autosensorialité autistique (Tustin)*

Selon Tustin (1972), « l'autisme est un état dominé par la sensation » (p. 107), et l'auteur parlera même de *felt-self*, de « self-sensation » (Haag, 1984). Elle se réfère aux travaux de Spitz et de Bowlby, et décrit une forme d'autisme en rapport avec l'absence de « nourrissage essentiel », comme on peut l'observer dans des institutions où on se contente de nourrir et de laver les enfants : « De toute évidence, dans les institutions, le manque de stimulation extérieure signifie que le nourrisson n'est pas distrait des sensations de son propre corps, *qui risquent alors de s'intensifier, pour compenser le manque de satisfactions nourricières* » (p. 77, souligné par nous). Le but de l'enfant serait de « provoquer des sensations à l'intérieur de son propre corps, pour que ce soit "comme si" le nourrissage nécessaire était là » (p. 66). Rappelons que, selon les éthologistes, seuls les bébés singes élevés sans mère se sucent le pouce, ce qui est compatible avec l'hypothèse compensatoire (Bowlby, 1969).

Selon Tustin, un tel surinvestissement des sensations peut faire partie d'un système défensif constitutif d'une forme particulière d'autisme qu'elle appelle « autisme secondaire à carapace », où il s'agit de se défendre contre la panique qu'entraîne une séparation corporelle insupportable :

La plupart des enfants ASC [autisme secondaire à carapace] sucent leur langue ou la paroi de leurs joues. D'autres trouvent un réconfort dans la sensation que leur procurent les matières fécales dans l'anus. En comblant le trou, ils se protègent sur un mode physique et se rassurent, car ils espèrent ainsi ne plus jamais revivre la perte de la mère (p. 86).

Il n'est évidemment pas question d'une mère appréhendée comme objet total séparé, mais plutôt comme une partie de l'enfant échappant à son contrôle d'une façon angoissante. Ce qui est perdu, c'est un « bouquet de sensations » impliquant la disparition aussi bien du sein que d'une partie de la bouche (Boubli, 2002, p. 64). La reproduction stéréotypée de sensations calmantes, que l'enfant est assuré de pouvoir lui-même provoquer, permet de lutter contre cette angoisse de morcellement :

Pris dans cette défense contre la souffrance issue de la séparation, de la violence des angoisses et des affects qui en découlent, la réaction de l'enfant autiste aux êtres qui l'entourent n'est plus fonction de la relation d'objet, mais essentiellement fonction des sensations qu'ils lui apportent. Il est, selon Tustin, dans un état de recherche, au plan des sensations, de ce qui, venu du monde extérieur, coïncide avec ses modèles innés. S'il s'aperçoit que ses facultés de recherche rencontrent quelque chose qui ne coïncide pas avec ses modèles innés, il les bloque complètement, de façon à se sentir en état de continuité avec le modèle "extérieur", non séparé de lui. On voit là à quel point ce mécanisme au service du *sameness*, du collage adhésif, est de l'ordre d'une défense activement mise en place. Ce refuge dans l'autosensorialité serait donc intimement lié, originellement, aux menaces d'annihilation et d'anéantissement ressenties par l'enfant

lorsqu'il est confronté à toute séparation réactivant la perte de l'objet mère-sein, bouquet de sensations, à une date antérieure au stade du développement affectif où il aurait pu disposer des éléments lui permettant d'affronter cette perte. Cette utilisation de la sensorialité est d'une massivité impressionnante (Boubli, 2002, p. 64).

L'autosensorialité n'a donc pas à proprement parler de dimension relationnelle, pas plus qu'elle n'a de dimension émotionnelle, car les sensations n'ont précisément pas pu être transformées en émotions dans une interaction normale avec la mère (Boubli, 2002, p. 63). De même, les automutilations semblent produites en deçà de toute agressivité, comme s'il ne s'agissait que d'une forme particulière d'autosensation : « L'automutilation de nature proprement autistique est vraiment dangereuse, car il s'agit de l'augmentation insidieuse d'une autostimulation selon un processus toxicomane, sans mise en jeu d'une véritable pulsion agressive (désintrication ou non intrication presque totale) » (Haag, 2005 b, p. 155).

En analysant le type de sensations recherchées par l'enfant autiste, Tustin a remarqué que les « objets autistiques » censés lui procurer ces sensations – elle les rebaptisera « sensations-objets autistiques » (Tustin, 1990) – doivent avoir certaines caractéristiques. Par exemple, ils doivent être durs afin de l'aider à définir ses limites corporelles :

Accroché à la sensation de dureté, l'enfant autiste évite la sensation de se répandre vers l'extérieur [...]. Seule la sensation de tenue que procure la dureté de l'objet compte. Les contours durs, rigides, inchangés font partie intégrante des surfaces du corps et évitent la violence du ressenti de perte, de chute, de corps sans limite. La fonction, les particularités de l'objet sont secondaires, l'objet est interchangeable. Ces objets peuvent être pris à l'extérieur du corps de l'enfant, comme en faire partie. Il s'agit alors de substances dures (fèces dures, morve asséchée) qui produisent ce même type de sensations dures (Boubli, 2002, p. 65).

On peut noter la différence avec l'objet transitionnel dont les particularités ne sont pas secondaires et qui n'est aucunement interchangeable.

Outre les sensations recherchées avec des objets durs, Tustin mentionne ce qu'elle appelle les « sensations-traces », ou « sensations-formes autistiques », qui à première vue leur sont opposées puisqu'elles sont obtenues avec des objets plutôt mous qui peuvent conserver l'empreinte, la trace du corps :

Elles sont engendrées par des sensations corporelles douces, telles que l'écoulement de l'urine à l'extérieur du corps, des bulles de salive autour de la bouche, de la salive étalée sur des objets extérieurs, ou encore la diarrhée ou le vomi. Tenir un objet extérieur doucement, ou s'appuyer doucement contre, se balancer, tourner, ainsi que des mouvements stéréotypés des mains et du corps peuvent aussi produire de telles

sensations. [...] Apaisantes et calmantes, elles constituent une sorte de tranquillisant pour le corps (Tustin, 1990, p. 127).

Boubli (2002) interprète ces sensations « douces » d'une façon plus positive que les sensations « dures », dans la mesure où elles seraient plus libidinalisées et donc davantage en lien avec l'objet externe, alors que les sensations dures évacueraient plutôt celui-ci.

Cependant, les sensations-traces peuvent être comprises de la même manière que les sensations recherchées au contact d'objets durs, c'est-à-dire comme des sensations d'apaisement procurées par une enveloppe externe. L'objet mou qui garde la trace du corps peut être vécu comme une enveloppe évitant de se répandre, d'une façon similaire à l'objet dur mais sur un autre mode : « Les enfants autistes protègent leur vulnérabilité en engendrant l'illusion d'avoir une enveloppe extérieure à leur corps » (Tustin, 1990, p. 13).

Ce qui nous paraît important à relever dans les deux cas, c'est que le fait que l'enveloppe recherchée soit externe n'est pas angoissant pour l'enfant : il ne fait pas la distinction entre intérieur et extérieur que fait l'observateur, en revanche il est simplement rassuré par la *limite versus absence de limite qui renvoie à une angoisse d'anéantissement de l'ordre de la liquéfaction ou de la dislocation, du déversement ou de la dissolution* (Tustin, 1986). Haag relate des témoignages explicites de telles angoisses : « Ceux qui parlent évoquent un écoulement et/ou un engoulement tourbillonnaire. Ainsi Paul qui, après une longue séparation estivale, s'effondre en fin de séance de retour et dit avec un filet de voix tremblée, très angoissée : "on va pas couler dans les WC..." » (2005a, p. 127). Cette angoisse renverrait aux expériences répétées de substances corporelles molles se détachant du corps, comme les excréments, l'urine, la morve, la salive, le lait dans la bouche et même le vomi.

Tout se passe comme si le corps propre était vécu comme une masse molle informe dépourvue d'enveloppe. Cette angoisse pourrait également renvoyer à l'état fœtal, où la peau constitue d'autant moins une enveloppe et une limite que les deux côtés de sa surface sont constitués d'une masse molle, masse dont la température est par ailleurs uniforme.

Au fur et à mesure de son expérience, Tustin insistera davantage sur l'importance défensive des sensations dans l'autisme, en faisant même de cette caractéristique le critère spécifique de cette pathologie :

La caractéristique diagnostique sous-jacente spécifique à l'autisme découle du fait que tous les êtres humains, comme d'autres animaux, ont une tendance innée à se mettre à

l'abri d'expériences effrayantes. Ainsi, les petits enfants normaux se réfugient dans les bras de leur mère [...] ou se cachent dans ses jupes. L'enfant de type schizophrénique recourt à une forme de protection toute faite contre les terreurs élémentaires. Il "phantasme" qu'il se cache dans le corps de sa mère (processus d'identification projective), alors que les enfants autistes s'enveloppent dans les sensations de leur propre corps, c'est-à-dire qu'ils créent leur propre enveloppe protectrice (Tustin, 1990, p. 34-35).

### *La recherche de la sensation d'exister*

Nous ferons encore mention d'un point de vue qui rattache la recherche de sensations à une lutte contre l'angoisse d'anéantissement par un biais que nous n'avons pas encore abordé. En effet, nous avons mentionné les auteurs qui insistent sur la recherche de sensations en rapport avec la notion d'*enveloppe*, sensations qui viennent compenser un vécu de manque d'enveloppe et une angoisse d'anéantissement liée à l'absence de limite du corps.

À côté de ce mode de compensation du vécu d'anéantissement, on trouve l'allusion à des sensations recherchées avant tout pour leur effet *stimulant*, susceptible de procurer la *sensation d'exister*. C'est dans ce registre que nous situerons les contributions qui insistent sur la recherche d'autostimulation des autistes, et qui comprennent en particulier l'automutilation comme une autostimulation. Ce qui importe alors, c'est moins la *qualité* de la sensation recherchée, en rapport avec une enveloppe manquante, que son *intensité* :

Cette autostimulation répond à la nécessité psychique vitale de se sentir exister et de se construire des frontières. L'excitation active douloureuse semble mieux parvenir à procurer ce sentiment d'exister que les excitations subies ou que d'autres excitations actives (apparemment plus érotiques mais moins intenses, moins propres à assurer un continuum d'excitation en rupture avec et en protection contre des stimuli externes aléatoires, insuffisants, insécurisants). Ébauche de maîtrise même au prix de la douleur, *l'actif coïncide avec le vital, le subi, le passif, avec une menace d'anéantissement* (Ochonisky, 1984, p. 177).

On peut alors comprendre le recours à la douleur intense comme une tentative d'éprouver des sensations par le recours à *celles qui sont les plus aiguës, les plus mobilisatrices*. Ainsi, certains phénoménologues, comme Charbonneau (2003) par exemple, reconnaissent à la douleur un statut particulier au sein des sensations : « elle a fonction d'alerte que les sensations ordinaires n'ont pas » (p. 18). Rappelons que, selon Schilder (1950), la douleur renforce l'image du corps, et qu'en outre, « la partie du corps sur laquelle la douleur est ressentie draine toute l'attention » (p. 123). Comme nous l'avons vu, la compréhension de Wallon entre dans ce cas de figure, et l'auteur a également mentionné la recherche du spasme de l'orgasme comme une autre forme possible d'exacerbation de sensations (cf. II.1.1.a, p. 59).

La douleur et l'orgasme seraient privilégiés dans la mesure où ils sont accompagnés d'une forte charge émotionnelle : « Ces personnes recherchent cette frontière entre le plaisir et la douleur car elle crée, par la charge émotionnelle, un sentiment d'existence toujours en train de se dissoudre. On ne peut parler d'automutilation que du point de vue de l'observateur. Pour la personne qui agit, au contraire, cette conduite la rassemble » (Bullinger, 1996, p. 16). Ainsi, Bullinger (1995) assimile l'automutilation à une autostimulation : « [...] Ces conduites que l'on appelle d'autostimulation (et je pense que l'auto est de trop) sont des conduites qui maintiennent présente une image du corps toujours en train de fuir le camp. Et notre désespoir, c'est que ces conduites visent non pas à détruire le corps, mais à le maintenir présent » (p. 67). Pour cet auteur, ce sont les sensations émotionnellement chargées qui sont donc recherchées, car le plus à même de procurer la sensation d'exister.

On trouve également chez Chiland (1976, 1984) une compréhension de l'automutilation en termes de recherche de stimulation. Pour cet auteur, l'être humain a besoin d'un certain taux d'excitation, et l'automutilation serait un moyen de satisfaire ce besoin, en rapport avec le besoin de se sentir exister. Ce moyen serait privilégié dans la mesure où il serait particulièrement efficace à procurer cette sensation d'exister, d'être « incarné ». L'enfant y aurait recours en cas de manque de stimulation externe :

Ces conduites échappent au principe de plaisir, mais ne peuvent s'expliquer non plus par le principe de nirvâna de recherche de réduction des tensions à l'état zéro. Elles correspondent à une compulsion à la répétition des expériences vécues fonctionnant sans tri possible entre les expériences agréables et les expériences douloureuses. Il n'y a pas plus d'auto-érotisme que d'automutilation, il n'y a que de l'autostimulation. Cette autostimulation à conséquences négatives non représentées, non voulues, non intentionnées répond à la nécessité psychique vitale de se sentir exister et de se construire des frontières. L'excitation active douloureuse (ou qui serait douloureuse dans d'autres conditions) semble parvenir mieux à procurer ce sentiment d'exister que les excitations subies ou que d'autres excitations actives (apparemment plus érotiques, mais moins intenses, moins propres à assurer un continuum d'excitation en rupture avec, et en protection contre, des stimuli externes aléatoires, insuffisants, insécurisants) (Chiland, 1976, p. 353).

On voit que ce point de vue se situe à cheval entre le biologique et le psychologique : il rejoint le point de vue biologique développé plus haut, selon lequel il existerait un besoin de stimulation minimal, compensé par l'autostimulation s'il n'est pas satisfait (hypothèse homéostatique). La recherche de la sensation d'exister, développée dans ce chapitre-ci, pourrait correspondre à l'expression psychologique du même besoin.

### II.1.2.c. Des sensations « neutralisantes »

Plusieurs auteurs comprennent la surenchère des sensations, en particulier douloureuses, comme une tentative de neutraliser d'autres sensations désagréables en les « noyant » en quelque sorte, ou en les « étouffant ». C'est ainsi par exemple que Ferrari (1983) parle de « neutralisation des sensations », que Shentoub et Soulairac (1961) évoquent des douleurs destinées à faire oublier une souffrance psychique plus grande, ou que Brauner et Brauner (1972) décrivent des douleurs destinées à neutraliser des sensations pénibles. Dans l'optique psychosomatique, on présente davantage l'investissement de la douleur comme une protection contre la mentalisation : « Il n'est pas rare que des enfants recherchent, par la douleur, l'inhibition des autres perceptions, autrement dit, qu'ils visent ainsi à "s'empêcher de penser" (à autre chose qu'à la douleur) » (Szwec, 1998, p. 112). La douleur corporelle serait destinée à empêcher la douleur psychique d'apparaître (p. 135). Mais nous développerons plus particulièrement la notion de « démantèlement » introduite par Meltzer.

#### *Le démantèlement et la recherche d'impressions esthétiques (Meltzer)*

Meltzer (1975) a introduit la notion de « démantèlement » pour décrire un processus observable dans l'autisme, et caractérisé par l'attention concentrée sur une forme de modalité sensorielle exclusive, déconnectée des autres. Le recours au démantèlement exercerait un impact désastreux sur le développement psychique. Il s'oppose au transfert transmodal qui, lui, implique l'établissement d'équivalences et de déplacements d'investissements entre les différents registres sensoriels. Meltzer définit le démantèlement comme un mécanisme de défense par l'intermédiaire duquel l'autiste laisse les sens s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant, de par les sensations qu'il provoque. On serait confronté au degré extrême de ce que Bion a appelé « l'attaque des liens », encore qu'il s'agisse ici davantage d'un processus passif. Les sensations « démantelées » seraient ainsi inaccessibles aux liens de la pensée, y compris à la mémoire, d'où l'entrave au développement psychique.

C'est ainsi que s'expliqueraient les comportements sensoriels et moteurs stéréotypés de l'autiste :

[...] C'est le démantèlement de l'appareil perceptuel en ses composants sensuels et sensoriels tel que Meltzer l'a très bien décrit, rendant compte de la majorité des stéréotypies d'autostimulation avec un bruit, des vertiges, une lumière, des kinesthésies rythmées, etc. Ce mécanisme permet semble-t-il un retour à un état d'identité très primitif, à un niveau de "se sentir collé à" qui permet de survivre dans l'en deçà ou l'annihilation d'un monde intérieur avec des objets internes, qu'ils soient partiels ou totaux. Ceci est la définition de l'identité adhésive développée par E. Bick [...] (Haag, 1984, p. 295).

De par ce démantèlement, le monde des sensations dans lequel demeure l'autiste serait un monde non seulement en deçà des représentations, mais aussi en deçà des *émotions*, comme nous l'avons mentionné sous un autre angle à propos de Tustin (cf. II.1.2.b, p. 72) : « L'activité sensorielle dispersée ne conduit pas jusqu'à la sensation qui serait accompagnée de réaction émotionnelle, mais à l'abolition de toute pensée » (Despinoy et Pinol-Douriez, 2002, p. 15). Ou du moins, on resterait dans le registre des précurseurs des émotions, à savoir les « réactions esthétiques » : « L'attitude extatique des enfants autistes, les mots qu'ils prononcent parfois après les accès de démantèlement, l'observation des réactions précoces des bébés à certains spectacles, les études de Meltzer et Harris Williams sur le choc esthétique (1988), conduisent à faire l'hypothèse que la réaction esthétique est la plus primitive des émotions produites par les sensations » (Despinoy et Pinol-Douriez, 2002, p. 16).

En se référant à Tustin qui rattache certaines formes d'autisme à une prise de conscience trop précoce de la distinction Moi / non Moi, les auteurs attribuent une fonction défensive à la recherche d'impressions esthétiques, qui « pourrait être utilisée comme un repli pour éviter la douleur psychique » (p. 16). En effet, on trouve également chez Tustin la référence à la fonction neutralisante des sensations. Par exemple, l'auteur évoque la tendance de nombreux enfants psychotiques à faire tourner leur corps, tendance qu'elle met en rapport avec plusieurs motivations possibles :

De nombreux enfants psychotiques font tourner leur corps, ainsi que des objets extérieurs, comme s'ils étaient des parties intégrantes de leur corps. Ces activités stéréotypées et répétitives apportent aux enfants la sécurité et la stabilité auxquelles ils aspirent, à la suite de changements trop soudains et trop perturbants, intervenus à un certain moment de leur petite enfance. Ces changements leur ont fait connaître la terrifiante séparation corporelle, qu'il leur faut désormais éviter. Le tournoiement semble avoir encore une autre fonction. En concentrant toute leur attention sur cette activité, les enfants évitent les aspects "non moi" du monde extérieur. Il semble également probable que le tournoiement produise un état de dissociation, voisin de l'auto-hypnose, où les objets "non moi" se trouvent comme effacés. Les états de transe, apparaissant au cours des danses rituelles des tribus primitives, m'ont souvent fait penser au tournoiement des autistes. Tout comme le tournoiement des autistes, ces danses aboutissant à la transe ont souvent pour objectif d'exorciser les mauvais objets du corps et de l'environnement. En d'autres termes, c'est une tentative pour abolir la conscience (1972, p. 85).

On retrouve donc chez cet auteur le lien entre les stéréotypies psychotiques et les danses initiatiques, fait par Wallon dans le texte que nous avons cité (cf. II.1.1.a, p. 60).

### *L'antagonisme entre les sensations*

Le phénomène de neutralisation implique une certaine forme d'antagonisme entre les sensations. Nous avons vu que Wallon parle d'antagonisme entre sensations viscéro-toniques et sensations périphériques, et que d'autres auteurs opposent par exemple sensations de plaisir et sensations de dégoût. Or, d'une façon plus globale, il existe fondamentalement un antagonisme entre les diverses sensations, dans le sens où plus une sensation est intense, plus elle éclipse les autres sensations. Rappelons que le démantèlement est défini comme un accrochage à l'objet « *le plus stimulant de l'instant* », ce qui favorise l'assourdissement des autres canaux sensoriels. Il en résulte une forme d'obnubilation de la conscience, qui est parfois décrite en termes d'auto-hypnose, comme dans la citation de Tustin ci-dessus. Dans le même ordre d'idées, Tordjman *et al.* (1999), sans se référer à Meltzer, ont élaboré un modèle de compréhension des automutilations autistiques très compatible avec sa conception, et parlent de la « surcharge *hypnotique* d'un canal sensoriel permettant à l'enfant autiste de s'isoler par rapport à un environnement vécu comme dangereux et menaçant » (p. 133, souligné par nous).

La compréhension de l'exacerbation des sensations en termes de neutralisation et d'antagonisme entre les sensations permet de mettre en lumière le recours privilégié aux sensations douloureuses par l'enfant autiste. En effet, celles-ci peuvent s'avérer particulièrement efficaces pour obnubiler la conscience et recouvrir d'autres sensations désagréables telles que l'angoisse ou le stress. Tordjman *et al.* (1999) remarquent que les automutilations apparaissent de façon privilégiée en réaction à des situations de tension : « À partir de notre pratique clinique et des résultats de cette étude, nous avons pu observer que les automutilations autistiques apparaissent dans les situations de stress, d'angoisse importante ou d'excitation intense » (p. 132). On peut même faire l'hypothèse que les automutilations autistiques remplissent principalement cette fonction, alors que d'autres formes d'autosensorialité peuvent davantage remplir un rôle de compensation, même s'il est probable que les deux rôles soient toujours mêlés dans des proportions variables.

### *Le paradoxe de l'hyperesthésie anesthésiante*

Nous serions donc en présence d'une *fonction paradoxale de l'hyperesthésie, à savoir une fonction d'anesthésie*. Mais il y a lieu de distinguer ici deux niveaux d'anesthésie à notre sens. D'une part, l'exacerbation de certaines sensations permet d'en anesthésier d'autres : c'est le principe de l'antagonisme évoqué ci-dessus, et c'est aussi le principe de la notion de

démantèlement de Meltzer. D'autre part, certaines sensations induisent une *altération du niveau de vigilance* qui a pour conséquence une « anesthésie » *générale, touchant également les sensations qui ont provoqué cette anesthésie*. On n'est plus alors dans le modèle de l'antagonisme entre sensations, mais plutôt dans la recherche d'auto-hypnose déjà évoquée par certains auteurs que nous avons cités. L'analgésie décrite par ces auteurs s'expliquerait alors par ce phénomène d'auto-hypnose : alors que les coups devraient provoquer de plus en plus de douleur, ils mettent en fait progressivement le sujet dans un état dans lequel il ne ressent plus *ni cette douleur ni aucune autre sensation*. Rappelons que Tustin (1972) parle d'une « tentative pour abolir la conscience » (p. 85). Poussin (1978) est frappé par l'expression rêveuse qui accompagne le *head banging* pratiqué par les sujets qu'il a observés. Par analogie avec la notion d'appareil à penser les pensées de Bion, on pourrait dire qu'il s'agit ici d'une mise hors-tension de « l'appareil à sentir les sensations ». Ou encore, pour reprendre une jolie formule de Dumesnil, la sensation sur laquelle se centre le sujet devient « le bouchon qui ferme le monde » (1989, p. 84).

La *répétition stéréotypée* du comportement auto-agressif joue dans cette conception un rôle central, car c'est par son intermédiaire que l'état hypnotique est obtenu : « la répétition des stimuli nociceptifs et du rythme régulier du geste générateur susciterait un état de type hypnose » (Scharbach, 1986, p. 97).

Cette compréhension des automutilations s'accorde bien avec la notion d'autisme elle-même, car les automutilations participeraient ainsi à l'isolement du sujet, à son autisme précisément : « Chocs et coups, par leurs ébranlements répétés, renforceraient la non réceptivité aux stimulations et la coupure du monde réel de l'enfant autiste » (Scharbach, 1986, p. 98).

L'idée que des stimulations puissent provoquer paradoxalement une anesthésie « générale » n'est pas sans rappeler encore une fois les thèmes chers aux psychosomatiques. Rappelons que ceux-ci se sont penchés sur le problème de l'insomnie précoce de l'enfant, et ils ont interprété le bercement par exemple comme une « excitation négativante » (Fain, 1992, p. 8), susceptible de favoriser l'anesthésie, c'est-à-dire l'endormissement.

#### II.1.2.d. Des sensations expiatoires

Une autre façon de comprendre les automutilations consiste à les voir comme une forme d'autopunition. L'apaisement serait alors recherché non pas par la provocation de sensations « manquantes », ni par la fuite de sensations désagréables, mais par le soulagement d'un vécu de « culpabilité » à travers l'exécution d'une punition. La sensation de douleur serait alors

vécue comme calmante dans la mesure où elle attesterait de la *destruction du mauvais dedans*. Cette compréhension semble résulter de la transposition à l'enfant d'une hypothèse appliquée aux adultes notamment par Menninger (1935). L'automutilation « servirait à la fois à protéger le bon objet extérieur et à punir l'enfant pour ses impulsions destructrices » (Dumesnil, 1989, p. 51). On serait proche ici de la position « dépressive » de Klein, ce qui pose selon nous un problème théorique et logique par rapport à l'autisme et aux psychoses précoces. En effet, une telle conception implique un certain degré de constitution de la distinction Moi / non Moi, degré qui n'existe pas chez l'enfant autiste selon tous les auteurs cités.

En ce qui concerne l'enfant autiste, de nombreux auteurs d'orientation psychanalytique se réfèrent à la théorie kleinienne en reprenant plutôt les notions associées à la position schizo-paranoïde, et en décrivant les automutilations en termes d'attaques de l'objet partiel vécu comme mauvais :

Les références à l'automutilation comme le résultat du retournement de l'agressivité contre un mauvais objet introjecté sont fréquentes dans la littérature (Burnham, 1969 ; Bychowski, 1959 ; Duché, 1979 ; Green, 1967 ; Lebovici, 1956 ; Mittleman, 1954). La plupart des explications s'inspirent de la théorie originale de la mélancolie élaborée par Freud (1917), celui-ci émettant l'hypothèse, pour rendre compte de cette problématique, d'une agression du surmoi contre le moi, et des travaux de Klein (Klein *et al.*, 1952) mettant plus spécifiquement en cause les mécanismes d'introjection et de projection (Dumesnil, 1989, p. 173).

Il s'agirait d'attaques de parties du corps « investies comme de mauvais objets persécuteurs ayant une vie autonome » (Dumesnil, 1989, p. 148). Meltzer (1992), dans un sens similaire, parle d'« objet maternel tyrannique » identifié au corps. Le but de l'automutilation serait de détruire le « mauvais objet interne », étant entendu qu'il s'agirait d'un objet partiel. Curieusement, on ne trouve guère, dans le discours psychanalytique, de référence à la notion de « sujet partiel », pôle opposé à l'objet partiel dans l'ensemble symbiotique sujet-objet ; plus précisément, on pourrait parler en l'occurrence d'un « mauvais sujet partiel » qu'il s'agirait de détruire, et qui serait la cible de ce que la théorie kleinienne a décrit en termes de « Surmoi » précoce.

#### II.1.2.e. Des sensations de mort et de destruction

De nombreux psychanalystes, à commencer par Freud lui-même, ont mis les automutilations en rapport avec une prédominance de la pulsion de mort. Parfois, celle-ci est décrite comme unie avec la libido, et on parle alors généralement de masochisme, en l'occurrence primaire. Nous avons évoqué ce cas de figure plus haut à propos de la recherche de plaisir (cf. II.1.2.a,

p. 69). Parfois, à l'inverse, les auteurs insistent sur l'absence de lien avec la libido, ou ce qu'ils appellent la « désintrication » des pulsions. Les automutilations seraient alors à comprendre comme l'expression d'une pulsion de mort « pure » ou du moins s'exprimant sans entraves ou sans liaisons susceptibles de la « diluer ». Pour Anna Freud par exemple, chez les enfants qu'elle a observés, la « fusion pulsionnelle libido-agressivité » n'aurait pas eu lieu normalement, et il en résulterait « une agressivité en culture pure inadaptée aux buts positifs de la vie. [...] Cette manifestation précoce d'agression et de destruction dirigée contre soi est perçue comme équivalent agressif de l'auto-érotisme et conçue comme possible expression purement destructrice en cas de fusion incomplète ou de défusion pulsionnelle » (Scharbach, 1986, p. 89-90). Les descriptions de Spitz sont de ce point de vue similaires à celles de la fille du créateur de la psychanalyse : « Dans une étude déjà ancienne, R. Spitz a envisagé les manifestations auto-agressives qui font suite à l'insomnie dans les conditions de carence grave. Il émet l'hypothèse qu'une défusion des deux instincts a lieu et que l'agressivité séparée de la pulsion libidinale se retourne contre l'enfant privé de provisions affectives » (Kreisler *et al.*, 1974, p. 93). Alors que peu d'auteurs définissent ce que serait une intrication « normale » entre les pulsions dans le développement de l'enfant, Spitz fournit quelques précisions. Il serait indispensable de diriger la pulsion libidinale et la pulsion agressive sur le même objet pour que les deux pulsions puissent fusionner, or ce processus ne pourrait se produire si l'enfant n'a pas pu former une relation objectale :

[...] Les enfants souffrant de marasme ont été privés de la possibilité de former des relations objectales. Par conséquent, ils n'ont pas été en mesure de diriger la pulsion libidinale et la pulsion agressive sur le même objet unique – condition indispensable pour réussir l'intrication entre des deux pulsions. Privées d'objet dans le monde extérieur, les pulsions non intriquées sont tournées vers leur propre personne qu'elles prennent comme objet (Spitz, 1965, p. 221).

Fischer-Hauchecorne (1992) cite plusieurs auteurs qui comprennent les automutilations comme l'expression de la pulsion de mort, et elle fait elle-même l'hypothèse selon laquelle l'automutilation « pourrait se concevoir comme une carence de la pulsion de vie » (p. 69).

Il est à relever que cette conception s'oppose diamétralement à celle que nous avons évoquée plus haut, selon laquelle les sensations douloureuses seraient produites afin de lutter contre l'angoisse d'anéantissement. Pour les uns, l'anéantissement serait source d'angoisse et farouchement combattu en tant que tel. Pour les autres, il serait recherché. Or, le même comportement d'automutilation est interprété tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre.

D'une façon similaire, des interprétations inverses sont faites au sujet du niveau de stimulation recherché. Dans le cadre de la compréhension de l'automutilation comme une lutte contre l'anéantissement, Chiland (1976, 1984) interprète ce comportement comme répondant à un besoin de stimulation. Mais elle rappelle que Freud, à l'inverse, rattache la pulsion de mort au principe de nirvana, à la recherche d'un état de zéro absolu d'excitation. On peut donc, de ce point de vue aussi, interpréter le même comportement d'automutilation de deux façons opposées, tantôt comme un comportement qui élève le niveau de stimulation, tantôt comme un comportement qui tend à le réduire à zéro.

#### II.1.2.f. Des sensations non recherchées ?

Comme mentionné ci-dessus, les modèles psychologiques, en particulier psychanalytiques, ont insisté sur la confusion Moi / non Moi ou intérieur / extérieur chez l'enfant autiste. Or, cette confusion remet en question la notion même d'autosensorialité, dans la mesure où le préfixe « auto » ne correspondrait à aucune réalité spécifique chez le sujet. Plus particulièrement, la prise en compte de cette confusion peut mener à une autre compréhension des automutilations que celle développée par les auteurs s'étant inspirés de la théorie kleinienne. En effet, les automutilations pourraient alors être produites simplement pour la libération de violence qu'elles permettent, violence qui ne serait pas délibérément dirigée contre le sujet, mais qui le prendrait pour cible « parce qu'aucun autre objet disponible n'a été accessible » (Scharbach, 1986, p. 8). On pourrait parler, à la suite de Mittleman (1954), de « rage aveugle », ou, à la suite de Carraz et Ehrhardt (1973), de « gestes à effet autovulnérant » plutôt que de comportements automutilateurs, c'est-à-dire de gestes ayant pour effet des blessures *accidentelles*. Dumesnil (1989) parle de « colère » par opposition à l'hostilité et à la haine, pour décrire l'affect qui domine pendant les automutilations des sujets déficients : « [...] Le patient frappe d'abord pour répondre à l'urgence de le faire, sans viser un objet en particulier. [...] Il nous paraît indiqué de parler de colère plutôt que d'hostilité ou de haine pour décrire l'affect qui domine durant la mutilation, la nuance étant que la haine vise un "objet", alors que la colère est simplement l'expression d'un état particulier » (p. 185). En d'autres termes, la mutilation jouerait un rôle d'évacuateur de tension (stress) à un niveau *moteur* et non pas *sensoriel*, et le fait qu'elle concerne le corps propre et qu'elle provoque des sensations de douleur ne serait pas délibéré. C'est pourquoi Dumesnil rejette les hypothèses « intentionnalistes », c'est-à-dire celles qui attribuent à l'enfant une intention de se faire du mal à lui-même : « Nos patients, à l'exception de quelques déficients, ne se mutilent pas parce qu'ils veulent exprimer quelque chose ou obtenir une satisfaction, ils le font parce que la

structure de personnalité ayant émergé du jeu des pulsions et des défenses a déterminé une redirection de l'agressivité, le sujet et l'objet, comme constructions psychiques n'étant plus localisées dans les entités physiques conventionnelles » (1984, p. 193). Basquin (1984) fait l'hypothèse que les gestes douloureux sont répétés malgré la douleur qu'ils entraînent parce que celle-ci n'est pas intégrée dans un processus d'apprentissage. Cette hypothèse est en rapport avec l'implication du système sérotoninergique dans l'apprentissage par « punition » : le dysfonctionnement du système sérotoninergique entraînerait une incapacité à apprendre par l'aversion (p. 211).

Nous nous situerions alors dans le registre de ce que Bergeret (1984) a appelé « violence fondamentale », et non pas dans le registre de l'agressivité, ou alors d'une agressivité que Grunberger (1971) a qualifiée d'« anobjectale » ; on assisterait même à son niveau le plus primaire, ce qui expliquerait qu'on trouve ces comportements dans les fonctionnements les plus archaïques. Or, si on part du principe que le corps propre n'est aucunement vécu comme tel, on est amené à conclure que l'apaisement ne serait pas produit par la sensation de douleur, mais par la décharge des pulsions agressives, indépendamment de leur objet. Rappelons que dans « Le problème économique du masochisme », Freud (1924 c) considère l'appareil musculaire comme un canal de décharge de la pulsion agressive. La douleur ne serait qu'un accident consécutif à la confusion Moi / non Moi, accident négligeable pour le sujet et négligé précisément en raison de cette confusion, d'où l'apparente « analgésie ».

On trouve chez Kreisler, Fain et Soulé (1974) une compréhension de cet ordre des comportements autodestructeurs chez l'enfant :

La tension débordante n'a pu trouver de moyens d'apaisement et entraîne une impossibilité totale de régression au narcissisme primaire. Il semble s'organiser alors, non pas une activité hallucinatoire que l'enfant est alors incapable d'élaborer par immaturité d'abord, et aussi par manque de traces mnésiques satisfaisantes, mais une activité motrice de type autodestructif (p. 81).

Cette conception de la question des automutilations est compatible avec les observations d'auteurs (Lezine et Stambak, 1959 ; Scharbach, 1986) qui décrivent chez l'enfant « normal » des conduites auto-agressives, qui culmineraient à 12 mois pour disparaître au bout de 18 mois, conduites auxquelles nous avons consacré un petit chapitre dans la partie consacrée au développement normal (cf. I.7, p. 48) :

Au fur et à mesure que se parfait l'élaboration du schéma corporel, l'enfant apprend à éviter la douleur. La courbe d'automutilation primitive baisse rapidement, et

corrélativement monte la courbe du comportement hétéro-agressif [...]. L'apparition de conduites hétéro-agressives ferait partie d'un stade développemental où il existe une différenciation soi/non soi, alors que les conduites auto-agressives resteraient dans un registre plus archaïque (Tordjman *et al.*, 1999, p. 125).

Selon Scharbach (1986), les autocognements de tête ne s'observent après 5 ans « que chez les enfants psychotiques ou déficitaires » (p. 55).

On peut se demander si cette compréhension ne situe pas les automutilations hors du champ de notre sujet : il ne s'agirait pas de provoquer des sensations apaisantes, mais simplement de libérer les pulsions agressives, d'une façon confuse ayant pour conséquence des sensations douloureuses que le sujet autistique ne rechercherait pas pour elles-mêmes mais qu'il ne serait pas non plus en mesure d'éviter.

Or, les pulsions violentes seraient particulièrement envahissantes chez les enfants privés d'interactions avec une figure maternelle. C'est l'avis d'auteurs ayant observé de tels enfants, qui n'étaient pas nécessairement autistes. Par exemple, Anna Freud a décrit des enfants sans foyer ou sans mère observés dans les institutions les ayant accueillis pendant la seconde guerre mondiale. Elle note chez de tels enfants une forte agressivité peu accessible aux mesures éducatives habituelles. La cause en serait une libido affaiblie du fait de l'arrêt dans le développement affectif tenant au manque dans la relation à la mère : « Chez les enfants considérés, la fusion pulsionnelle libido-agressivité n'ayant pu avoir lieu normalement, il en résulte une agressivité en culture pure inadaptée aux buts positifs de la vie. [...] Comme elle le rapporte en 1943 avec Burlingham dans *Infans without Families*, le cognement de tête est notablement observé en cas de frustrations ou de colères impuissantes » (Scharbach, 1986, p. 89).

Cette compréhension permet une autre explication du mystère de l'auto-agression que celle de l'analgésie par exemple : les pulsions violentes seraient exacerbées par carence d'interactions avec la figure maternelle, et elles seraient dirigées contre la personne propre par indifférenciation Moi / non Moi, le corps propre étant pris pour cible de par sa « disponibilité » immédiate et permanente. À noter cependant qu'Anna Freud semble partir du principe que Moi et non Moi sont distingués chez les enfants privés de mère qu'elle a observés, puisque l'enfant « retournerait contre son corps ses tendances destructrices » (Scharbach, 1986, p. 89). Il en va de même chez les enfants observés par Spitz : « Des épisodes d'automutilations, pouvant être accompagnés de balancements, se manifestent lors

du stade de dépression anaclitique, *le retour de l'objet maternel entraînant une redirection de l'agressivité vers les autres* » (Scharbach, 1986, p. 88).

### *Les automutilations comme langage ou comme manipulation*

Certains auteurs, à partir du constat d'un lien entre absence de langage et automutilation, concluent que celle-ci serait un substitut de celui-là (Shodell et Reiter, 1968 ; Carraz et Ehrhardt, 1973 ; Poussin, 1978 ; Duché, Braconnier et Khemici, 1979). Privés de langage, les enfants communiqueraient en s'automutilant. Une telle compréhension sort également du cadre de notre travail, dans la mesure où les sensations n'y joueraient aucun rôle : il s'agirait simplement de comportements de communication. C'est pour cette raison que nous la mentionnons dans ce chapitre des sensations non recherchées.

Dans le même ordre d'idées, des auteurs, principalement comportementalistes, voient les automutilations comme un comportement appris, d'abord fortuit puis « renforcé » par l'attention sociale qu'il suscite. En d'autres termes, ceux qui s'automutilent le feraient d'abord par accident, puis pour se rendre intéressants. Selon Dumesnil (1989, p. 53), cette compréhension a surtout été développée en Amérique du Nord par Lovaas.

Nous n'analyserons pas davantage ces conceptions, dans la mesure où les sensations n'y sont pas directement concernées. Nous nous contenterons d'exprimer notre désaccord avec l'application de ce type d'hypothèse au cas particulier de l'autisme. En effet, le sujet autiste y apparaîtrait comme un sujet motivé à communiquer et à interagir, c'est-à-dire comme non autiste, si on se souvient que l'auto-isollement (*aloneness*) est l'un des symptômes considérés comme fondamentaux dans ce trouble (Eisenberg et Kanner, 1956), symptôme dont l'absence de langage elle-même peut être vue comme une manifestation. Il peut être pertinent en revanche de retenir ce type de compréhension pour rendre compte des comportements automutilatoires observés dans d'autres troubles du développement ; par exemple, chez des déficients mentaux, comme l'a fait Dumesnil (1989). Celui-ci relate le cas d'une patiente au sujet de laquelle « les intervenants ont remarqué qu'elle se frappe toujours la tête ou les bras contre des objets bruyants et que si, par malheur, il n'y en a pas à sa portée, elle crie en se mutilant » (p. 184). Duché *et al.* (1979), en s'inspirant des méthodes de l'éthologie, font une analyse pertinente des comportements automutilatoires d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie, et ils insistent sur la fonction relationnelle de certains de ces comportements. Ils décrivent des séquences où on observe une frustration, par exemple alimentaire, ou une agression subie par l'enfant, qui est suivie par des regards répétés adressés à un soignant ou à

l'agresseur, puis par les gestes auto-agressifs, parfois mélangés à des gestes hétéro-agressifs. Cependant, alors que la population observée incluait des enfants diagnostiqués comme autistes, aucun des cas décrits pour illustrer la fonction relationnelle de l'automutilation n'a reçu ce diagnostic. Toutes les vignettes présentées concernent des cas de « psychose déficitaire ». Les auteurs relèvent eux-mêmes dans leur conclusion que les comportements automutilatoires ayant une fonction relationnelle font « sortir le sujet des comportements de la sphère autistique » (p. 527). Par ailleurs, même si on admet que l'automutilation aurait une fonction de communication dans certains cas, on ne peut pas affirmer pour autant qu'elle répond alors à une intention de se faire du mal à soi-même, comme l'a relevé Dumesnil (1984).

#### II.1.2.g. Discussion : l'importance du facteur de complexité des comportements

Après avoir évoqué les fonctions possibles de la surenchère des sensations dans l'autisme, nous avons également envisagé l'hypothèse selon laquelle les sensations ne rempliraient aucune fonction dans la motivation aux comportements automutilatoires. Cette dernière hypothèse invaliderait-elle les autres ? Spontanément, on serait tenté de répondre positivement en ce qui concerne l'hypothèse de l'autopunition. En effet, pour qu'il y ait autopunition, il faut qu'il y ait constitution d'un Moi et que le corps « puni » soit vécu comme sien. Cependant, comme nous l'avons vu et selon la théorie kleinienne, même si l'objet total n'est pas encore constitué, il est aussi possible que la cible soit un « mauvais sujet partiel » ou un « mauvais objet partiel ».

*A priori*, la dernière hypothèse remet aussi en question la pertinence de toutes les autres. En effet, si Moi et non Moi sont totalement confondus chez le sujet autiste, l'hypothèse de la recherche de sensations, qu'elles soient positives ou négatives, n'est-elle pas inappropriée ? Si le sujet n'est pas conscient que les sensations en question ont lieu sur le territoire de son propre corps, peut-il être motivé à les rechercher délibérément ?

Paradoxalement, il est possible de répondre positivement à cette question dans ce cas. Comme le souligne Bullinger (2004), « les centrations sur les interactions entre l'organisme et le reste du milieu sont la première forme de l'activité psychique qui ne suppose pas de distinction entre sujet et objet » (p. 64). En effet, il suffit que s'opère une association entre un comportement et une sensation agréable pour que le même comportement soit reproduit de façon à revivre le plaisir. Ce type de mécanisme a été étudié depuis de nombreuses années par les comportementalistes, notamment chez les animaux, et ne fait pas appel à des processus de

représentation complexes : il répond à des lois simples de type Stimulus-Réponse. Peu importe que la sensation agréable soit vécue comme ayant lieu dans le corps propre du sujet ou non : il s'agit de reproduire un comportement qui occasionne du plaisir ou de l'apaisement.

En termes psychodynamiques, on parlerait de principe de plaisir, c'est-à-dire de recherche de plaisir ou d'évitement du déplaisir. Mais si on admet que le sujet autiste est en mesure de reproduire un comportement qui lui procure du plaisir ou de l'apaisement, pourquoi ne serait-il pas capable d'éviter un comportement qui lui procure du déplaisir, même s'il confond Moi et non Moi ?

Pour répondre à cette question, il est peut-être nécessaire de tenir compte du niveau de complexité des comportements et des sensations en jeu. Lorsqu'il s'agit d'une association simple entre un comportement et une sensation désagréable, il est possible que le sujet autiste soit en mesure d'éviter le comportement pour éviter le déplaisir. C'est ce que démontre le succès, même s'il est controversé et relatif, des traitements comportementaux aversifs. Or, les automutilations mettent en jeu des sensations complexes et contradictoires. En ayant un comportement violent, le sujet décharge ses pulsions agressives et il peut éprouver un apaisement lié à cette décharge. En même temps, du fait qu'il ne distingue pas Moi et non Moi, son comportement agressif prendra souvent pour cible le corps propre, provoquant un déplaisir lié à la douleur. Par ailleurs, lorsqu'il frappe violemment une paroi ou un objet avec une partie du corps, celle-ci se trouve être à la fois le lieu de la décharge soulageante (par exemple, un poing agresseur) et le lieu de la douleur (poing agressé). Freud avait déjà reconnu au toucher un statut particulier par rapport aux autres sens, du fait de sa réflexivité, comme le rappelle Anzieu (1985) : « Le tactile en effet fournit à la fois une perception "externe" et une perception "interne". Freud fait allusion au fait que je sens l'objet qui touche ma peau en même temps que je sens ma peau touchée par l'objet » (p. 83). Peut-être est-ce cette complexité qui rend l'évitement de la douleur impossible, de la même façon que nous avons vu que le suçotement, c'est-à-dire un comportement provoquant du plaisir, semblait également inaccessible à l'enfant autiste en raison de sa complexité. Celle-ci permet aussi de rendre compte de l'analgésie « sélective » de l'enfant automutilateur : « L'apparente insensibilité aux coups ne concerne que ceux auto-infligés. Elle disparaît lors de perceptions nociceptives occasionnelles ou entraînés par autrui. Le sujet peut alors montrer de l'appréhension ou tenter d'éviter les soins » (Scharbach, 1986, p. 97).

Tout se passe comme si la décharge des pulsions agressives primait, et qu'il n'était pas possible au sujet de faire des nuances, en distinguant parmi ses comportements violents ceux qui provoquent de la douleur en même temps que l'apaisement de la décharge, et ceux qui n'en provoquent pas. L'enfant autiste serait à la même enseigne que l'enfant normal jusqu'à l'âge de deux ans (Shentoub et Soulairac, 1961), qui « ne peut maîtriser son besoin de décharge, même pour éviter la douleur » (Scharbach, 1986, p. 86). C'est ainsi que les enfants privés de figure maternelle, tels que ceux observés par Spitz ou Anna Freud, pourraient manifester des auto-agressions même en n'étant pas autistes et en ayant construit les ébauches de distinction Moi / non Moi, car leur carence relationnelle provoquerait un stress qui ne trouverait pas d'autre moyen de décharge.

La distinction entre décharges violentes provoquant de la douleur et décharges violentes n'en provoquant pas serait à l'origine de la distinction Moi / non Moi lorsqu'elle se réalise, comme l'affirme Schilder (1950) dont nous avons relaté les idées concernant l'importance de la douleur dans la construction de l'image du corps. Si le sujet devient en mesure de gérer des associations plus complexes entre plaisir et déplaisir, il commencera à éviter les comportements soulageants qui occasionnent de la douleur en privilégiant ceux qui ne lui en procurent pas, ce qui l'amènera à distinguer le corps propre du monde extérieur. Il semble donc plus pertinent de penser que c'est non pas l'indistinction Moi / non Moi qui empêche le sujet autiste d'éviter la douleur (Lezine et Stambak, 1959 ; Shentoub et Soulairac, 1961), mais plutôt l'impossibilité de distinguer et de gérer des sensations complexes. Le maintien de cette impossibilité pourrait contribuer à l'absence ultérieure de construction de l'intégrité par les autistes.

Par ailleurs, les facteurs neurobiologiques ne sont évidemment pas à négliger, et de ce point de vue également, nous retiendrons la contribution de Schilder (1950), que nous avons mentionnée à propos de l'hypothèse de l'analgésie. Cet auteur, en parlant plutôt d'asymbolie à la douleur, tient compte du rapport entre sensation de douleur et image du corps, ce qui permet d'établir un pont entre la notion psychologique de « vécu d'intégrité du corps » et la notion neuropsychologique de « schéma corporel ». Il est évident qu'un dysfonctionnement des zones cérébrales impliquées dans le schéma corporel peut entraver la construction du vécu d'intégrité corporelle, mais on peut aussi envisager l'inverse, ou même une interaction entre la construction neurologique et la construction psychologique de l'image du corps.

Nous terminerons cette discussion par un commentaire concernant le traitement comportementaliste des automutilations. On sait que la compréhension étiologique n'est pas la préoccupation première du courant comportementaliste, pourtant les résultats obtenus dans ce cadre fournissent des informations précieuses selon nous sur ce qui peut motiver un sujet à ce type de comportement. En effet, l'évitement des stimuli aversifs constaté par les chercheurs permet d'écarter certaines hypothèses. Nous avons vu qu'il infirme celle de l'analgésie. On peut ajouter qu'il contredit également l'hypothèse formulée par Basquin (1984) selon laquelle l'apprentissage par aversion serait entravé par le dysfonctionnement du système sérotoninergique. Enfin, le succès du traitement comportementaliste aversif va à l'encontre de l'hypothèse selon laquelle l'automutilation serait motivée par la recherche délibérée de sensations douloureuses, car le sujet les évite lorsqu'elles lui sont infligées. Certes, on peut imaginer qu'un sujet dont le but serait de ressentir de la douleur cesse de se faire du mal au moment où un autre le fait à sa place, mais alors on devrait s'attendre à ce qu'il recommence aussitôt que les stimuli aversifs cessent, ce qui n'est pas la réaction observée. Les résultats obtenus par les comportementalistes sont à l'inverse compatibles avec l'hypothèse selon laquelle les sensations douloureuses ne sont pas recherchées. En outre, ils sont compatibles avec l'hypothèse de la « complexité » évoquée ci-dessus, selon laquelle les comportements provoquant un mélange de soulagement par décharge et de douleur ne sont pas évités parce que le sujet ne parvient pas à faire la part des choses, alors qu'un stimulus « simple » n'impliquant que de la douleur, parce qu'infligé de l'extérieur, est évité.

## **II.2. Hyperactivité et recherche de sensations**

Le « trouble hyperactivité et déficit attentionnel » (THADA) recouvre un vaste champ que les chercheurs s'évertuent à délimiter, à analyser et à comprendre, avec beaucoup de difficulté et peu de consensus. En effet, de nombreux points restent à clarifier quant aux critères diagnostiques, à l'étiologie, à l'extension de ce trouble, et même les termes utilisés pour le définir sont variables, certains préférant parler d'instabilité psychomotrice ou de syndrome hyperkinétique. Selon Delion et Golse (2004), deux modèles principaux s'opposent :

Soit on considère ce symptôme comme la conséquence directe d'un trouble (éventuellement modulaire) des processus d'attention, de concentration et de régulation du contrôle moteur, soit on le considère comme le fruit de la rencontre entre la part personnelle de l'enfant (soit son équipement personnel : neurobiologique, génétique, psychologique, cognitif...) et de toute son histoire relationnelle, ainsi que celle de son groupe familial et socioculturel.

Le premier modèle s'avère de type neurodéveloppemental et monofactoriel, le second – qui fonde la conception psychodynamique de la psychopathologie – laisse une place

aux effets d'après-coup et de reprises significantes, et s'affirme de ce fait comme résolument polyfactoriel (p. 5).

Dans la littérature anglo-saxonne, on a mis l'accent sur l'hypothèse d'une étiologie organique, par l'intermédiaire de la notion de « MBD », trigramme qui recouvrait d'abord l'expression « Minimal Brain Damage », puis, en l'absence de preuves d'une atteinte lésionnelle, l'expression plus prudente « Minimal Brain Dysfunction » (Bursztejn, 2001). En tout état de cause, les cas d'hyperactivité « pure » semblent rares, et la plupart du temps l'agitation instable vient s'intégrer à un tableau clinique complexe, incluant d'autres troubles du comportement ou des symptômes anxieux, dépressifs ou hypomaniaques, à tel point que Bursztejn (2001) se demande s'il est justifié de considérer le syndrome hyperkinétique comme une pathologie spécifique.

En ce qui concerne notre propos, nous nous contenterons de relever quelques liens possibles avec la recherche de sensations, même si l'hyperactivité renvoie *a priori*, comme son nom l'indique, davantage au registre moteur qu'au registre sensoriel. On peut se demander pourtant si les mouvements ne sont pas produits pour les sensations qu'ils procurent, comme le suggère Gazon (2006) : « Il semble alors que l'enfant hyperactif se nourrit, presque comme un besoin primaire, des sensations cénesthésiques et proprioceptives procurées par le mouvement. Cette recherche de sensation prime sur l'utilisation de la motricité dans sa fonction de réalisation, pour parvenir à un but permettant, entre autres, l'inscription sociale de l'enfant ». En d'autres termes, il ne s'agirait pas véritablement d'une hyperkinésie, mais plutôt d'une hyperesthésie par le truchement du mouvement. La motricité serait même prise en otage par la recherche de sensations, si bien qu'elle ne pourrait pas jouer son rôle propre et serait entravée dans son développement.

L'importance des sensations apparaît également dans le déficit attentionnel associé à l'hyperactivité. En effet, celui-ci peut être compris comme une recherche permanente de sensations nouvelles, au sens de stimulations susceptibles d'accaparer l'attention : « L'instable psychomoteur est happé par tous les stimuli extérieurs et il est incapable d'inhiber son besoin d'éparpillement ; son attention est labile » (Ajuriaguerra (de), 1974, p. 271). C'est cette caractéristique qui rapproche ce trouble de notre sujet de réflexion. Nous verrons que celle-ci rejoint la notion de syntonie développée par Bleuler (cf. V.2.3, p. 211), ce qui soulève l'une des questions que les chercheurs tentent d'élucider, à savoir le chevauchement entre la symptomatologie maniaque et le THADA (Bouvard, Martin-Guehl et Rénéric, 2002).

Selon Delion et Golse (2004), c'est surtout dans le modèle psychodynamique que cette question est posée : l'hyperactivité de l'enfant peut alors être considérée comme « une réponse de type "hypomaniaque" à l'insuffisance des capacités contenantes de l'environnement initial, en cas d'environnement carenciel ou de dépressions maternelles précoces, par exemple » (*op. cit.*, p. 6). Nous avons vu que Bick considérait l'hyperactivité comme une forme possible de « seconde peau » (cf. II.1.2.b, p. 71) pour lutter contre la défaillance de l'enveloppe psychique (Houzel, 2005, p. 21). L'enfant se construirait ainsi une sorte de « carapace tonique » qui contribuerait à délimiter l'intérieur et l'extérieur : « L'enveloppe de mouvement vient alors certainement rassurer l'enfant » (Gazon, 2006). Dans une telle conception, l'hyperactivité est comprise comme comportant une dimension défensive, dans le sens que nous avons appelé « compensatoire ».

Dans le même ordre d'idées, Delion et Golse (2004) relèvent que l'hyperactivité est exacerbée par des situations de tension ou d'anxiété : « Dans les situations génératrices d'angoisse, d'insécurité, l'enfant va réagir par une augmentation de l'activité motrice, symptôme et défense contre cette angoisse. Il peut s'agir de différentes situations : séparation, tensions ou conflits intrafamiliaux, survenue d'une maladie physique etc. » (*ibid.*, p. 4). Toujours dans un sens défensif, Bursztejn et Golse (2006) font même explicitement l'hypothèse que l'hyperactivité pourrait être l'expression d'un procédé autocalmant : « L'hyperactivité peut être comprise comme un processus paradoxalement autocalmant vis-à-vis de l'angoisse (selon des mécanismes décrits par les psychosomaticiens de l'école de Paris) » (p. 33). Gazon (2006) évoque également la notion de procédé autocalmant, de même que Parpillat (1996) dont l'article, intitulé « Instabilité et psychosomatique » est sous-titré : « Le paradoxe de la recherche du calme par l'excitation motrice ».

Rappelons toutefois que ces considérations ne concernent que les aspects psychologiques potentiellement impliqués dans les tableaux qualifiés d'hyperactifs ou du moins dans certains d'entre eux, ce qui n'exclut pas une composante neurologique. Sur ce plan, on retrouve d'ailleurs l'effet paradoxal de l'excitation puisque la prescription de psychostimulants procure souvent un apaisement spectaculaire.

### **II.3. Les automutilations à l'adolescence**

Nous développerons dans cette partie le thème des automutilations et des scarifications, dans la mesure où cette pratique s'observe avec une fréquence particulière chez les adolescents,

même si elle se rencontre dans toutes les populations. Nous relèverons surtout trois différences avec les automutilations de l'enfant que nous avons analysées plus haut :

- les enfants automutilateurs que nous avons décrits étaient atteints de troubles graves du développement, et pour la plupart il s'agissait d'autistes et d'enfants arriérés. Les adolescents qui s'automutilent peuvent certes inclure ces mêmes enfants ayant grandi, mais aussi et surtout d'autres enfants n'ayant manifesté jusque là aucun signe inquiétant susceptible de les amener à consulter ;
- c'est généralement à l'adolescence qu'apparaissent les premières tentatives de suicide proprement dites, c'est-à-dire des gestes auto-agressifs effectués dans le but délibéré de mettre fin à ses jours. Dès lors, la question de la place occupée par cette motivation dans les automutilations se pose d'une façon aiguë, alors que chez l'enfant, on s'accorde à dire qu'il ne s'agit jamais d'un but délibéré ;
- l'adolescence est la période de la puberté, et certains auteurs ont expliqué la prévalence des automutilations chez les adolescentes pubères, plus importante que chez les garçons, par des perturbations liées aux premiers saignements.

Perret-Catipovic (2005) reprend la définition des lésions auto-infligées proposée par Walsh et Rosen : « blessure ou défiguration du corps, auto-infligée, intentionnelle, non létale, socialement inacceptable ». Elle relève que la tentative de compréhension psychodynamique de ces phénomènes remonte à Freud, pour qui les automutilations, comme le suicide, étaient des manifestations de la pulsion de mort. Menninger semble le premier à prendre le contrepied de cette position, en ayant l'intuition « que l'automutilation serait au contraire une manière de prendre soin de soi, une manifestation de la pulsion de vie » (Perret-Catipovic, 2005, p. 451). L'acharnement sur une partie du corps pourrait avoir pour but selon lui de protéger la vie même. C'est dans cette perspective que les blessures auto-infligées trouvent leur place dans le présent travail. Perret-Catipovic mentionne par exemple Pao, qui a différencié nettement le *delicate self-cutting* des tentatives de suicide : « Un scarificateur (*wrist-cutter*) typique éprouverait un soulagement après les coupures et, de ce fait, ne se suiciderait pas. Dans cette optique, les scarifications, non seulement, s'opposent au suicide, mais protègent du suicide » (Perret-Catipovic, 2005, p. 451).

Comme l'enfant automutilateur, l'adolescent scarificateur manifeste peu voire pas de douleur. À la différence de l'enfant autiste ou arriéré, dont il est difficile de recueillir le témoignage à ce sujet, l'adolescent expliquera effectivement qu'il ne ressent pas de douleur au moment où il

se scarifie par exemple. Comme chez l'enfant, cette apparente analgésie a été expliquée par le fait qu'il n'appréhende pas ses membres comme faisant partie intégrante de son corps. Mais le trouble de l'intégrité corporelle peut s'avérer moins archaïque, et beaucoup d'adolescents relatent plutôt un vécu dissociatif tel que par exemple un vécu de dépersonnalisation, qui se rencontre dans des tableaux moins archaïques que l'autisme, l'arriération ou même la schizophrénie.

Dans les explications fournies par les adolescents automutilateurs, on retrouvera aussi certaines des hypothèses formulées à propos des enfants, comme par exemple celle de la fonction expiatoire dans une vignette clinique présentée par Brassine et Lefèbvre (2007) : « Quand je me coupe, j'ai l'impression d'avoir commis un acte... un acte de justice [...]. Ma mère dit que j'ai le mal en moi. Je me hais, je me déteste, alors je dois me punir... je dois voir couler le sang... » (p. 332-333).

Bien entendu, les mêmes hypothèses neurobiologiques que celles qui ont été avancées à propos de l'enfant ont également été proposées pour expliquer les automutilations des adolescents. Par exemple, Perret-Catipovic (2005) évoque celle qui consiste à affirmer qu'un taux bas de sérotonine faciliterait les automutilations. Cette hypothèse est controversée, dans la mesure où les traitements antidépresseurs censés agir sur le taux de sérotonine ont des résultats peu satisfaisants, voire augmentent les passages à l'acte. On peut dès lors se demander si le lien entre le taux de sérotonine et les automutilations n'est pas plutôt indirect, c'est-à-dire qu'il existerait un lien d'une part entre taux bas de sérotonine et dépression, et d'autre part entre dépression et automutilation. Or, en ce qui concerne le premier lien, on connaît bien l'effet désinhibant que peut avoir parfois l'instauration d'un antidépresseur chez des patients ralentis. Quant au deuxième lien, celui entre dépression et automutilation, il relève de l'évidence, et il n'est pas nécessaire de recourir à des hypothèses neurobiologiques pour l'expliquer.

Une autre hypothèse neurobiologique, que nous avons déjà relevée à propos de l'enfant, suppose comme motivation à l'automutilation la production d'endorphines provoquée par la coupure, endorphines qui diminueraient la sensibilité à la douleur et agiraient comme des régulateurs d'émotions. Selon Perret-Catipovic (*ibid.*), cette hypothèse permettrait de rendre compte du besoin de répétition des scarifications, comme une « endotoxicomanie », ainsi que de l'absence de douleur évoquée par certains patients scarificateurs lorsqu'ils pratiquent leurs incisions. L'auteur relève cependant que les traitements avec des antagonistes des opiacés ne

seraient efficaces que dans les cas d'automutilation les plus graves, tels que l'autocastration, l'énucléation, l'ablation de phalanges entières, etc. Par ailleurs, cette hypothèse est difficile à suivre dans la mesure où l'insensibilité aux sensations préexiste aux mutilations, comme le relevait déjà Wallon. En outre, l'endorphine sécrétée ne saurait que diminuer légèrement la sensation de douleur, et non pas la supprimer, à moins de supposer une production démesurée d'endorphine chez les automutilateurs, ce que les études n'affirment pas et qui resterait à expliquer.

De Luca (2006) a consacré un travail au cas particulier de la scarification, que le grand Robert définit comme une « incision superficielle de la peau ou des muqueuses, pratiquée pour provoquer un écoulement de sang ou de sérosité », alors que les automutilations englobent « toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes ». Les scarifications seraient surtout fréquentes à l'adolescence, et plus particulièrement chez les jeunes filles : aux Etats-Unis par exemple, trois millions d'entre elles s'y adonneraient régulièrement, selon les études épidémiologiques.

L'auteur s'est penché plus particulièrement sur cette population et sur le lien avec les transformations du corps et les premières règles, lien déjà évoqué par Chiland (1984) et par Rosenthal *et al.* (1972) : ceux-ci « établissent une relation directe entre les coupures que s'infligent leurs patientes et leurs périodes menstruelles (60% des gestes automutilatoires apparaissent au cours des menstruations) et réfèrent au phénomène de la menstruation vicariante de Hélène Deutsch » (Dubois et Arsenault, 1980, p. 42). De Luca émet l'hypothèse que les scarifications offriraient « la possibilité de se replier sur soi, de faire apparaître et disparaître du sang qui n'est plus alors une menace. Les scarifications permettent une appropriation et donc une métamorphose d'un corps de femme » (p. 285). En effet, l'adolescence réactiverait la problématique de la dépendance face à l'autre et plus particulièrement face à la mère, « qui peut de nouveau, comme dans la petite enfance provoquer une effraction en apportant des soins qui s'accompagnent de manière inconsciente d'une séduction insupportable. On peut faire l'hypothèse que certaines jeunes filles se scarifient pour sortir de cette dépendance, incapables qu'elles sont à trouver une distance psychique tolérable. Elles n'ont plus alors comme solution que de venir la marquer sur leur corps » (p. 289).

On peut se demander cependant en vertu de quoi cette solution serait la seule possible, ce que l'auteur ne semble pas préciser. La coupure viendrait stopper un « sentiment de tension interne ou de malaise psychique intolérable », d'une façon qui demeure mystérieuse. Le fait que

l'apparition de la douleur n'intervienne souvent qu'au moment des soins est rattaché à la répétition de « cette effraction originaire induite par les soins maternels ». Les cicatrices sont également incluses dans les hypothèses explicatives des scarifications, mais nous pensons qu'elles ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire et dans l'après-coup, étant donné que le soulagement recherché est obtenu immédiatement lors de la scarification. Comme évoqué plus haut, le sujet se trouve dans un état de tension qu'un agir immédiat vient soulager, et non pas dans une réflexion susceptible de prendre en compte les conséquences ultérieures de ses actes.

En revanche, le lien entre les saignements des menstruations et ceux des scarifications apparaît plus pertinent, et il rejoint les hypothèses d'autres auteurs cités, dans le sens d'une forme particulière de lutte contre le morcellement : les menstruations pouvant être vécues comme un morcellement survenant sans cause apparente et échappant au contrôle de la jeune fille, il est possible qu'en faisant apparaître délibérément du sang, elle trouve un soulagement lié au sentiment de contrôler le morcellement, d'une façon similaire à ce qu'on a appelé le « syndrome de Münchhausen », où le sujet fait intervenir un tiers pour exécuter la mutilation censée procurer ce soulagement. Néanmoins, les scarifications comme lutte contre le morcellement peuvent apparaître aussi chez des hommes ou chez des femmes plus âgées, l'hypothèse des menstruations n'étant en mesure d'expliquer que leur occurrence plus importante chez les adolescentes. Par ailleurs, on trouve des auteurs qui font état d'une prévalence féminine de l'automutilation déjà chez des *enfants* autistes (Dumesnil, 1989) ou schizophrènes (Green, 1967), ce qui remet en cause le lien avec les menstruations. Green fait intervenir l'hypothèse selon laquelle l'agressivité serait découragée socialement chez les filles. Dumesnil trouve « plus approprié de faire intervenir des différences plus fondamentales inscrites dans le code génétique, étant donné la précocité de l'apparition du comportement » (p. 92).

### III. DISCUSSION

Nous avons passé en revue les différentes compréhensions de la recherche de sensations chez l'enfant. Les hypothèses sont très variées, tant sur le plan biologique que sur le plan psychologique. Dans ce dernier domaine, le discours psychanalytique a été très productif mais aussi contradictoire et souvent vague quant à la définition des notions utilisées. Nous allons soulever maintenant quelques questions concernant le statut métapsychologique à accorder au calme et à la répétition dans la terminologie psychanalytique.

#### III.1. Signification du calme et de la répétition

##### III.1.1. STATUT MÉTAPSYCHOLOGIQUE DE LA PAIX PSYCHIQUE ET DU PROCÉDÉ AUTOCALMANT

Si on se réfère à la théorie psychanalytique, comment définir le calme ? Comme un plaisir ? Une douce mort ? Une absence de conflit ? Un complexe d'Œdipe résolu ?

Les auteurs qui ont développé la notion de procédé autocalmant l'ont étroitement associée à la pulsion de mort. Par exemple, Szwec (1998) explique, en parlant des « galériens volontaires » :

Le point de vue économique et la dernière théorie freudienne des pulsions ont été des références permanentes dans mon approche du fonctionnement de ceux qui se transforment en galériens. On verra qu'une compulsion de répétition mortifère est à l'œuvre dans les procédés autocalmants qu'utilisent certains d'entre eux lorsqu'ils tentent vainement d'apaiser l'excitation débordant leurs défenses par le recours à une autre excitation » (p. 9).

Dans le même ordre d'idées, Szwec rejoint Fain dans son interprétation des comportements précocement autodestructeurs des enfants qui se martèlent la tête pour s'endormir « comme une forme d'"internalisation" du bercement et de son excitation apaisante équivalant à une *"pure culture d'instinct de mort"* (M. Fain, 1992) » (p. 41, souligné par nous). En quoi s'agit-il d'une culture d'instinct de mort ? Szwec précise : « Il s'agit de conditions où le message en provenance de la mère transmet plus de manifestations de l'instinct de mort que de l'érotique et de pulsions d'autoconservation » (p. 41). C'est la qualité opératoire du bercement de la mère qui serait à l'origine de cette transmission morbide. Le procédé utiliserait ainsi la pulsion de mort « insuffisamment intriquée » (p. 43).

En effet, pour les auteurs de l'école psychosomatique de Paris, la combinaison entre la motivation autocalmante et la motivation érotique semble un critère essentiel permettant de distinguer un apaisement structurant, favorisant la fantasmatisation et la mentalisation, et un apaisement mortifère qui l'entraverait. Ils soulignent le danger que représente la répétition de comportements calmants qui ne seraient pas associés avec un plaisir. En d'autres termes, ils se

méfient d'un apaisement qui ne serait pas aussi une *satisfaction*. Par exemple, comme nous l'avons déjà mentionné, Fain (in Kreisler *et al.*, 1974), dans un commentaire concernant les spasmes du sanglot, établit une distinction entre satisfaction et apaisement. Il décrit les défaillances de la mère potentiellement à l'origine des spasmes : elle remplirait insuffisamment son rôle de pare-excitations, ce qui compromettrait le sommeil de l'enfant. Elle tendrait dès lors, « par le truchement du bercement – mode d'excitation ayant une action atténuante envers les excitations indifférenciées – à être plus *calmante* que *satisfaisante* » (p. 264, souligné par nous).

Dans la conception de Szwec, le calme serait le but de la pulsion de mort (1998, p. 87). Une telle conception s'apparente à la position originale proposée par des psychanalystes finlandais, Ikonen et Rechart (1978). Selon ces auteurs, on doit considérer Thanatos comme un instinct à la recherche d'un état de paix déjà éprouvé. La destruction ne serait qu'un moyen pour parvenir à l'état de paix et débarrasser le Moi de toute perturbation. On peut trouver cette conception séduisante, dans la mesure où l'association entre mort et paix apparaît culturellement dans de nombreux rituels mortuaires, où il est souhaité aux défunts qu'ils « reposent en paix ». Cependant, le problème que pose cette compréhension réside dans le statut et la définition de la notion de paix ou d'apaisement. Il est contestable de poser une équivalence entre paix et absence de sensation, car la paix constitue bel et bien une sensation, et même une sensation généralement éprouvée comme agréable. Ce qui est présenté sous les traits de Thanatos ne serait alors qu'un masque d'Éros, et la paix déjà éprouvée ne serait rien d'autre que ce que la psychanalyse a appelé « narcissisme primaire ». C'est la même confusion que dénoncent les spécialistes des religions orientales, chez de nombreux occidentaux séduits par ces courants, et qui attribuent au nirvana oriental la félicité de l'Éden, alors qu'il s'agit non pas de baigner dans un bonheur tranquille mais de quitter le monde des sensations.

Pour rester dans les images religieuses, il apparaît que l'adhésion des psychanalystes à l'hypothèse de la pulsion de mort ou son rejet relèvent d'une croyance personnelle, même si elle est toujours étayée par des arguments rationnels. Ceux qui l'ont adoptée se l'approprient souvent dans une conception toute personnelle, comme on l'a vu chez Ikonen et Rechart (1978) ou chez Szwec (1998). Marty (1976), de son côté, distingue *pulsion de mort* et *instinct de mort*. Il refuse à la pulsion de mort un potentiel énergétique autonome, et conçoit l'instinct de mort comme la charge inverse de l'instinct de vie. Ceux qui rejettent la pulsion de mort

estiment que le monde – en l'occurrence psychique – peut très bien s'expliquer sans le recours à cette entité invisible et mystérieuse. Tel est le cas de Bergeret et Houser (2001) qui considèrent qu'aucune des notions auxquelles Freud s'est référé ne peut entrer dans le cadre d'une problématique pulsionnelle d'opposition avec les dynamismes de vie ou avec les dynamismes sexuels. Ils concluent : « Et par voie de conséquence l'hypothèse de l'existence d'un "instinct de mort" n'est donc nullement en mesure de nous éclairer, et sous quelque aspect que ce soit, sur les premiers moments pulsionnels infantiles » (p. 183).

Freud a lui-même reconnu que son hypothèse de la pulsion de mort (1920) n'était pas sans poser des problèmes théoriques épineux. Même si nous sommes de l'avis de Bergeret sur cette question, nous n'allons pas refaire ici le procès de cette hypothèse en elle-même, car d'une part une abondante littérature – pour ou contre – existe déjà, et d'autre part il nous semble peu approprié d'argumenter à propos de ce qui apparaît comme une affaire de croyance. Nous nous contenterons donc de brefs commentaires en rapport avec l'évolution de la notion de calme.

On ne trouve guère de référence aux notions de « calme », de « paix » ou de « quiétude » dans les dictionnaires de psychologie ou de psychanalyse, comme si ces notions ne correspondaient à aucune réalité psychique. Delassus (2005) s'interroge sur l'étymologie du verbe « calmer » : « Calmer, ce mot que l'on utilise si souvent dans nos conduites envers l'enfant, vient d'une racine grecque qui signifie brûlure et notamment la brûlure du soleil. La brûlure doit être "calmée". Calmer un enfant revient à dire que l'on calme ce qui le brûle » (p. 126). Or, quel statut métapsychologique accorder à la paix psychique ou au calme qui est recherché ? Nous n'avons trouvé que peu d'auteurs qui abordent cette question, et généralement il ne s'agit que de commentaires succincts.

Par exemple, Spitz (1965), sur la base de ses observations des nourrissons dans les premiers jours de leur vie, assure que cette période est caractérisée par une alternance entre moments de déplaisir ou de tension et moments de quiétude, et non pas de plaisir : « [...] Les manifestations de plaisir ne font pas pendant à celles de déplaisir chez le nourrisson car elles ne peuvent être observées si tôt. Chez le nouveau-né, c'est la quiétude qui est à l'opposé du déplaisir » (p. 30). Ce commentaire, peu repris par les autres auteurs, présente l'intérêt de ne réduire la quiétude ni aux pulsions de vie ni aux pulsions de mort.

Kreisler, Fain et Soulé (1974), quant à eux, rattachent l'état de quiétude au narcissisme « primitif », et donc au registre de la libido, en l'occurrence de la libido du Moi : « L'état de

quiétude est la traduction sémiologique du narcissisme primitif qui s'exprime par la sérénité, le retour au tonus musculaire de repos, la chute dans le sommeil » (p. 74). Rappelons que pour Freud (1916-17), la vie intra-utérine serait l'archétype du narcissisme primaire. On doit à Grunberger (1971) d'éloquents tentatives de circonscrire cet « état élationnel particulier » tel qu'il serait vécu par le fœtus et dont l'individu garderait, toute sa vie durant, une lointaine nostalgie. Pour le thème qui nous occupe, nous soulignerons qu'il ne peut s'agir que d'un vécu à forte connotation *sensorielle*, mentalisable seulement dans l'après-coup, étant donné les limites des fonctions psychiques à l'aube de la vie, ainsi que le précisent Bergeret et Houser (2001) : « Il s'agit bien là d'un vécu, d'une cœnesthésie prénatale, ni encore représentable par le fœtus, ni mentalisable, ni psychiquement perçue comme telle faute d'un appareil psychique adéquat à cette époque précoce du développement. On est là dans un registre de sensations indicibles qu'il conviendrait sans doute de qualifier d'organiques, ou d'organo-physiologiques [...] » (p. 219).

À l'inverse, en situant l'apaisement du côté de Thanatos, les psychosomaticiens ont eu tendance à lui attribuer une connotation négative, morbide. Lorsqu'une mère calme son enfant en le berçant ou en lui donnant une sucette, elle prendrait le risque de l'empêcher de mentaliser. Fain (1992) parle par exemple à ce sujet d'une « excitation négativante » (p. 8) : « Ce mode de pare-excitations contient une masse d'excitations qui a perdu toute connexion avec les structures de l'inconscient ». C'est ainsi qu'on trouve des auteurs qui s'opposent à l'usage de la sucette, en se référant entre autres à la théorie psychosomatique des procédés autocalmants (Boige, 2002). Rappelons pourtant que, selon la définition *princeps* de Smadja (1993) ceux-ci font partie de la psychopathologie de la vie quotidienne, et ne sont pas considérés comme morbides par nature. Ils entrent dans le cadre des *défenses*, et leur statut métapsychologique n'est donc pas à chercher dans le registre de la pulsion, qu'elle soit de vie ou de mort. *La paix à laquelle tend l'individu nous semble davantage correspondre à l'équilibre psychique recherché par le Moi face au monde interne et au monde externe, en recourant si nécessaire à des mécanismes de défense tels que les procédés autocalmants.* Le nirvana ne serait-il rien d'autre que cette homéostasie poursuivie ? Nous laisserons à ceux qui jugent ce langage plus approprié le soin de la traduction.

Car en fin de compte, à propos des sensations de l'enfant, agréables ou douloureuses, les auteurs psychanalytiques qui ont eu le plus d'écho sont ceux qui ont laissé sinon de côté, du moins au second plan, la question de la pulsion de mort, de l'auto-érotisme et du masochisme.

Curieusement par ailleurs, plusieurs de ces auteurs que nous avons cités sont considérés pourtant comme post-kleinien (Bion, Meltzer, Tustin, et dans une parenté plus lointaine, Winnicott), et on aurait pu s'attendre à ce qu'ils réservent à la pulsion de mort la même place que leur théoricienne de référence.

### III.1.2. SIGNIFICATION DE LA RÉPÉTITION

Dans la conceptualisation psychosomatique des procédés autocalmants, on a compris la répétition de ces procédés comme la marque de la pulsion de mort, à la suite de Freud (1920) qui ne trouvait pas d'autre explication à la compulsion de répétition que celle de Thanatos. Or, si on considère le procédé autocalmant comme un mécanisme de défense, de par sa nature même, il doit être répété dans la mesure où il ne résout rien, et ne dénoue pas la tension contre laquelle il lutte. Le recours à la pulsion de mort n'est donc pas la seule façon d'expliquer la répétition, puisque le retour de la tension suffit à le faire. Ainsi par exemple, Bergeret et Houser (2001) contestent la nature pulsionnelle que Freud a attribuée à la répétition, et ils se demandent si un statut défensif n'est pas plus approprié :

Il est certain que Freud a tenu à rapprocher du cadre pulsionnel cette tendance à reproduire les situations relationnelles sans cesse à l'identique. Cela en raison du rôle conservateur attribué défensivement par le sujet à l'action répétitive. Mais on peut tout aussi bien considérer que cet aspect conservateur développé dans l'imaginaire appartient au cadre général des systèmes défensifs et protecteurs plutôt qu'au cadre pulsionnel (p. 182).

Ils relèvent par ailleurs que Freud décrit la répétition comme une compulsion (*Wiederholungszwang*), et non pas comme une pulsion (*Trieb*) ni un instinct (*Instinkt*) : « Les trois termes, en allemand, n'ont pas du tout le même sens » (*ibid.*, p. 183).

En outre, la répétition en elle-même induit un effet apaisant, et elle peut donc être recherchée pour cet effet, toujours dans un sens défensif et donc avec une motivation liée à la recherche d'équilibre. On peut dire ainsi que la répétition intervient à deux niveaux : dans la reproduction du même comportement d'une part, à chaque fois qu'un apaisement est nécessaire, et dans le rythme que comprend ce comportement lui-même.

Car la plupart des activités que nous avons décrites sont rythmiques, ce qui leur confère un effet hypnotique, quelle que soit leur valence de plaisir ou de déplaisir. Ainsi en est-il de la succion, du balancement et du bercement, de la masturbation, des cognements et autres conduites auto-offensives. Greenacre (in Kris, 1954) a tenté de distinguer deux types de rythmes dans ces comportements, qui peuvent parfois être combinés : un rythme constant et

répétitif, comme celui du jour et de la nuit, du pouls ou de la respiration, et un rythme « orgastique », qui aboutit à un point culminant : « le rythme simplement répétitif est apaisant par son incessante familiarité, le type orgastique induit le sommeil ("*is sleep-producing*") à travers la fatigue, l'assouvissement de la gratification et l'aboutissement » (p. 19, traduction libre). Nous ne nous arrêterons pas sur le second type de rythme, dans la mesure où il n'est pas apaisant en soi : c'est la satisfaction liée à la décharge de la pulsion qui l'est. En revanche, le premier type de rythme est apaisant par lui-même, de par la répétition qu'il implique.

Mais à quoi tient l'apaisement de la répétition ? Greenacre évoque une familiarité rassurante. On peut effectivement opposer le calme de la familiarité aux réactions de mobilisation voire d'alerte suscitées par la nouveauté et l'inattendu, opposition d'origine probablement phylogénétique. C'est ainsi que notre attention est immédiatement attirée par un bruit soudain, mais que nous devons faire un effort particulier pour percevoir le battement de notre cœur ou notre respiration.

On peut également se demander si les rythmes répétitifs n'ont pas un effet calmant dans la mesure où ils rappellent l'environnement sensoriel du fœtus, lié aux battements du cœur, à la respiration et aux déplacements de la mère, ou à ses propres rythmes corporels. En effet, selon Delassus (2001), les rythmes répétitifs joueraient chez le fœtus un rôle apaisant par rapport à ses mouvements pulsionnels. Bergeret et Houser (2004), en le citant, font explicitement le lien entre cet effet apaisant et les procédés autocalmants :

L'auteur estime [...] que la sérénité pulsionnelle du fœtus est assurée par la régularité répétitive des perceptions enregistrées (bruits du cœur, battements vasculaires ou voix de la mère). Les réactions pulsionnelles du fœtus se trouveraient tempérées par cette forme d'homogénéité qui pourrait sans doute se voir rapprochée des procédés dits autocalmants décrits par les psychosomaticiens contemporains (p. 256).

Ces rythmes répétitifs seraient ainsi associés au fameux « narcissisme primaire » décrit par la psychanalyse. Rappelons dans ce sens que, selon Bowlby (1969), le rythme de bercement le plus efficacement apaisant est celui dont la fréquence est celle de la marche. Par ailleurs, Bergeret et Houser (2004) assurent qu'il est actuellement hors de doute que le fœtus est sensible aux battements du cœur de la mère. Ils ajoutent : « Et on sait que la plupart des personnes à qui on demande de régler à leur guise un métronome sur un rythme qu'elles jugent agréable, s'arrêtent en général entre cinquante et quatre-vingt-dix à la minute, soit le rythme du cœur » (p. 160). Dans le même ordre d'idées, Ciccone (2005) relate des recherches ayant mis en évidence que, si l'on fait écouter régulièrement à des bébés des enregistrements

de sons intra-utérins, « cette écoute aura un *effet calmant marqué* sur eux » (p. 25, souligné par nous).

Il est cependant possible que la sensation de sécurité soit liée au rythme lui-même plutôt qu'à la condition de fœtus. Plutôt que de considérer que le rythme serait calmant parce qu'il rappelle l'environnement bienheureux du fœtus, on peut faire l'hypothèse inverse que l'environnement du fœtus serait vécu comme calme grâce aux rythmes réguliers qui le bercent et qui constituent sa principale source de stimulations. En d'autres termes, le rythme induirait une sensation de continuité qui serait le précurseur le plus archaïque de la permanence de l'identité. Cette sensation de continuité contribuerait au narcissisme primaire du fœtus, et serait recherchée ensuite dans des comportements répétitifs. C'est cette continuité qui serait véritablement à l'origine de la « sécurité de base » du nourrisson (Ciccone, 2005). Ainsi, le rythme induirait un effet calmant par rapports aux angoisses les plus archaïques liées à la construction de l'identité primaire, à savoir une identité distincte, permanente, singulière et intègre. Cette idée rejoint donc la motivation que nous avons évoquée plus haut à propos de la recherche de sensations dans les troubles graves du développement, à savoir la recherche de la sensation d'exister (cf.II.1.2.b, p. 75).

Les travaux consacrés au fœtus et à la périnatalité sont nombreux depuis quelques années, et on voit se développer de nombreuses hypothèses stimulantes à propos de cette période considérée jusque là comme psychiquement peu relevante.

### **III.2. Unité et diversité des sensations apaisantes**

Une fois ces précisions faites, quelle conclusion pouvons-nous tirer de tous les points de vue théoriques que nous avons passés en revue ? Nous souhaiterions insister à la fois sur leur diversité et sur leur similitude.

#### III.2.1. POLYSÉMIE DE L'HYPERESTHÉSIE

Nous n'allons pas tenter de faire une synthèse en donnant raison ou tort aux auteurs de chacune des hypothèses mentionnées au cours de notre analyse : ce serait bien sûr impossible et tel n'est pas notre but. En passant en revue tous les recours possibles aux sensations dans un but d'apaisement, on peut mettre en évidence la place que peut prendre ce type de processus dans différents domaines et à différents moments du développement. Il semble bien qu'on soit en présence d'un mécanisme de défense fondamental aux manifestations multiples et variées, ce qui expliquerait l'impact produit par la notion de « procédé autocalmant ».

Dès lors, à l'intérieur du vaste champ des sensations apaisantes, il apparaît que des distinctions sont à établir entre les différents types de sensations évoquées, distinctions qui correspondent à des vécus corporels et à des modes relationnels différents. En effet, le sens que prennent ces sensations varie en fonction de certains critères ; par exemple :

#### III.2.1.a. Présence ou absence du vécu d'enveloppe corporelle

Comme le dit Bullinger (2004), « habiter l'organisme, en faire son corps, suppose que l'on maîtrise les sensations qui arrivent aux frontières de l'organisme. Savoir cela c'est, à travers les sensations, délimiter une "zone habitable" dotée de moyens instrumentaux » (p. 162). C'est pourquoi le sens que prennent les sensations recherchées dans un but d'apaisement varie en fonction de la présence ou non d'un vécu d'enveloppe :

– certaines sensations sont produites en *l'absence de vécu d'enveloppe corporelle*, et les coups donnés avec une partie du corps sur un objet ou une surface dure correspondent à un trouble de l'intégrité particulièrement archaïque. C'est l'objet dur frappé qui fournit une enveloppe de l'extérieur à défaut d'enveloppe psychique construite, et les coups doivent être répétés pour maintenir cette ébauche de vécu d'enveloppe ;

– certaines sensations sont liées à l'existence d'une enveloppe corporelle, mais vécue comme poreuse, non étanche, trouée. Les scarifications, par exemple, se centrent sur l'enveloppe du corps, et tout se passe comme si le sujet tentait de contrôler son absence d'étanchéité en provoquant lui-même des ouvertures qui sont en même temps des verrouillages de l'enveloppe corporelle à travers les sensations douloureuses provoquées, et aussi à travers la cicatrisation qui s'ensuit et dont le processus peut également être contrôlé. Un adolescent automutilateur fera rétrospectivement le commentaire suivant à propos de ses scarifications : « Quand j'y pense maintenant, c'est le jeu avec la goutte de sang qui était important. Je pouvais la faire disparaître en l'avalant, la faire réapparaître en rouvrant ma blessure » (Louppe, 2001, p. 473).

Dans les deux cas, l'exacerbation des sensations est en rapport avec la lutte contre le morcellement, à des niveaux différents.

#### III.2.1.b. Sensations en rapport avec l'apaisement du maternage

Les sensations constituent l'univers du nourrisson, et de ce fait le monde sensoriel a été associé avec la figure maternelle. L'univers des sensations renverrait à la présence immédiate de la mère, à la *présentation*, et on a pu être tenté de l'opposer à l'univers du père auquel

serait réservée la *représentation* (André, 2002). Freud (1939 a) par exemple fait un commentaire dans ce sens, qui n'est pas dépourvu de misogynie : « Le passage de la mère au père caractérise une victoire de la vie de l'esprit sur la vie sensorielle, donc un progrès de la civilisation, car la maternité est attestée par le témoignage des sens, tandis que la paternité est une conjecture, est édifiée sur une déduction et sur un postulat ».

Cependant, il y a lieu de distinguer à l'intérieur du registre sensoriel les sensations n'impliquant pas l'identification de la mère comme objet séparé, et celles qui ont une dimension relationnelle, en rapport avec un objet qui peut être absent. Car, comme le fait remarquer Golse (2002), « la sensorialité ne suffit pas à prouver l'existence de l'objet » (p. 23) :

- certaines sensations sont en rapport avec la satisfaction des besoins vitaux de l'enfant : faim, sommeil. Le balancement ou l'autobercement, le suçotement, peuvent correspondre à des procédés autocalmants sans aucune association avec l'apaisement fourni par les soins maternels et sans aucune identification de la figure maternelle comme figure d'attachement et de sécurité. Ils peuvent au contraire fonctionner en circuit fermé, sur un mode purement physiologique ou neurologique (Wallon) excluant tout objet (Tustin). Nous avons vu que le rythme et la répétition inclus par ces sensations pouvaient induire un état hypnoïde, en association avec l'univers fœtal totalement anobjectal ;
- à l'inverse, les mêmes sensations peuvent être suscitées pour rendre présente la mère et simuler l'effet apaisant associé à ses soins. Dans ce cas, les sensations d'apaisement recherchées concernent un objet vécu comme potentiellement absent.

Pour rendre compte des différents niveaux possibles, Jeammet (1995) utilise l'exemple très illustratif de la situation de l'enfant qui doit aller se coucher. Selon lui, on peut observer schématiquement trois cas de figure. Dans le premier, l'enfant va trouver en lui des ressources pour suppléer à l'absence de sa mère :

Il va se mettre à rêvasser ou à sucer son pouce, tout en ayant une activité de rêverie, de souvenirs de choses agréables en général ; et ces choses agréables sont nourries de la présence implicite des personnes aimées de son entourage, particulièrement la mère, qui n'ont pas besoin de faire l'objet d'une représentation mentale particulière. [...] Le fonctionnement psychique se substitue ici aux personnes réelles de l'entourage (p. 160).

Dans ce premier cas de figure, on peut relever que l'auteur mentionne la succion du pouce, qui est ici au service de la rêvasserie.

Dans le deuxième cas de figure, l'enfant se met à pleurer lorsque la mère s'éloigne. Cet enfant a besoin de la présence réelle de la mère pour se sentir en sécurité. On est alors dans le registre de la dépendance.

Dans le troisième cas de figure, « l'enfant n'a même pas la ressource de pleurer et d'appeler ». Il est totalement démuné, et la seule chose dont il est capable, c'est de s'autostimuler pour se sentir exister. On est ici dans le registre de la sensation, par opposition au deuxième cas de figure où l'enfant a besoin de la *perception* de la mère :

Ce qui paraît important à noter dans ce dernier cas, c'est que, pour suppléer une absence qui crée une détresse impensable, l'enfant va développer une activité de quête de sensations ; non plus seulement de perception comme tout à l'heure quand il fallait que la mère soit là. À la place de cette perception de la mère, l'enfant va rechercher des sensations physiques. Mais, contrairement au premier cas, ces sensations sont mécaniques, répétitives, sans plaisir, et souvent même comportent une dimension d'attaque violente et douloureuse du corps. Il se balance de façon stéréotypée, voire commence à se taper la tête contre les bords du lit (p. 161).

Dans l'exemple de Jeammet, les comportements de l'enfant sont différents dans chaque cas de figure. Mais parfois, un même comportement peut reposer sur des contextes de mentalisation différents, c'est pourquoi il nous paraît important de tenir compte de la polysémie des sensations apaisantes.

### III.2.2. SIMILITUDE ENTRE LES SENSATIONS APAISANTES

Au-delà de la diversité des sensations relevées et de leur polysémie, nous aimerions souligner un aspect qu'elles ont toutes en commun selon nous. Nous avons déjà relevé leur connotation défensive, mais il y a lieu de préciser par quel intermédiaire les sensations pourraient avoir cet effet. Les mécanismes de défense sont destinés à lutter contre l'angoisse, et nous avons vu que l'angoisse sous-jacente aux automutilations peut être de différents types, même si elle semble toujours en rapport avec le morcellement dans un sens large (anéantissement, mort, liquéfaction, persécution, etc.). Or, il faut rappeler que l'angoisse elle-même est un vécu à cheval entre l'affect et la sensation, comme le rappelle Le Guen (2005) : « Dans les langues indo-européennes, les mots désignant l'angoisse sont tous dérivés du latin *angere* (serrer), issu du grec *agkô* (j'étrangle) ; cette étymologie (exprimant une *sensation éprouvée tant physiquement que moralement*) est explicitement référée par Freud » (p. 22, souligné par nous). Selon Lépine et Chignon (1994), l'angoisse est marquée par trois ordres de manifestations cliniques : des manifestations subjectives, des manifestations comportementales, et des manifestations somatiques. Ces dernières impliquent des sensations désagréables : « on retrouve de fréquentes manifestations cardiovasculaires (palpitations,

tachycardies...), respiratoires (polypnée), des sueurs, des tremblements, des tensions musculaires parfois très douloureuses mais également des manifestations digestives » (p. 1). Ces manifestations biologiques de l'angoisse peuvent résister, davantage que leurs corrélats psychiques, aux efforts mobilisés pour les modifier ou les supprimer, qu'ils soient spontanés ou psychothérapeutiques. Roussillon (2005) donne l'exemple d'une recherche sur les thérapies comportementales, qui montre que le traitement d'une phobie des araignées par désensibilisation peut aboutir à des résultats spectaculaires sur le plan de l'effroi consciemment vécu, puisque des patients sont finalement parvenus à supporter de voir courir une mygale sur leur bras. En revanche, les signes somatiques mesurés et définis comme ceux de la réaction somatique de l'effroi sont demeurés strictement inchangés par rapport au début du processus psychothérapeutique.

Ainsi, pour fuir ces sensations désagréables, plutôt que de chercher à les faire disparaître, une des réactions possibles consiste à les noyer dans d'autres sensations. Nous avons vu que plusieurs auteurs ont postulé un antagonisme entre des systèmes neurobiologiques, et que l'exacerbation de certaines sensations pouvait avoir un effet inhibiteur sur d'autres. Sans se référer à l'un ou l'autre de ces auteurs en particulier, il nous semble relever de l'évidence qu'une sensation intense tend à inhiber la perception d'autres sensations, surtout si celles-ci sont diffuses comme peut l'être l'angoisse. C'est ce que nous avons déjà décrit en parlant des sensations « neutralisantes ». On pourrait ainsi considérer que toutes les sensations que nous avons décrites ont, en plus des autres fonctions que nous avons retracées, une fonction neutralisante par rapport à l'angoisse, et donc apaisante de par cet effet neutralisant.



**Deuxième partie :**  
**L'HYPERESTHÉSIE CHEZ L'ADULTE**



## IV. SENSATIONS ET CARACTÈRE

Il faut écrire une anthropologie culturelle de la relation que l'homme entretient avec la douleur, avec la fatigue, la lassitude et les autres sentiments corporels. [...] Faire ce travail généalogique, c'est écrire l'histoire des différentes attitudes que l'homme a élaborées face à ces formes de détresse. C'est dire quels statuts et quelles réponses il leur a données tout au long de l'histoire de la pensée antique et moderne – depuis le stoïcisme, à travers ses diverses théologisations, à travers le dolorisme, à travers l'esthétisation romantique du Pathos, à travers le dialogue entre le nihilisme et les philosophies de la volonté, etc., jusqu'à la psychologisation contemporaine (Charbonneau, 2003, p. 23).

Après avoir étudié le recours aux sensations dans un but apaisant chez l'enfant, nous allons consacrer la suite de notre travail à l'adulte. Comme pour l'enfant, nous aborderons tout d'abord cette question du point de vue de la psychologie « normale » pour nous pencher ensuite sur l'hyperesthésie mentionnée dans la description de divers tableaux pathologiques.

Le présent chapitre consacré à la « normalité » sera subdivisé lui-même en deux parties. Tout d'abord, nous rechercherons les allusions historiques à la surenchère des sensations dans les descriptions générales du caractère, puis nous nous pencherons plus particulièrement sur la notion de « passion », qui nous semble présenter un grand intérêt pour le thème qui nous occupe.

### IV.1. L'hyperesthésie dans la caractérologie

Nous allons maintenant faire un survol de la littérature concernant le caractère et le tempérament, pour évaluer dans quelle mesure une tendance à exacerber ses propres sensations a été mentionnée, et comment cette tendance a été comprise.

#### IV.1.1. DE L'ANTIQUITÉ À L'ÂGE MODERNE

On s'accorde à considérer Théophraste [372-287] comme l'un des premiers philosophes à avoir établi un inventaire des caractères. On peut ainsi s'évertuer à trouver les correspondants antiques des différentes personnalités aujourd'hui distinguées, en rapprochant par exemple la personnalité narcissique actuelle de ce que le philosophe appelait le « vaniteux », ou le caractère paranoïaque de ce qu'il appelait le « défiant ». On ne trouvera cependant rien qui puisse être rapproché de ce que nous avons appelé ici « hyperesthésie ». Est-ce à dire que Théophraste ne remarquait aucune surenchère des sensations chez ses contemporains ? On

peut évidemment en douter, et imaginer d'autres hypothèses. L'un des traducteurs de Théophraste apporte par exemple un élément de réponse. Selon lui, le recueil de Théophraste n'aurait été, à l'origine, qu'une galerie de portraits servant de conclusion et d'illustration concrète à un traité de morale théorique (Navarre, 2003, p. 20). Le traducteur le déduit à partir d'une analogie avec un autre auteur qui aurait plagié Théophraste, mais dont on aurait retrouvé l'ensemble du texte, c'est-à-dire le traité suivi de la description des caractères : « Après un exposé dogmatique des moyens de combattre l'orgueil, l'auteur décrit, pour terminer, plusieurs types d'orgueilleux » (Navarre, 2003, p. 20). Il s'agirait donc de caractères pathologiques au sens de la morale, correspondant à quelques-uns des vices et des travers généraux de l'humanité. De ce point de vue, on peut mieux comprendre que « l'hyperesthésique » n'apparaisse pas aux côtés du vaniteux.

On peut faire un commentaire similaire à propos du maître de Théophraste, Aristote [384-322]. En effet, les caractères sont décrits dans la *Rhétorique* dans une perspective pragmatique : Aristote brosse une série de portraits destinés aux orateurs de façon à ce qu'ils adaptent leurs discours à leur auditoire. Les caractères ainsi dégagés sont en fait reconnaissables dans une assemblée, puisque les critères sur lesquels ils reposent sont l'âge, la bonne naissance, la richesse, la puissance et la bonne fortune. Ce n'est donc pas dans les caractères de la *Rhétorique* qu'il fallait chercher un « sensitif » ou un « passionné ». Nous l'avons trouvé, au hasard d'une lecture, dans un tout autre contexte, où il pouvait exister également une motivation pragmatique à mentionner un tel caractère, à savoir celui de l'art. En effet, dans sa *Poétique*, Aristote s'interroge sur les qualités qui conviennent à un bon poète, et là il explique que ceux qui sont le plus à même d'insuffler les passions dans leur œuvre sont ceux qui s'y plongent eux-mêmes, ceux qu'il appelle les « hommes exaltés » :

En effet, du fait que les poètes sont de même nature que nous, *ceux-là sont les plus persuasifs qui entrent dans les passions, et il apparaît vraiment en proie à la détresse, celui qui sait se mettre dans la détresse, et vraiment en proie à la colère celui qui sait s'emporter*. Aussi l'art de poésie appartient-il à des hommes naturellement bien doués ou à des *hommes exaltés* : dans le premier cas ils sont aptes à se façonner à leur gré en personnages, dans le second ils sont aptes à s'abandonner au délire poétique (1990, p. 110, souligné par nous).

En recherchant un représentant antique de l'hyperesthésie, on aurait pu s'attendre à avoir davantage de succès du côté de la doctrine des humeurs, dans la mesure où celle-ci impliquerait une dimension corporelle : les tempéraments étant rattachés aux humeurs, à savoir le sang (tempérament sanguin), la bile jaune (le bilieux), la bile noire (le mélancolique) et le flegme (le flegmatique), on pouvait s'imaginer qu'une intensification des sensations ait

été mise en évidence et rattachée à un excès de telle ou telle humeur. Or, ce n'est qu'en forçant le trait qu'on peut satisfaire une telle attente. Certes, Galien [129-201 ?] cite par exemple chez Aristote une allusion au rôle joué par le sang dans le caractère et la sensation chez les animaux. Dans les *Parties des Animaux*, le Stagirite écrit en effet :

Plus le sang est épais et chaud, plus il est apte à engendrer la force, plus il est subtil et froid, plus il favorise la sensation et l'intelligence. [...] Ceux qui ont une humidité plus subtile et plus pure *ont des sensations plus vives*. [...] La nature du sang est la cause de beaucoup d'aspects concernant le caractère et la sensation chez les animaux ; avec raison, car c'est là la matière du corps tout entier. La nourriture est en effet matière, et le sang la nourriture ultime. Il en résulte donc de grandes différences selon que celui-ci est chaud, froid, subtil, épais, pur ou trouble (cité par Galien, 1995, p. 94, souligné par nous ; nous citons ici le traducteur de Galien plutôt que celui d'Aristote (1956, [647b], [650b] et [651a]) qui dit « sensibilité » plutôt que « sensation », choix moins approprié à l'époque selon nous, comme nous le verrons ci-dessous).

Mais dans la doctrine des tempéraments, telle qu'elle est transmise par Galien, on ne trouve pas de caractéristique se rapportant à une exacerbation des sensations, ou même d'une façon plus générale, on ne trouve guère de référence à la sensibilité. Ce constat s'avère d'autant plus paradoxal que Galien lui-même, tout en ayant contribué au succès de la doctrine des humeurs, n'a pas rattaché les tempéraments aux humeurs, comme l'ont fait ses successeurs, mais aux *qualités élémentaires* (Jouanna, 2006a), qui impliquent une dimension sensorielle évidente : chaud, froid, sec, humide. Ainsi, les sensations permettent d'identifier les tempéraments de l'extérieur, et pour Galien (à paraître, 2012\*), ce critère relève de l'évidence : « C'est faire profession d'une sagesse bizarre, et même d'une stupidité à dire vrai, que d'avoir pour les objets sensibles un critère autre, supérieur à la sensation » ([588] dans l'édition de Kühn). En revanche, les sensations ne font pas partie des caractéristiques intrinsèques des tempéraments. Autrement dit, *le tempérament d'un individu serait reconnaissable à la façon dont on peut le sentir, mais pas à la façon dont lui-même sent*.

Selon Pichot (1995), c'est seulement lorsque la doctrine galénique déclinera, c'est-à-dire entre le XVI<sup>e</sup> et le XIX<sup>e</sup> siècle, qu'on verra apparaître de nouveaux tempéraments, notamment liés à la prise en compte de la sensibilité : « L'importance donnée aux notions d'irritabilité et de sensibilité va introduire la notion de tempérament nerveux » (p. 7).

Il serait cependant fallacieux d'affirmer que l'idée d'un tempérament caractérisé par une surenchère des sensations, ou une sensibilité exacerbée, aurait déjà existé mais aurait été

---

\* Nous remercions le Prof. V. Barras d'avoir mis à notre disposition sa traduction inédite.

simplement étouffée par la doctrine galénique. En réalité, cette idée pouvait difficilement germer, compte tenu du mystère que représentait la question du support physiologique des sensations, en dépit des avancées de chercheurs tels que Galien précisément, considéré comme un pionnier dans l'identification du système nerveux et de l'importance du cerveau.

Dès l'Antiquité grecque, on a postulé l'existence d'un « sens commun » (*aisthétérion* en grec, *sensorium commune* en latin), à savoir un centre de rassemblement des sensations. L'organe dans lequel cette faculté était supposée résider était en général celui qu'on considérait comme le siège de l'âme elle-même. On a souvent attribué cette fonction au cœur ou au sang, jusqu'à ce qu'un penseur et chercheur passionné par l'expérimentation, Alcméon de Crotoné [actif vers 500], affirme l'importance du cerveau, en quoi il a été peu suivi : Aristote par exemple, qui lui est postérieur, continuera d'affirmer, dans *De Anima*, que le cœur reçoit les sensations par le truchement des veines. Certains historiens voient en Alcméon le fondateur de la psychophysiologie expérimentale : « Ses travaux l'amènèrent à découvrir certains canaux ou "passages" (les nerfs n'étant pas encore considérés comme tels) qui relient les différents organes au cerveau, et à reconnaître à celui-ci une fonction de prime importance en décelant que l'on pouvait empêcher, par des lésions de certains "passages", que des sensations lui parviennent » (Mueller, 1960, p. 25).

Au fil des siècles, le « sens commun » sera de plus en plus souvent localisé dans le cerveau. De nombreux auteurs s'y référeront, parmi lesquels notamment Léonard de Vinci [1452-1519], qui pratiquait des dissections et préparait un grand traité d'anatomie et de physiologie : « La connexion des organes des sens spécifiques avec le système nerveux central lui paraît démontrée par l'examen de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du tact. Car ces sens spécifiques seraient inexplicables sans l'admirable ramification des nerfs et des muscles, qui affluent tous au *sens commun*, serviteur de l'âme » (Mueller, 1960, p. 154).

Descartes [1596-1650] situait le sens commun dans la glande pinéale (aujourd'hui appelée épiphyse). Selon Monnoyer (1988), cette glande avait déjà été élue à cette fonction de synthèse des sensations depuis l'Antiquité, « en vertu de sa position jugée éminente au centre de la tête » (p. 66). Pour Sarfati (2009) au contraire, ce choix chez Descartes avait en réalité pour but de disqualifier l'usage philosophique initial du concept de sens commun, en le localisant dans « une partie vile du cerveau » (p. 165). En effet, il s'agissait de reléguer ainsi les sensations, sur lesquelles reposait l'empirisme, à un rôle subalterne voire trompeur par rapport à la raison souveraine à ses yeux : « Le dualisme qu'il préconise [...] tendra à connoter d'une valeur péjorative le sens commun, désigné comme la source de l'opinion,

ennemie des idées claires et distinctes » (p. 165). On reste perplexe devant la valeur tantôt « éminente », tantôt « vile » attribuée historiquement à cette glande en fonction des commentateurs contemporains. Si Monnoyer justifie la valorisation de la glande pinéale par sa position centrale, Sarfati ne précise pas pour quelle raison on l'aurait jugée vile. Par ailleurs, si Descartes avait méprisé cette partie du cerveau, ne se serait-il pas avisé de placer ailleurs le siège de l'âme, sauf à mépriser l'âme elle-même ?

En tout état de cause, la façon dont les sensations se transmettaient demeurerait mystérieuse, encore au XVII<sup>e</sup> siècle, ce que Descartes avait l'humilité de reconnaître. Tout en recourant à la conception galénique des « esprits » plus ou moins subtils circulant dans l'organisme, il en reconnaissait le caractère flou : « Mais on ne sait pas communément en quelle façon ces esprits animaux et ces nerfs contribuent aux mouvements et aux sens, ni quel est le principe corporel qui les fait agir » ([1649], 1988, p. 159). Il pratiquait lui aussi de nombreuses dissections, mais il lui était impossible d'observer ces fameux « esprits animaux » dans les nerfs, considérés comme des vaisseaux. Ces « esprits » étaient postulés comme les parties les plus subtiles du sang, « liqueur » coulant dans les nerfs jusqu'aux muscles par l'intermédiaire du cerveau.

La théorie de Descartes semble à la croisée des chemins entre la tradition antique du support sanguin des sensations et des émotions-passions, et la conception moderne de leur support nerveux. Tout se passe comme s'il s'était évertué à combiner les systèmes sanguin et nerveux, d'une façon qui, à la lumière des connaissances actuelles, peut sembler acrobatique. Voici par exemple comment il décrit la passion appelée « joie » :

En la joie ce ne sont pas tant les nerfs de la rate, du foie, de l'estomac ou des intestins qui agissent, que ceux qui sont en tout le reste du corps ; et particulièrement celui qui est autour des orifices du cœur, lequel ouvrant et élargissant ces orifices, donne moyen au sang que les autres nerfs chassent des veines vers le cœur, d'y entrer et d'en sortir en plus grande quantité que de coutume. Et parce que le sang qui entre alors dans le cœur, y a déjà passé et repassé plusieurs fois, étant venu des artères dans les veines, il se dilate fort aisément et produit des esprits, dont les parties étant fort égales et subtiles, sont propres à former et fortifier les impressions du cerveau, qui donnent à l'âme des pensées gaies et tranquilles (Descartes, [1649], 1988, p. 215).

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, certains considéraient encore le cerveau comme un viscère mou logé dans la boîte crânienne de la même façon que le cœur dans le thorax, ou pensaient que le cortex était un sous-produit des méninges (Lantéri-Laura et Bouttier, 1994). L'hypothèse que le cerveau pouvait être constitué de cellules n'est apparue qu'au XIX<sup>e</sup> siècle, et l'invention du terme de « neurone » pour les désigner date de 1891.

Ce n'est ainsi qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que le rattachement de la vie affective aux viscères et au sang sera tout à fait abandonné, comme Ribot [1839-1916] en fait le constat en 1896 : « Actuellement, nul ne soutient que le cœur ou tout autre organe de la vie végétative est le siège d'une émotion, en ce sens qu'il la ressent ; la conscience de la vie affective n'existe que par le cerveau [...] » (p. 115).

Au siècle précédent, considéré pourtant comme siècle des Lumières, les véhicules de la sensibilité demeuraient bien obscurs, comme en témoigne notamment l'engouement suscité par Mesmer [1734-1815] et son « magnétisme animal ». Là encore, on postulait l'existence d'un fluide mystérieux, permettant quant à lui un échange d'énergie entre individus. Les controverses dont il a été l'objet reflètent bien l'incertitude qui régnait quant à la nature des substances et des mécanismes en jeu dans tous les phénomènes sensoriels et nerveux. Mesmer se réclamait pourtant des Lumières, et rejetait toute explication irrationnelle, en se posant même en démystificateur des guérisseurs, dont il réinterprétait les succès en les attribuant à leur puissant magnétisme (Ellenberger, 1970). Il demeurera cependant une figure ambiguë, à cheval entre le rationnel et l'irrationnel, ce qui ressort bien dans le chapitre que lui consacre Ellenberger dans son fameux ouvrage historique, puisque celui-ci le décrit à la fois comme « fils des Lumières » et comme « magicien », lui-même finalement victime d'une démystification.

Au siècle de la raison, on faisait toujours référence aux esprits animaux, même si le rôle qui leur était attribué tendait à se restreindre progressivement, comme chez Albrecht von Haller [1707-1777]. Ce professeur d'anatomie, de chirurgie et de botanique, connu aussi pour ses œuvres littéraires, proposa au milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle une théorie de la *sensibilité* et de l'*irritabilité* qui eut un impact considérable sur les auteurs de son époque (Guislain, 1846). Il définissait l'irritabilité comme la capacité d'un tissu à réagir à un facteur externe, propre aux tissus musculaires. La sensibilité, elle, était réservée aux tissus parcourus par les nerfs. Dans *Elementa Physiologiae Corporis Humani* (1757-66), il a proposé une typologie des tempéraments en reprenant les catégories anciennes, mais en leur donnant une explication conforme à ses nouvelles idées :

Haller prend pour fondement de sa distinction des tempéraments, le plus ou moins de force et le plus ou moins d'irritabilité des parties solides ; ainsi des solides résistants, unis à une irritabilité développée, constituent le *bilieux* ; peu d'irritabilité avec une fibre énergique, le *sanguin* ou *athlétique* ; faiblesse des solides et irritabilité très développée, le *mélancolique* ; faiblesse des solides et peu d'irritabilité, le *phlegmatique* (Andral, 1836, p. 267).

Mais Haller n'était pas le seul ni le premier à avoir parlé de sensibilité. L'apparition de cette notion est à situer dans le contexte du vitalisme qui s'est développé en biologie et en médecine, vers le milieu du XVIII<sup>e</sup> siècle, en opposition au modèle mécaniciste alors dominant, et en opposition au dualisme corps-âme qui le sous-tendait : le corps, totalement séparé de l'âme, était conçu et étudié comme une machine. Refusant pour les mêmes raisons l'animisme qui reposait, lui aussi, sur la dichotomie corps-âme, le vitalisme substituait à cette dernière l'opposition entre matière vivante et matière inerte (Rey, 1993). L'étude du mouvement dans les phénomènes vitaux avait abouti à l'apparition de la notion de « fibre vivante » : on observait qu'une fibre pouvait avoir *par elle-même* la propriété de répondre à certains stimuli. C'est sur cette base que la notion de sensibilité s'est développée, en favorisant une conception moniste de l'homme, une réunion des points de vue physique et psychique, double polarité qui demeure encore aujourd'hui dans l'usage du terme de « sensibilité », et aussi dans celui d' « irritabilité », dont nous avons vu l'importance actuelle dans la description du tempérament du nourrisson (cf. I.1, p. 19). C'est dans ce contexte historique que Cabanis (1802), reprenant une formule de Diderot, affirmera que « vivre, c'est sentir » (p. 91), et que la médecine de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle sera qualifiée de « sensibiliste » (Rey, 1993).

C'est probablement aussi par ce biais que la notion de « sensibilité » a obtenu ses lettres de noblesse dans le champ de la psychologie et de la philosophie. On la retrouve par exemple chez Kant [1724-1804], qui avouait par ailleurs apprécier tout particulièrement la littérature de Haller (De Wit, 1982). Dans son *Anthropologie du point de vue pragmatique* (1798), l'auteur des fameuses « Critiques » fait une apologie de la sensibilité, en se posant en défenseur de celle-ci face aux accusations qui lui étaient classiquement portées, notamment de tromperie et de perturbation de l'entendement. À partir cette époque, il sera permis de considérer la sensibilité comme une *faculté*, au même titre précisément que la raison, et les émotions comme le produit de cette faculté plutôt que comme des passions condamnables.

Parallèlement (ou consécutivement ?) à l'amélioration des connaissances biologiques concernant le système nerveux, l'essor de l'empirisme en philosophie a contribué à donner aux sensations une importance particulière : selon le courant appelé « sensualisme » ou « sensationnisme » plus particulièrement (Locke, Condillac, Helvétius), et en opposition au rationalisme cartésien, celles-ci constitueraient le fondement de toute connaissance (Lalande, 1926). Condillac [1715-1780] a proposé, dans son *Traité des sensations* (1754), sa fameuse

allégorie de la statue, successivement dotée des cinq sens, chaque nouveau sens ajouté permettant des idées et des facultés plus complexes. Quelques décennies plus tard, en 1802, Cabanis [1757-1808] a ajouté à cette analyse celle des sensations internes, donnant ainsi aux cœnesthésies une place dans la description de l'activité cérébrale.

Dans la continuité de ce mouvement, on peut citer les philosophes dits « de l'introspection », comme les Écossais Thomas Reid [1710-1796] et Dugald Stewart [1753-1828]. En France, Maine de Biran [1766-1824] est considéré comme le premier philosophe à avoir développé une psychologie du *sens intérieur* (Pigeaud, 1981). *Tout se passe comme s'il avait fallu attendre que soit théorisée la capacité d'observer ses propres éprouvés physiques pour que puisse être conceptualisée la même capacité concernant les éprouvés psychiques.* Maine de Biran a-t-il baigné dans un contexte favorable à l'émergence de cette réflexion du fait que son père était médecin ? Car en effet, la fonction de médecin, de par l'interaction qu'elle implique avec le patient, mobilise précisément cette faculté : pour demander de l'aide au thérapeute et répondre à ses questions, le patient est amené à se questionner sur ses propres éprouvés. Selon Pigeaud, la médecine hippocratique avait en main les prémisses de cette réflexion, jusqu'à ce que Galien galvaude ce précieux legs :

Le médecin, par la propre logique de sa pratique, comme il est amené dans les Epidémies III à la découverte de la personne, met en évidence un territoire que la philosophie ignorera malheureusement jusqu'à la psychologie de Maine de Biran, ce que Littré appelle le sens intérieur, c'est-à-dire l'originalité du moi, et l'aperception immédiate d'une intériorité, un ego qui ne saurait se retrouver dans aucune division de l'âme, comme l'hégémonique, l'irascible et le concupiscible. La médecine allait oublier ce lieu de la rencontre de l'âme et du corps, et tenter de définir si les maladies de l'âme sont des affections secondaires ou sympathiques des maladies du corps, chercher dans l'anatomie la topologie de ces âmes ; c'est ainsi que Galien retrouvera la tripartition platonicienne au bout de son scalpel (1981, p. 129).

C'est un peu comme si, à travers le reflet du corps, l'âme avait fini par découvrir son propre reflet, de la même façon que l'enfant s'identifie dans le miroir après avoir identifié le reflet de sa mère près de lui (Lacan, 1949). Cette période marque-t-elle une forme de « stade du miroir » de la métaphysique ? Par ailleurs, même si on oppose le sensualisme au rationalisme cartésien, le fameux *cogito* de Descartes n'est-il pas que le versant rationnel de l'aperception de l'âme par elle-même, et donc de ce stade du miroir ? C'est en effet en ces termes que Maine de Biran lui rend hommage : « Ce grand homme est devenu vraiment le créateur ou le père d'une science qui sous un titre quelconque doit *se fonder sur l'observation intérieure, en apprenant à l'esprit humain à se replier sur lui-même [...]* » ([1812], 2001, p. 81, souligné par nous). Pour rendre compte de ces deux versants de l'introspection, explorés

respectivement par Descartes et par Maine de Biran, Canguilhem (1958) distingue leurs psychologies en définissant celle du premier comme une science du sens *interne*, et celle du second comme une science du sens *intime*. L'intérieur cartésien, « c'est la connaissance directe que l'âme a d'elle-même, en tant qu'entendement pur ». Pour Maine de Biran, « psychologue romantique », la psychologie « devient la technique du journal intime et la science du sens intime ».

Bien sûr, on trouve déjà chez certains philosophes de l'Antiquité des références à l'affleurement de la « sensation de soi ». Mais Canguilhem (1958), par exemple, estime que « l'intérieur cartésien n'a rien en commun avec le sens interne des aristotéliens ». Pigeaud cite également Aristote et surtout Épicure, dont la philosophie du jouir correspond, selon lui, « à une recherche du sujet, ou plutôt de la connaissance de soi, comme un se-sentir-soi-même. Le sujet se connaît dans le plaisir, expérience nécessaire » (1981, p. 152). Mais ce n'est que bien plus tard que « l'autosensorialité » sera explorée pleinement par les philosophes, dans toutes ses implications sur la réflexivité de la pensée, ce qui n'est probablement pas étranger à l'intérêt porté au « Moi empirique » plutôt qu'au « Moi transcendantal » cher aux Anciens, comme nous le verrons plus loin (cf. V.2.1, p. 204). C'est ainsi que le précepte socratique du « Connais-toi toi-même » ne serait pas à comprendre comme une invitation à l'introspection, mais comme une injonction plus profonde à partir à la découverte de ce Moi transcendantal (Caratini, 2000, p. 515).

Ainsi, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les nouvelles connaissances biologiques ont remis en question la théorie des humeurs. On a d'abord eu tendance à opérer des aménagements superficiels et des rajouts, de façon notamment à ménager une place au système nerveux. Sur le plan des maladies, on s'est mis par exemple à distinguer une mélancolie *humorale* et une mélancolie *nerveuse*, chacune décrite avec ses caractéristiques propres (Starobinski, 1985). Sur le plan des tempéraments, cette évolution a renversé le rapport de force entre ceux qu'on appelait les « humoristes », qui rattachaient les tempéraments aux humeurs, et les « solidistes », pour qui seules les parties solides du corps seraient susceptibles d'être le siège des maladies ainsi que des tempéraments, puisqu'elles seules seraient douées de vitalité. Après avoir longtemps dominé grâce à l'influence de Galien, les humoristes ont beaucoup perdu de leur influence au profit de conceptions plus « solidistes », qui s'accordaient mieux avec le goût des Modernes pour les recherches anatomo-pathologiques (Moreau, 1830, p. 66). Nous avons vu ci-dessus (cf. p. 116) que Haller avait remanié les tempéraments en les rattachant à la force et à l'irritabilité des parties *solides*. Il a imprimé un tournant décisif dans la conception du

tempérament, alors que d'autres auteurs tels que Stahl, Boerhaave, Hoffmann, ou Cullen, se sont contentés, selon Lombard (1855), de « mettre leur langage en harmonie avec les systèmes en faveur au moment où ils écrivaient » (p. 5). Cabanis (1802) s'est inspiré des allusions de Haller à un tempérament musculaire, ainsi que des travaux de son élève Zimmermann, pour proposer deux nouveaux tempéraments, ajoutés à la typologie galénique classique : un tempérament nerveux et un tempérament musculaire. Sur la base des expériences faites sur les animaux, il considérait les systèmes nerveux et musculaire comme antagonistes :

[...] La faculté de mouvement n'est pas toujours en raison directe de la sensibilité. Une partie, ou même le corps tout entier, peut être médiocrement, ou même très peu sensible, et cependant capable de se mouvoir avec vigueur, ou peu capable de se mouvoir, quoique fort sensible. De là cette distinction, si connue, des forces sensitives et des forces motrices, ou plutôt de l'énergie sensitive du système nerveux et de la manière dont elle s'exerce dans les organes du mouvement. [...] entre *l'homme qui sent vivement ou profondément*, et celui qui ne vit que par l'exercice, ou la conscience de sa force extérieure, il y a des différences fondamentales (p. 459, souligné par nous).

En effet, Haller avait posé les bases de cette opposition en réservant à chacun des deux tissus une propriété spécifique. Claude Bernard, dans un cours consacré à l'irritation, dira de lui : « Il ne voyait partout que la fibre musculaire irritable et la fibre nerveuse sensible » (Bernard, 1864).

Les deux nouveaux tempéraments musculaire et nerveux se retrouvent également dans la classification proposée par Jean Noël Hallé [1754-1822], qui en compte huit. Ce médecin, qui fut consultant de Napoléon, a rattaché les tempéraments principaux à trois systèmes généraux, c'est-à-dire présents dans toutes les parties du corps, à savoir les systèmes vasculaire, nerveux et musculaire (Hallé, 1799). Cette typologie peut être rapprochée de celle développée au XX<sup>e</sup> siècle par Sheldon (1942), également tripartite, où on retrouvera le système nerveux (« cérébrotonique »), le système musculaire (« somatotonique ») auquel est associé également le système circulatoire, le troisième tempérament étant relié au système digestif (« viscérotonique ») (Pichot, 1995). Le tempérament nerveux de Hallé est résumé comme suit par Nysten (1814) :

La prédominance du système nerveux ou de la susceptibilité forme le *tempérament nerveux*, dont on distingue deux variétés : dans l'une, la constitution nerveuse est exaltée par la fréquence des impressions, la vivacité et l'instabilité des sensations, par l'exaltation et la variabilité des idées ; dans l'autre, cette même constitution est excitée par des impressions vives mais permanentes, la fixité et la concentration des sensations ; [...] cette dernière modification correspond au tempérament mélancolique des galénistes (p. 574-5).

Comme on peut le voir dans ce passage, Hallé a tenté d'établir des distinctions à l'intérieur du tempérament nerveux, en tenant compte du « degré de susceptibilité » du système nerveux, de la durée des impressions qu'il reçoit, et de la rapidité avec laquelle ces impressions se succèdent (Adelon, 1824), critères qu'on retrouvera dans d'autres typologies ultérieures.

On peut également mentionner la classification de Rostan [1790-1866], qui compte six constitutions (il préfère ce terme à celui de tempérament) fondées sur le degré de prédominance ou d'infériorité des divers appareils de l'organisme (Rostan, 1822). L'un d'eux est rattaché à l'encéphale, et il est résumé de la façon suivante dans un dictionnaire médical de cette époque : « Ses traits locaux sont un grand crâne, un grand cerveau, *un grand besoin de sensations, de travaux intellectuels, d'affections, de passions*. Ses influences générales s'expliquent par les deux lois de balancement et d'irradiation nerveuse qui régissent l'économie » (Adelon *et al.*, 1828, p. 294, souligné par nous).

Toutefois, après l'apparition du nouveau tempérament appelé « nerveux », la place des sensations est demeurée incertaine, et on a parfois continué à rattacher celles-ci au tempérament sanguin plutôt qu'au tempérament nerveux, de la même façon que dans l'Antiquité, on avait continué à rattacher les sensations au sang même après que le rôle du cerveau a été mis en évidence. Par exemple, une encyclopédie médicale datant du milieu du XIX<sup>e</sup> siècle (Dechambre, 1864) fait état de trois tempéraments principaux, à savoir le sanguin, le nerveux et le lymphatique, mais c'est pourtant au tempérament sanguin qu'est attribuée une particulière « vivacité des sensations » ou une notable « violence des passions ». Le tempérament nerveux, lui, se voit caractérisé surtout par son instabilité et les tableaux changeants qu'il présente. L'individu nerveux est décrit comme ayant « l'humeur vive et instable, les idées changeantes, une grande sensibilité aux impressions physiques et morales, une crainte de la douleur et une tendance à l'exagérer quand il l'éprouve ». Comment distinguer la « vivacité des sensations » du sanguin et la « grande sensibilité aux impressions physiques et morales » du nerveux ? L'auteur de l'article ne le précise pas, et il aurait été probablement bien en peine de le faire.

Plus on rattachait les sensations et les émotions au système nerveux, plus on était amené à expliquer les différences de sensibilité par la constitution nerveuse. C'est également à travers ce prisme que les différences entre hommes et femmes ont été analysées. Par exemple, Lange

[1834-1900] tenait pour acquis que les femmes sont « pour les émotions une proie plus facile que le sexe fort » (1885, p. 137), ce qu'il rattachait à la plus grande excitabilité de leur système nerveux. Féré [1852-1907] partait du principe que les femmes présentent plus souvent des troubles pathologiques des émotions, et pour l'expliquer, il s'inscrivait en faux contre le consensus selon lequel elles auraient une émotivité plus élevée. Au contraire, la sensibilité serait « moindre dans le sexe féminin, c'est un fait connu et maintes fois vérifié. Leur émotivité soi-disant perfectionnée les met le plus souvent dans l'incapacité d'accomplir l'acte qui conviendrait » (1892, p. 479). L'auteur expliquait les symptômes hystériques de la même façon, c'est-à-dire par un affaiblissement du système nerveux provoqué par un fonctionnement excessif. Rappelons que la notion de « névrose », comme son nom l'indique, recouvrait à l'époque divers dysfonctionnements dont on attribuait l'origine au système nerveux, souvent d'une façon hypothétique qu'on espérait voir éclairée par les lumières de la science. Féré se fondait sur une loi établie par un physiologiste nommé Réveillé-Parise [1782-1852], selon laquelle plus le système nerveux est excité, plus il est affaibli, et plus il s'affaiblit, plus il est disposé à l'excitation. Cette conception présentait l'intérêt de fournir une explication à la fois à l'hyperesthésie et à l'anesthésie observée chez les hystériques. Pour utiliser des notions plus psychologiques qui ont beaucoup eu cours au XX<sup>e</sup> siècle, on peut dire que cette conception permettait de rendre compte aussi bien de leur « démonstrativité » que de leur « belle indifférence ». Nous reprendrons la question de l'hystérie dans la partie consacrée aux troubles psychiques de l'adulte (cf. V.1, p. 175).

Il est à noter qu'en ajoutant des tempéraments à ceux qui étaient admis depuis l'Antiquité, et en remaniant ainsi le système galénique très structuré, on commettait le sacrilège de briser la tradition du quadripartisme, le nombre quatre étant sacré et investi d'un pouvoir magique dans les classifications antiques (Van Delft, 1993). Certains, comme Jouanna (2006b), vont même jusqu'à affirmer que la théorie hippocratique des quatre humeurs ne devait son succès qu'à ce nombre magique :

[...] Au V<sup>e</sup> siècle avant notre ère – il faut le dire avec force – ce n'était qu'une théorie, parmi d'autres : la conception régnante était celle de deux humeurs pathogènes, bile et phlegme, le sang étant l'humeur de la santé. Il s'agissait, en réalité, d'une théorie isolée, car elle n'était pas attestée en dehors du traité *De la nature de l'homme* dont on sait, par ailleurs, qu'il n'est pas l'œuvre d'Hippocrate, mais de son disciple Polybe. Rien, dans le contexte médical de l'époque, ne promettait donc notre théorie à un aussi brillant avenir. On peut même soupçonner qu'elle est née moins de l'observation – dont se réclamait pourtant l'auteur – que du désir d'établir un schéma quaternaire. Pour cela, deux variétés de bile, jaune et noire, ont été transformées en deux humeurs

indépendantes : acte de naissance de la bile noire qui devait jouer un grand rôle dans le développement de la mélancolie [...].

Nous verrons que Wundt [1832-1920], tout en se fondant sur une méthode empirique, reviendra à un système quadripartite sémantiquement inspiré de Galien. On a ainsi assisté à des compromis hybrides, et ceux qui ont préféré conserver un système quaternaire plutôt que de rajouter un tempérament « nerveux » se sont vus contraints de bannir de leur système l'une des humeurs retenues depuis l'Antiquité. Par exemple, Letourneau [1831-1902] fait état de quatre tempéraments, à savoir le lymphatique, le nerveux, le sanguin et le bilieux (1868). Après avoir été divisée pour les besoins du quadripartisme, voilà donc notre bile réunifiée par un revirement de l'histoire, et ce pour satisfaire précisément ces mêmes besoins !

Une autre particularité qu'on peut noter chez Letourneau, c'est que s'il devait choisir un seul tempérament prédestiné aux passions, ce n'est pas le nerveux mais le bilieux qu'il retiendrait :

En résumé, le terrain le plus favorable au développement d'une longue et forte passion, étant celui où se trouve une impressionnabilité vive, et se modifiant lentement, une imagination (pouvoir d'imaginer) ardentes, et des désirs durables et puissants, le tempérament le plus favorable à la passion sera, en général, le tempérament bilieux (p. 218).

#### IV.1.2. LES CONCEPTIONS ISSUES DE LA NEUROPHYSIOLOGIE\*

Alors que, dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, on a tenté de ménager une place à un tempérament dit « nerveux », encore mal différencié du tempérament sanguin, l'essor de la psychophysiologie et l'amélioration des connaissances concernant le fonctionnement du système nerveux a fait naître l'espoir de tout expliquer par ce biais. Comme c'est souvent le cas lorsqu'un champ d'exploration nouveau et prometteur est ouvert, l'engouement suscité s'est soldé par un réductionnisme que le recul du temps fait apparaître comme grossier. On a attendu du système nerveux qu'il explique tous les comportements humains, et aussi toutes les différences de tempérament. Tel est le cas par exemple d'un médecin suisse nommé Zimmermann [1728-1795], élève de Haller, qui affirmait que le système nerveux est l'organe capital, celui dont l'activité particulière caractérise le tempérament. Il définissait celui-ci comme suit : « cette constitution du cerveau et des nerfs suivant laquelle l'homme sent, pense et agit ; en tant qu'abandonné à ce ressort corporel, il pense et agit comme il sent » (cité par Malapert, 1906, p. 4). Malapert place dans la même mouvance des auteurs tels que Bordeu, Pinel et surtout les phrénologues, dont il dénonce les « exagérations » et « hypothèses téméraires sur les localisations cérébrales et crâniennes » (p. 5).

---

\* Le tableau 1 ci-dessous (p. 146) résume les typologies biologiques mentionnées

Dans le même ordre d'idées, on peut lire la prophétie suivante chez Letourneau (1868) :

[...] Pour connaître le tempérament d'un homme, [...] il suffirait de pouvoir mesurer exactement chez lui la puissance nerveuse dans ses divers modes d'action et de réaction, en la combinant avec la notion de volume des centres nerveux. Un jour, la science, munie de ces indispensables notions, pourra rédiger exactement le code des lois vitales et cérébrales (p. 202).

Ce vœu n'est toujours pas réalisé à l'heure actuelle, et il est permis de douter qu'il le soit un jour : plus d'un siècle plus tard, il continue d'être inlassablement caressé dans des termes similaires. Par exemple, on peut lire au dos de la jaquette d'un ouvrage de Zuckerman (1991) la question suivante : « Pourra-t-on bientôt prédire la personnalité à partir d'une analyse de sang ou d'un cliché d'imagerie cérébrale ? ». Question provocatrice censée motiver le lecteur à acheter l'ouvrage...

Pour revenir à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, on a vu naître ainsi des systèmes typologiques entièrement centrés sur les propriétés des nerfs qu'on entreprenait d'identifier et de mesurer. Parmi ces propriétés, on a remarqué l'intensité variable des phénomènes nerveux, et un pathologiste et anatomiste allemand nommé Henle [1809-1885] a proposé en 1876 une théorie du « ton nerveux ». Selon cette théorie, le système nerveux aurait une tonicité propre, variable selon les individus, c'est-à-dire une propension à être ébranlé et à réagir avec plus ou moins d'intensité. Wundt s'est inspiré de Henle en abordant la question du tempérament dans ses fameux *Principes de psychologie physiologique* (1874-1880) : il y a transposé cette propension, en considérant le tempérament comme une disposition à être ému, analogue à l'excitabilité sensorielle : « Ce qu'est l'excitabilité par rapport à la sensation sensorielle, le tempérament l'est par rapport à l'émotion et à l'instinct » (p. 390). Il a retenu d'une part l'énergie et l'intensité des émotions, et d'autre part la rapidité de leur succession, distinctions qui rappellent celles de Hallé, et a abouti à un nouveau système quaternaire des tempéraments (fort/faible, rapide/lent). Deux tempéraments forts sont ainsi décrits : un rapide, le colérique, et un lent, le mélancolique. Si l'on ajoute que les deux tempéraments faibles sont appelés « sanguin » et « flegmatique », on voit bien que les tempéraments évoqués restent proches de ceux rattachés classiquement aux humeurs, et que c'est surtout la compréhension de leur support physiologique qui a été modifiée et adaptée aux nouvelles connaissances biologiques. Mais ce qui est également nouveau par rapport à l'humorisme classique, c'est que tous les tempéraments sont décrits en termes d'*émotions*, fortes ou faible, rapides ou lentes : « Le colérique et le mélancolique sont enclins aux *émotions fortes* » (*ibid.*, p. 391). Nous commenterons cette nouveauté ci-dessous (cf. IV.1.3, p. 129).

Pavlov (1927) a également expliqué les différences tempéramentales observées sur des chiens par des différences cérébrales. Le physiologiste russe propose, lui aussi, une théorie des tempéraments, dans laquelle il reprend les catégories antiques, à savoir le sanguin, le flegmatique, le colérique et le mélancolique, mais en les rattachant à des différences dans les processus nerveux. En particulier, il introduit le concept de *force du système nerveux*, qui reflète l'intensité des processus cérébraux d'excitation et d'inhibition (Zuckerman, 1991, p. 39). En fait, le système de Pavlov se démarque des modèles classiques par son asymétrie : à l'instar de ceux-ci, les quatre tempéraments sont situés par rapport à des couples d'opposés (fort-faible, équilibré-déséquilibré, mobile-inerte), mais ils ne s'y répartissent pas par paires antagonistes. Ainsi, curieusement, trois des quatre tempéraments analysés ont un système nerveux fort, seul le mélancolique étant décrit comme faible, alors que Wundt le voyait comme fort selon sa propre conception. Parmi les trois types à fort système nerveux, deux présentent un équilibre entre excitation et inhibition, et un seul est décrit comme déséquilibré, avec une prédominance de l'excitation sur l'inhibition (Giurgea, 1986) : il s'agit du colérique, qui serait donc le seul à retenir comme « hyperexcitable ».

Il est bien connu que Freud a été lui aussi très influencé par la neurophysiologie du XIX<sup>e</sup> siècle. Pour autant, il n'a pas proposé de typologie des tempéraments établie sur cette base, mais on peut en revanche rappeler qu'il a ébauché la notion de principe de constance, selon lequel l'appareil psychique chercherait à maintenir constante en son sein la somme des excitations. Ce principe serait une transposition du principe de stabilité que Fechner [1801-1887] a énoncé dans le domaine de la physique, tout en lui prêtant une portée universelle (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 325). Le principe de constance ne s'avèrera que partiellement compatible, voire contradictoire, avec le principe de nirvana auquel Freud s'attachera plus tard en développant l'hypothèse de la pulsion de mort, ce qui explique probablement que la portée du premier soit demeurée limitée :

Or la tendance à la réduction à zéro de l'énergie interne d'un système ne paraît pas assimilable à la tendance, propre aux organismes, à maintenir constant, à un niveau qui peut être élevé, son équilibre avec l'entourage. Cette seconde tendance peut en effet, selon les cas, se traduire par une *recherche de l'excitation* aussi bien que par une décharge de celle-ci (Laplanche et Pontalis, 1967, p. 327, souligné par nous).

Par ailleurs, Freud avait connaissance d'une notion compatible avec l'idée d'une recherche d'excitation, à savoir la notion de « faim de stimuli » proposée par Alfred Hoche [1865-1943], psychiatre et professeur à Fribourg-en-Brisgau. Dans les *Trois essais sur la vie*

*sexuelle* (1905 d), le père de la psychanalyse envisage cette hypothèse d'une faim de stimuli, comprise comme un besoin de variation, pour expliquer la surestimation qui touche l'objet sexuel en ne se limitant pas à ses organes génitaux mais en s'étendant au corps entier et incluant toutes les sensations émanant de lui. Freud se montrera très ambivalent envers cette hypothèse, ce qui transparaît dans les multiples remaniements qu'il opérera des passages concernant ce problème, dans les versions successives des *Trois essais*. Nous avons vu, dans la partie consacrée à l'enfant (cf. I.4, p. 37), que cette notion de faim de stimuli (« *stimulus hunger* ») est réapparue chez Ribble (1943), sans rencontrer un grand succès puisque cet auteur n'est plus guère connu, même dans les cercles psychanalytiques. Finalement, ces notions de principe de stabilité, de recherche d'excitation ou de faim de stimuli resteront confidentielles dans la théorie psychanalytique, mais elles connaîtront leur moment de gloire dans un tout autre cadre de référence et plusieurs décennies plus tard, ainsi que nous le verrons en présentant les travaux de Zuckerman.

En France, la théorie de la dégénérescence introduite par Morel [1809-1873], et développée pour expliquer les aliénations dont on supposait une origine héréditaire, a également été entraînée dans l'engouement suscité par le développement de la neurophysiologie. Ainsi, Magnan [1835-1916] a fait l'hypothèse d'une base neurophysiologique de la dégénérescence, dans le sens d'un déséquilibre du fonctionnement du système nerveux, comme le relate Bing (1994) : « Magnan propose [...] un schéma anatomique précis du système nerveux, caractérisé par une hiérarchisation du névraxe à laquelle correspond une hiérarchisation des fonctions. À chaque lésion correspondra donc une pathologie précise et constante » (p. 236). C'est de sa conception qu'est dérivée la doctrine française des constitutions qui va se développer parallèlement à celle des personnalités psychopathiques allemandes, et qui va remplacer en quelque sorte la théorie des humeurs comme explication du caractère par un patrimoine biologique stable (Debray et Nollet, 2001), tout en conservant le critère d'équilibre.

Magnan (1891) distingue trois catégories de déséquilibrés : ceux de l'intelligence, ceux de la sensibilité, qualifiés d'émotifs, et ceux de la volonté, qualifiés d'impulsifs. On voit ainsi que ces catégories sont établies sur le modèle de la psychologie des facultés, c'est-à-dire un modèle psychologique inspiré de la philosophie, mais tous les types de déséquilibres, et en particulier celui de la sensibilité, sont néanmoins rattachés à une origine purement neurophysiologique.

La doctrine des constitutions reprendra cette conception, et en fait de constitution, c'est surtout de celle du système nerveux dont il est question. Ainsi, Dupré (1925) ajoute à son chapitre intitulé « la doctrine des constitutions » le sous-titre suivant : « les déséquilibres constitutionnels *du système nerveux* » (p. 485, souligné par nous). Il le justifie par le fait que les maladies mentales sont des maladies de la personnalité, et que la personnalité ne serait rien d'autre que le produit de la synthèse de toutes les activités organiques et fonctionnelles, assurée par le système nerveux. Il décrit, parmi les déséquilibres constitutionnels, une « constitution émotive », caractérisée par « l'éréthisme diffus de la sensibilité générale, sensorielle et psychique, par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent » (p. 490). Selon Dupré, la constitution émotive se caractérise à la fois par des signes physiques et psychiques. Parmi les signes physiques, il mentionne une hyperesthésie sensorielle, avec réactions motrices vives, étendues et prolongées, principalement dans les domaines mimique et vocal. Les signes psychiques énumérés sont l'impressionnabilité, l'énervement, l'inquiétude, l'anxiété, l'irritabilité, l'impulsivité. Dupré souligne que l'hyperémotivité, normale chez le nourrisson et l'enfant, s'estompe chez l'adulte par le développement des voies d'inhibition. Elle peut se prolonger de façon morbide sous l'influence de facteurs infectieux, toxiques et surtout traumatiques.

C'est dans le cadre des conceptions issues de la neurophysiologie que nous situerons les travaux plus récents de Marvin Zuckerman, appartenant que les titres de ses ouvrages indiquent bien : on peut citer par exemple *Bases biologiques de la recherche de sensations, de l'impulsivité et de l'anxiété* (1983) et *La troisième révolution du cerveau. Psychobiologie de la personnalité* (1991), ouvrage dont nous citons un extrait de la jaquette ci-dessus. Ce psychologue américain a développé la notion de « recherche de sensations » qu'il considérait comme un trait de personnalité dont le support serait biologique, et qu'il a consacré une trentaine d'années à définir et à analyser. Il a commencé à s'intéresser à ces questions dans les années 1960, en analysant les réactions émotionnelles et physiologiques à la privation sensorielle, et en les expliquant par des différences d'excitabilité entre individus. Pour ce faire, il s'est fondé sur des concepts psychophysiologiques qui s'étaient développés à l'époque, comme celui de *niveau optimum de stimulation* introduit par Hebb en 1955 : chaque individu se caractériserait par un niveau d'activation interne moyen préférentiel. La recherche de sensations serait un moyen d'élever ce niveau lorsqu'il se situe en dessous du niveau

préférentiel, ce qui rappelle la notion de principe de stabilité de Fechner ou celle de principe de constance de Freud, même si Zuckerman désapprouverait certainement cette dernière filiation, lui qui déplore que les théories psychanalytiques aient encore autant de place dans les manuels de psychologie alors qu'elles sont centenaires (p. 536). Il ne fait pas non plus mention de la notion de « faim de stimuli » développée par Ribble à propos de l'enfant et que Freud avait reprise de Hoche, cité ci-dessus, et aussi de Bloch [1872-1922], auteurs dont Zuckerman ignorait vraisemblablement les travaux, eux aussi probablement trop anciens pour être dignes d'intérêt à ses yeux.

Nous retrouvons donc ici l'hypothèse homéostatique déjà évoquée à propos des automutilations de l'enfant (cf. II.1.1.b, p. 62), et aussi l'influence des recherches concernant la privation sensorielle. Il est probable en outre que Zuckerman ait influencé à son tour l'étude du tempérament chez l'enfant et sa compréhension en termes de niveau de stimulation optimal, telle que nous l'avons résumée au début de ce travail (cf. I.1, p. 20).

La notion de recherche de sensations recouvre un large champ de comportements, et Zuckerman a tenté d'en identifier les composantes par l'intermédiaire de l'analyse factorielle. Il a ainsi mis en évidence quatre sous-facteurs : la *recherche d'aventures et de frissons* inclut par exemple des attitudes de prise de risque physique, telles que les sports à risque. La *recherche d'expériences*, aussi bien intellectuelles que sensorielles, constitue un deuxième sous-facteur. La *désinhibition*, elle, désigne par exemple l'utilisation de substances psycho-actives, la pratique du jeu et la recherche d'ivresse ou d'expériences sexuelles variées. Enfin, la *susceptibilité à l'ennui* reflèterait une faible tolérance à la monotonie.

Selon Carton (2002), Zuckerman n'a jamais précisé le sens qu'il accordait au terme de sensation. Elle se demande s'il ne serait pas préférable de parler de recherche de *stimulations*, voire de recherche d'*éprouvés*. Comme il n'y a pas de prise en compte, dans la conception de Zuckerman, de ce que recherchent *subjectivement* les individus dans les sensations, plusieurs hypothèses sont possibles, et des motivations très différentes peuvent les animer. Par exemple, chez certains, la recherche de sensations peut correspondre à une recherche d'émotions, alors que chez d'autres, les sensations seraient recherchées précisément pour ne pas éprouver d'émotions (p. 94). Ce dernier cas de figure évoque les travaux de Jeammet (1995, 2000) concernant l'addiction. Carton évoque une sorte de continuum sur lequel peut être située la recherche de sensations, ce qui implique des clarifications à établir :

L'étude du devenir psychique de cette stimulation apparemment recherchée et des fonctions qu'elle vient assurer passe [...] par la clarification des éprouvés auxquels elle

conduit, d'une recherche d'activation corporelle jusqu'à la recherche des émotions les plus riches et différenciées, voire d'une recherche d'affect, et par l'exploration simultanée de la capacité du sujet à percevoir, reconnaître, identifier et nommer ses propres sensations et émotions (ainsi que celles d'autrui) (2002, p. 96).

#### IV.1.3. LES CONCEPTIONS PSYCHOLOGIQUES : LE CARACTÈRE ÉMOTIF\*

À partir de la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, on voit apparaître dans les conceptions du caractère le type *émotif*, caractérisé par la forte vibration intérieure et une tendance à être remué, à éprouver des émois dans toutes sortes de situations. Rien d'étonnant, certes, à ce que cette nouvelle dimension ait fleuri en plein romantisme. On peut cependant tout de même s'interroger sur son absence antérieure. Comme les sensations, les émotions ont été peu mentionnées auparavant dans les descriptions du caractère ou du tempérament. En ce qui concerne les sensations, nous avons tenté de le comprendre par la méconnaissance antérieure de leur fonctionnement et de celui du système nerveux. Mais cette hypothèse ne peut pas être retenue à propos des émotions. En réalité, si l'émotivité semblait absente des descriptions du tempérament ou du caractère avant l'âge moderne, c'est parce que sa place était ailleurs, à savoir dans le champ des passions que nous discuterons ci-dessous. Les passions englobaient à l'origine tout le champ émotionnel, et ce n'est qu'à partir de Kant que les émotions ont été isolées des passions.

Auparavant, les passions et tout ce qui renvoyait aux émotions était plutôt abordé par les philosophes sous l'angle moral. Tout le monde pouvait être la proie des passions, et l'enjeu consistait à savoir comment faire en sorte que la raison triomphe, ou du moins ne soit pas submergée par les débordements émotionnels. Ce n'est qu'à partir du moment où le moral (au sens d'éthique) et le psychologique ont commencé à être distingués que sont apparues dans les typologies psychologiques des catégories caractérisées par la difficulté à contrôler les émotions ou à dominer les passions. C'est alors qu'ont émergé le « passionné » comme un type particulier de caractère, de même que la catégorie diagnostique de *moral insanity* (Pritchard).

Une fois les émotions distinguées des passions, elles n'apparaissent plus comme un fléau que la faculté de raison se devait de maîtriser, elles devenaient au contraire elles-mêmes le produit d'une faculté. Le « sensible » ou « l'émotif » ont ainsi progressivement quitté le domaine des condamnés de la morale et se sont vus attribuer une place spécifique dans le

---

\* Le tableau 2 ci-dessous (p. 147) résume les typologies psychologiques mentionnées

champ de la psychologie des facultés qui s'est développée dans le courant du XIX<sup>e</sup> siècle. On peut évidemment remarquer que cette « réhabilitation » est également parallèle au développement de la neurophysiologie. En effet, tant que les passions surgissaient et assaillaient l'âme de façon imprévisible et incompréhensible, elles étaient appréhendées comme extérieures et de nature diabolique. À la même époque où on a parlé de sensibilité, où on a identifié le système nerveux et commencé à en saisir la complexité, l'émotion a perdu de son pouvoir démoniaque : on pouvait en localiser un support interne et en analyser les mécanismes.

Pour autant, l'émotion n'était pas nécessairement réduite à un phénomène nerveux, car en quittant le domaine religieux et éthique, sa dimension proprement psychologique pouvait elle aussi faire l'objet d'une analyse. Même si nous avons souligné l'influence de l'anatomiste von Haller dans l'introduction de la notion de « sensibilité » comme une faculté, la psychologie de l'âge romantique a aussi étudié l'émotion sous un angle purement psychique. Ribot (1896) considère que c'est surtout d'Angleterre qu'est venu ce courant psychologique, alors qu'en Allemagne, l'approche physiologique demeurait dominante, comme chez Wundt :

La théorie psychologique est plus récente et me paraît d'origine anglaise. On sait que Stuart Mill réclamait la constitution d'une "Éthologie" ou science du caractère qui serait déduite des lois générales de la psychologie. C'est à cet appel que Bain paraît avoir essayé de répondre dans son livre : *Study of Character* (1861). [...] Il importe seulement de noter que la position de Bain est strictement, rigoureusement psychologique : il admet trois types fondamentaux, intellectuel, émotionnel et volitionnel ou énergique (p. 384).

Pourtant, c'est bien d'Allemagne que provient probablement la première typologie psychologique incluant la sphère affective, puisqu'on la doit à Kant. Dans son *Anthropologie du point de vue pragmatique* (1798), celui-ci reprend les tempéraments classiques (sanguin, mélancolique, colérique, flegmatique), ce qui explique son rattachement par Ribot aux théories physiologiques. Cette attribution ne nous paraît cependant pas justifiée, car même si Kant fait allusion au support biologique des tempéraments, c'est sur des critères psychologiques qu'il fonde leur distinction (cf. Malapert, 1906, cité dans la discussion de ce chapitre, p. 140). Le philosophe allemand précise en effet : « Car pour attribuer sans erreur à un homme l'étiquette d'une classe particulière, il n'est pas nécessaire de connaître au préalable le mélange chimique du sang qui autorise la désignation de telle propriété du tempérament, mais les sentiments et les tendances dont la combinaison a été observée chez lui ». Les principaux critères psychologiques auxquels il fait appel sont les sentiments et

l'activité, et les tempéraments sont d'abord divisés en fonction de la faculté dominante : le sanguin et le mélancolique sont les tempéraments du sentiment (*Gefühl*), et le colérique et le flegmatique sont les tempéraments de l'activité.

Ribot (1896) propose également une classification de type psychologique. Même s'il appelle *sensitif* l'un des deux types principaux qu'il dégage, ce n'est pas en référence à la physiologie, mais à partir d'un point de vue psychologique : « La vie psychique, considérée dans sa plus haute généralité, se ramenant à deux manifestations fondamentales : sentir, agir ; nous avons d'abord deux grandes divisions, les sensitifs et les actifs » (p. 388 ; il ajoute un troisième type, « apathique », lié à un abaissement du sentir et de l'agir).

On retrouve donc ici la distinction principale établie par Kant. Mais on ne manquera pas de remarquer que l'apparition de cette dichotomie toute psychologique entre sentir et agir est contemporaine de l'évolution médicale et biologique retranscrite plus haut, qui a vu se développer une opposition fondamentale entre sensation et mouvement, entre les systèmes nerveux et musculaire (cf. IV.1.1, p. 120). Cette distinction aura également une place importante dans le modèle conceptuel de Rorschach (1921), pour qui le « type de résonance intime » résulte du rapport entre les réponses impliquant un mouvement (« kinesthésies ») et celles déterminées par la couleur, que Rorschach associait à l'affectivité.

Ribot (1896) précise que les sensitifs pourraient tout aussi bien être appelés les « affectifs » ou les « émotionnels ». Ils ont pour marque propre la prédominance exclusive de la sensibilité, avec une tendance à ce que Jung appellera l'introversion : « Impressionnables à l'excès, ils ressemblent à des instruments en vibration perpétuelle et ils vivent surtout intérieurement » (p. 388). Ribot distingue trois sous-catégories de sensitifs : les humbles, à la sensibilité excessive, à l'intelligence médiocre, à l'activité nulle ; les contemplatifs, à la sensibilité vive, à l'intelligence aiguisée, à l'activité nulle ; et enfin les émotionnels, à l'impressionnabilité extrême, à l'intelligence subtile, à l'activité spasmodique et intermittente.

À la même époque (1895), Fouillée [1838-1912] proposait également une classification d'origine psychologique fondée sur trois facultés fondamentales, inspirée de la conception platonicienne de la tripartition de l'âme. Trois types de caractères sont ainsi dégagés, à savoir le sensitif, l'intellectuel et le volontaire. Les sensitifs sont subdivisés eux-mêmes en trois catégories, en fonction de leur degré d'intelligence et de volonté.

L'une des typologies qui connut le plus grand succès fut celle proposée par les Hollandais Heymans et Wiersma (1909), qui ont fait de l'émotivité l'une des trois dimensions principales à partir desquelles on peut définir le caractère, en interaction avec l'activité (besoin spontané d'agir) et le retentissement des représentations (immédiat chez le « primaire » et de plus longue portée chez le « secondaire »). À noter que cette dernière notion de retentissement provient de la neurophysiologie. En effet, les auteurs hollandais l'ont empruntée au neurologue et psychiatre allemand Otto Gross [1877-1920] (Gaillat, 2004).

Parmi les émotifs, on aboutit ainsi à quatre sous-catégories : le *passionné* (Actif, Secondaire), qui aurait le sens de la grandeur et serait animé par une ambition réalisatrice et le sentiment d'avoir une œuvre à accomplir ; le *colérique* (Actif, Primaire), à l'activité plus improvisée, aux réactions promptes et impétueuses ; le *nerveux* (non Actif, Primaire) à l'humeur changeante, ayant besoin de divertissements et de stimulations, inconstant, instable ; et le *sentimental* (non Actif, Secondaire), rêveur, méditatif, replié sur lui-même, timide, scrupuleux.

Ici comme chez Wundt, on retrouve donc les tempéraments classiques. Tout se passe comme si, dans la galerie de portraits proposée par l'histoire, les personnages étaient toujours les mêmes, seule la toile de fond étant adaptée à l'air du temps. Après avoir été envisagés comme des combinaisons d'humeurs, voilà donc les tempéraments compris comme des combinaisons de *facteurs* fondamentaux : émotivité, activité et retentissement. Ces combinaisons rappellent celles de la chimie, où les mêmes éléments fondamentaux, une fois mélangés, donnent lieu à des entités spécifiques qui ne se réduisent pas à l'addition de ces éléments. La théorie de la forme (*Gestalt*) est dans l'air du temps, ce qu'on retrouve également dans d'autres modèles, en particulier celui de Malapert que nous présenterons ci-dessous, et qui a insisté déjà en 1903 sur l'importance de l'étude des liens entre les dimensions plutôt que sur leur analyse isolée.

En France, les travaux de Heymans et Wiersma ont été développés par Le Senne (1945) puis par Berger (1950), disciple de ce dernier. Ces chercheurs ont ajouté d'autres facteurs aux trois isolés par les auteurs hollandais, et on aboutit ainsi avec Berger à neuf facteurs. Parmi les nouvelles dimensions proposées, on trouve chez Berger celle des intérêts sensoriels ou sensorialité, reflétant la facilité de jouissance par le moyen du message sensoriel qui fait rechercher le renouvellement des sensations agréables. Cette dimension, distincte de l'émotivité, est à signaler parce qu'elle renvoie à une recherche active des sensations, et pas

simplement à une réactivité émotionnelle à des stimuli divers. Elle préfigure de ce point de vue la notion de recherche de sensations développée par Zuckerman et que nous avons évoquée plus haut.

Toujours en France, on peut mentionner encore les travaux de Delmas et Boll (1922), qui identifiaient quatre « tendances », avec cette fois, aux côtés de l'émotivité et de l'activité, la bonté et la sociabilité.

Nous ne ferons pas un inventaire exhaustif des typologies psychologiques incluant un type « émotif » ou « sensitif ». Nous nous arrêterons cependant sur un ouvrage de Malapert [1862-1937] qui figura parmi les plus influents au début du XX<sup>e</sup> siècle.

#### IV.1.3.a. La conception de Malapert

Intitulé « Les éléments du caractère et leurs lois de combinaison » (1906), cet ouvrage propose une classification selon les différentes facultés identifiées alors. C'est ainsi qu'un chapitre est réservé respectivement à la sensibilité, à l'intelligence, à l'activité et à la volonté. Dans celui consacré à la sensibilité, Malapert précise que le tempérament spécifique à chaque individu le prédispose à éprouver, avec plus ou moins de force, sensations, sentiments, émotions. Comme nous l'avons fait dans le présent travail, il choisit la notion d'esthésie pour qualifier ce mode général de réactivité : « On pourrait dire qu'il est des hommes qui sont naturellement hyperesthésiés, d'autres normalement anesthésiés ou mieux hypo-esthésiés. Les cas pathologiques nous montrent avec un relief saisissant ce qui, dans la vie ordinaire, ne se manifeste que par des différences moins fortement accusées » (p. 27).

Malapert distingue quatre types dans le registre de la sensibilité : les apathiques, à faible sensibilité ; les sensitifs, de sensibilité vive et généralement passagère et superficielle ; les émotifs, de sensibilité profonde, où les états affectifs font vibrer l'être tout entier ; et enfin les passionnés, de sensibilité à la fois vive et ardente, fougueuse, impétueuse, qui s'emportent dans un sens défini. On peut noter que les émotifs sont subdivisés en mélancoliques et en irritables-impulsifs, ce qui préfigure d'une certaine façon la subdivision actuelle qu'établit l'OMS dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10, 1993) dans le champ des troubles de la personnalité, où la personnalité dite « émotionnellement labile » comprend deux sous-types, à savoir un type « borderline » et un type « impulsif ».

Comme beaucoup de psychologues de son époque, Malapert a également tenté de dégager des types dans les autres facultés comme l'intelligence, l'activité et la volonté. Mais la

particularité de cet auteur, c'est son insistance sur les rapports entre les différents aspects du caractère. Il ne se contente pas de faire un inventaire des combinaisons possibles entre les divers types de sensibilité, d'intelligence, d'activité et de volonté. Il ne se satisfait pas d'une psychologie du caractère où on parviendrait à broser le portrait d'un individu en mettant côte à côte ses « mensurations » dans les différentes facultés communément reconnues, comme on le ferait sur le plan physique en mentionnant sa taille, son poids, la couleur de ses yeux et de ses cheveux. Il se montre particulièrement attentif aux liens qui peuvent s'observer entre les sous-types de chaque faculté, comme le signale d'emblée le titre de son ouvrage. En d'autres termes, il met l'accent sur la *forme*, sur les rapports entre les éléments, en dénonçant les limites d'une analyse qui se contenterait de mesurer les dimensions isolément :

Ce qui est vrai, surtout, c'est que, si tous les *degrés* d'intelligence sont compatibles avec tous les *degrés* de sensibilité [...], – du moins telle ou telle *forme* d'intelligence s'accommode mieux de telle ou telle *forme* de sensibilité. En un mot l'apathique, le sensitif, l'émotionnel, le passionné sont naturellement inclinés vers certaines qualités et certains défauts d'esprit ; ils sont en quelque sorte prédestinés à posséder une nature définie d'intelligence, à l'exclusion des autres.

Ce sont précisément ces rapports très délicats de coexistence ou d'exclusion, ces lois de corrélation entre les modes de la sensibilité et ceux de l'intelligence qu'il faut essayer d'esquisser (p. 129, souligné par l'auteur).

Cette attitude permet de considérer Malapert comme un des premiers représentants du structuralisme dans le domaine de la psychologie de la personnalité, structuralisme qui était en germe à cette époque dans diverses disciplines, sans être encore formalisé (Lantéri-Laura, 2000). Alfred Binet, chargé de faire la critique de l'ouvrage lors de sa première édition en 1903 pour la revue *l'Année psychologique*, n'a pas manqué de relever l'originalité de cet auteur : « Monsieur Malapert, dit-il, après avoir discuté d'autres définitions, donne la sienne, qui est plus compréhensive : le caractère, c'est la somme, *ou mieux le système particulier* constitué par la réunion, *selon certains rapports spéciaux*, des diverses dispositions psychiques qui se rencontrent dans une personne donnée » (p. 493, souligné par nous).

Il est remarquable que Binet, en 1903 déjà, se soit repris en substituant le terme de « système » à celui de « somme », pointant ainsi sur une distinction qui allait devenir emblématique de la théorie de la forme (*Gestalttheorie*), et d'une façon plus générale, du structuralisme dans les différents discours scientifiques. Rappelons que, comme Binet dans le commentaire cité, de Saussure parlait de système et non pas de structure, terme qui s'est imposé par la suite, si bien qu'on a attribué au linguiste la paternité d'un courant dont il n'avait guère prononcé le nom.

Le projet de Malapert de mettre l'accent sur les rapports entre, par exemple, les types de sensibilité et les types d'intelligence, s'avérait prometteur et ouvrait des perspectives nouvelles. Pourtant, il restera lettre morte. Le XX<sup>e</sup> siècle verra se succéder et se côtoyer de nombreuses classifications du caractère incluant l'émotivité ou la sensibilité comme une faculté dont le rapport avec les autres ne sera pas étudié au-delà de la simple combinatoire, conformément au modèle de l'analyse factorielle dont ces classifications sont issues ou du moins influencées dans leur évolution.

#### IV.1.3.b. Les modèles issus de l'analyse factorielle

Dans le champ des typologies issues de l'analyse factorielle, l'un des auteurs les plus influents fut le psychologue britannique d'origine allemande Hans Eysenck (1947). Nous avons choisi de situer sa doctrine dans les conceptions psychologiques, en suivant Pichot (1995), même si elle est aussi « étayée sur des éléments expérimentaux empruntés aux domaines morphologiques, neurophysiologiques et autres – y compris psychopharmacologiques » (p. 18). Eysenck dégagait trois facteurs principaux, à savoir l'extraversion (E), le névrosisme (N) et le psychotisme (P). Dans ce modèle, la dimension névrosisme reflète l'instabilité émotionnelle, et on trouve dans certaines publications de l'auteur le trait « émotif » parmi ceux rangés sous la dimension N (Eysenck et Eysenck, 1985). Cependant, l'émotivité dont il est question ne concerne que les affects négatifs, car les émotions positives sont corrélées, elles, avec la dimension extraversion (Hansenne, 2004). C'est aussi dans cette dernière dimension que figure la notion de recherche de sensations. Autrement dit, un sujet qui serait hyperémotif aussi bien dans un sens positif que dans un sens négatif apparaîtrait dans ce modèle comme un extraverti (E) émotionnellement instable (N).

Il en va de même du modèle dit des « cinq facteurs » ou « *Big five* », autour duquel s'est dégagé un large consensus. Ce modèle s'est développé sur la base de plusieurs études effectuées à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, tout d'abord par Fiske, puis par d'autres chercheurs parmi lesquels on retient surtout Norman, et plus récemment McCrae et Costa (Zuckerman, 1991). Selon Zuckerman, les trois premiers des cinq facteurs correspondent aux trois facteurs dégagés par Eysenck. Chez Fiske par exemple, le facteur correspondant au névrosisme (mais de façon inversée) est appelé « contrôle émotionnel » : « inébranlable, autonome, placide, expression émotionnelle limitée vs facilement bouleversé, soucieux, anxieux, dépendant » (cité par Zuckerman, 1991, p. 34). Chez Norman, ce facteur est appelé « stabilité émotionnelle ».

Or, dans le modèle des cinq facteurs, on retrouve généralement comme sous-facteur de la dimension « extraversion » la recherche de sensations ou une notion avoisinante, telle que celle de « recherche d'excitation personnelle » (Cloninger, 1996, p. 86).

On peut noter cette fois la disparition de toute réminiscence des tempéraments classiques, aussi bien dans la dénomination des dimensions que dans leur nombre, qui passe de trois... à cinq.

Un autre modèle développé à l'aide de l'analyse factorielle est celui proposé par R. B. Cattell (1943), que certains considèrent comme « le géomètre pionnier au royaume de la personnalité » (Digman, cité par Cloninger, 1996, p. 93), et qui a suscité de très nombreuses recherches pendant plusieurs dizaines d'années. Cattell aboutit à 16 facteurs, et il mit au point en 1949 un questionnaire, le « 16PF », permettant de déterminer le profil d'un individu par rapport à ces traits. L'un d'eux correspond plus particulièrement au domaine de l'émotivité, à savoir le facteur « C ». Celui-ci se décline sur un pôle « soumis aux affects » (affectivement moins stable, s'irritant facilement) opposé à un pôle « affectivité stable » (mûr, qui affronte la réalité, calme). Notons au passage que ce modèle est l'un des rares contemporains à donner une place à la notion de calme. Un autre facteur recouvre même plus directement cette notion, à savoir le facteur « Q4 », qui comprend un pôle « détendu » (tranquille, calme, qui manifeste peu d'énergie, qui éprouve peu de frustration) et un pôle « tendu » (frustré, surmené, qui manifeste beaucoup d'énergie). Il semble que l'hyperesthésie, telle que nous l'étudions dans le présent travail, se traduirait dans ce modèle par un score polarisé du côté « tendu » et « soumis aux affects ».

#### IV.1.3.c. Hyperesthésie et extraversion : la typologie de Jung

Le lien entre hyperesthésie et extraversion est sujet à controverse, et il s'avère finalement peu clair. Même si Eysenck a inclus la recherche de sensations dans la dimension E (extraversion), Zuckerman (1991, p. 33) fait remarquer qu'il l'avait tout d'abord intégrée dans la dimension P (psychotisme). Cette ambiguïté proviendrait du fait que certaines sous-échelles de la recherche de sensations étaient davantage corrélées avec E, et d'autres avec P. Selon Zuckerman, la plupart des types de recherche de sensations devraient être rangés sous P et quasiment aucun n'a de saturation factorielle majeure dans E. Pour lui, le comportement non conformiste est une composante centrale de la recherche de sensations, or le conformisme constitue l'extrémité opposée de la dimension P :

Norman, Eysenck, McCrae et Costa situent la recherche de sensations (aventureux) dans la dimension *extraversion*. Le conformisme étant l'extrémité opposée de la

dimension P, cela suggère que l'on devrait placer la recherche de sensations dans la dimension P, car le comportement non conformiste est une composante saillante de la recherche de sensations (p. 36).

Historiquement, sous certains de leurs aspects, les sensations ont été rattachées non pas à l'extraversion mais au contraire à l'introversion, et on devrait alors s'attendre à une corrélation négative entre sensations et extraversion. Par exemple, nous avons vu que pour Ribot (1896), le type « sensitif » ou « émotionnel » est décrit comme vivant surtout intérieurement. De même, Kretschmer [1888-1964] établit un lien entre schizoïdie et hyperesthésie. Le retrait relationnel qui caractérise la schizoïdie, et qui la situe donc dans le champ de l'introversion, peut s'accompagner d'une vie intérieure tourmentée par une « hyperexcitabilité psychique », alors que le schizoïde est plus souvent décrit comme insensible. Pour Kretschmer, c'est précisément la coexistence de l'insensibilité et de l'hyperesthésie qui caractérise la schizoïdie : « Mais l'on ne possède la vraie clef des tempéraments schizoïdes que si l'on a bien présent à l'esprit le fait que la plupart des schizoïdes ne sont pas hyperesthésiques *ou* froids, mais hyperesthésiques *et* froids à la fois, et ceci dans des proportions très différentes » (1921, p. 155). L'auteur propose la notion de « psychesthésie » pour décrire la part d'hyperesthésie et la part d'insensibilité pour les excitations psychiques chez un individu. Alors que le tempérament cycloïde se reconnaît par une oscillation de l'humeur, le tempérament schizoïde se caractérise par une oscillation de la sensibilité psychique : « La proportion dans laquelle les éléments hyperesthésiques et anesthésiques de l'échelle de tempérament schizoïde se superposent chez chaque schizoïde constitue sa "proportion psychesthésique" » (p. 156). Chaque tempérament schizoïde serait ainsi susceptible d'être situé par rapport à deux pôles, un pôle sensible et un pôle froid, de la même façon que chaque tempérament cycloïde peut être situé par rapport à un pôle gai et un pôle triste (p. 248).

Le rapport entre extraversion et hyperesthésie s'avère donc complexe. Rappelons que la dimension « extraversion » est inspirée de la typologie de Jung (1920). Cet auteur distingue quatre types psychologiques, selon la fonction fondamentale qui y prédomine, à savoir la pensée, le sentiment, l'intuition ou la sensation. Il reconnaît avoir été tenté dans un premier temps d'associer chaque type dégagé avec un pôle particulier de la dimension introversion / extraversion. Ainsi par exemple, dans ses premières publications sur ce sujet, il avait considéré ce qu'il appelle le type « pensée » comme introverti, et le type « sentiment » comme extraverti. Mais par la suite, il considéra cette association comme insatisfaisante :

« [...] Je reconnus toutefois la nécessité de classer les types introverti et extraverti dans une catégorie supérieure aux types fonctionnels. Cette distinction est parfaitement justifiée par l'expérience » (p. 476).

En considérant la dimension introversion / extraversion comme indépendante des types fondamentaux, il parvenait à proposer une description nuancée de chacun d'eux, doté dès lors d'une double polarité. Pour le thème qui nous occupe, il aboutit ainsi à décrire un type « sensation » qui peut se décliner soit sur un mode extraverti, soit sur un mode introverti. Le « type sensation extraverti » est dirigé vers la réalité extérieure : « Son thème constant est de sentir l'objet, d'avoir des sensations et si possible d'en jouir. [...] Il recherche uniquement la sensation la plus forte, qui doit, comme le veut sa nature, toujours venir du dehors. Ce qui vient du dedans lui paraît maladif et condamnable » (p. 357-8). Le « type sensation introverti », quant à lui, s'occupe de la perception subjective suscitée par la stimulation : il « s'oriente d'après l'intensité de la participation sensitive subjective, déclenchée par l'excitation due à l'objet. On comprend donc qu'il n'y ait aucun rapport proportionnel entre objet et sensation, mais un rapport non proportionnel et tout arbitraire. On ne peut donc pour ainsi dire jamais prévoir ni ce qui fera, ni ce qui ne fera pas impression » (p. 388).

Ainsi, en dédoublant les types fondamentaux et en particulier le type « sensation », Jung résout le paradoxe de l'association faite tantôt entre sensations et introversion, comme chez Ribot ou chez Kretschmer, et tantôt entre sensations et extraversion, comme chez Eysenck.

Tout dépend évidemment de ce que l'on entend par « sensations » : si on fait allusion à des phénomènes essentiellement physiques, on peut s'attendre à une corrélation entre la recherche de telles sensations et l'extraversion, dans la mesure où elle met en jeu un investissement du concret et du monde externe plutôt que du monde intérieur, même si cet investissement peut se faire sur un mode subjectif, comme le signale Jung. Si, en revanche, on inclut dans la recherche de sensations des phénomènes davantage mentalisés et donc intériorisés, comme par exemple la recherche d'expériences intellectuelles chez Zuckerman (1991), on peut alors s'attendre à voir ce lien soit s'estomper, soit s'inverser.

Mais le modèle d'Eysenck ou le *Big five* autorisent difficilement l'association entre sensations et introversion, à moins qu'il s'agisse d'éprouvés négatifs, car la recherche de sensations et les émotions positives sont associées avec l'extraversion. En effet, ces modèles accordent peu de chances à l'introverti de s'épanouir émotionnellement. Rappelons qu'ils dissocient les

émotions positives des émotions négatives, plusieurs études ayant démontré que les premières (comme la joie) étaient corrélées avec le pôle « extraversion » de la dimension E, et les secondes (comme la tristesse et la peur) avec le pôle « instabilité émotionnelle » de la dimension N (Hansenne, 2004). Les résultats sont similaires si on étudie *l'expression* des émotions plutôt que leur simple expérience :

En conclusion, les individus qui expriment facilement leurs émotions positives sont extravertis, agréables et ouverts. À l'inverse, les individus qui expriment plutôt des émotions négatives sont émotionnellement instables (neuroticisme). En mettant ces données ensemble, on peut affirmer que les individus qui expriment leurs émotions, sans faire référence à la valence de celles-ci, sont extravertis, agréables, ouverts et instables. On peut aussi dire que les individus qui n'expriment pas leurs émotions, indépendamment de celles-ci, sont introvertis, peu agréables et peu ouverts. Ces différences d'attitude ont bien évidemment des répercussions sur le bien-être en général (*ibid.*, p. 251).

Les introvertis sont-ils moins doués pour le bonheur ? Ou bien ne compromettent-ils pas surtout celui des psychologues ? Nous avouons notre scepticisme face à cette polarisation des émotions, et notre crainte face à l'attitude qu'elle risque d'entraîner chez les psychothérapeutes, en cautionnant un encouragement aveugle de l'extériorisation émotionnelle.

En associant la recherche de sensations avec l'extraversion, le modèle d'Eysenck limite le lien entre sensations et émotions aux seules émotions positives. Zuckerman, lui, va plus loin puisqu'il range la recherche de sensations dans la dimension psychotisme (P). En le faisant, il coupe totalement les sensations des émotions, aussi bien positives (E) que négatives (N). Ce qui apparaît tout aussi surprenant, c'est précisément qu'il ne s'en étonne guère : nous n'avons trouvé par exemple aucun commentaire à ce sujet dans son volumineux ouvrage synthétique, comme s'il était évident qu'aucune corrélation ne serait à attendre entre sensations et émotions, alors que la plupart des auteurs qui en ont parlé les ont associées spontanément. C'est aussi justement le cas de Jung (1920), qui range les émotions du côté des sensations, même si sa typologie peut faire penser le contraire au premier abord. En effet, rappelons qu'il distingue parmi ses quatre types fondamentaux un type « sensation » et un type « sentiment ». Certains commentateurs, en faisant la synthèse de sa conception, rangent les émotions dans la catégorie « sentiment », comme par exemple Cloninger (1996) : « La dimension *Pensée-Sentiment* décrit des modes alternatifs de formation des jugements. Les choix en la matière peuvent être fondés sur la logique (pensée) ou sur l'émotion (Sentiment) » (p. 98, souligné par l'auteur). Or, Jung a eu le souci de consacrer le dernier chapitre de ses *Types psychologiques* à

des définitions. Dans ce chapitre, il précise ce qu'il entend par émotion ou affect, qui sont pour lui synonymes. Ce vécu se distingue du sentiment par le fait qu'il implique une « innervation corporelle » qu'on ne trouve pas dans le sentiment, ou du moins pas d'une façon perceptible pour le sujet. Cette composante sensorielle « rapproche davantage l'affect de la sensation et le distingue nettement de l'état de sentiment » (p. 405).

#### IV.1.4. DISCUSSION : DU PHYSIOLOGIQUE AU PSYCHOLOGIQUE, DU CATÉGORIEL AU DIMENSIONNEL

Nous avons tenté de retrouver les origines historiques de l'hyperesthésie dans les descriptions du caractère. La notion de sensation étant à cheval entre le physique et le psychique, nous avons distingué les typologies plutôt psychophysiologiques et les typologies plutôt psychologiques. Or, cette séparation peut apparaître artificielle et illusoire, non pas dans le sens où les aspects physiologiques et les aspects psychologiques seraient inséparables, mais plutôt dans le sens où toutes les typologies proposées seraient en réalité psychologiques. Telle est l'opinion de Malapert (1906) :

Comment, si la théorie des tempéraments ne reposait pas sur une base sérieuse, expliquer qu'en dernière analyse on s'accorde à peu près sur le nombre et les caractères essentiels des tempéraments-types ? La réponse nous paraît bien simple. Toutes les classifications des tempéraments sont à base psychologique. Qu'on relise toutes les descriptions qui en ont été tant de fois données, d'Hippocrate à Cabanis, de Kant à M. Fouillée, on s'apercevra bien vite que toutes les indications essentielles en sont prises de la vie psychologique. [...] Il y a des gens gais, enjoués, d'autres tristes, renfermés, d'autres violents, colères, irritables, d'autres enfin indifférents, indolents ; voilà les quatre tempéraments. Et alors, après coup, on rattache plus ou moins artificiellement ou arbitrairement ces traits psychologiques à des particularités physiologiques indéterminées et indéterminables, pour lesquelles on propose des théories explicatives aussi diverses qu'indémontrées. L'accord final n'est plus bien merveilleux, et ne constitue pas une preuve en faveur de la théorie du tempérament. Il n'en faut pas conclure que la classification des caractères doit reposer sur celle des tempéraments, puisque, au contraire, *on ne définit les tempéraments qu'en termes psychologiques* (Malapert, 1906, p. 12, souligné par l'auteur).

Plus d'un siècle plus tard, la question demeure toujours ouverte. Par exemple, nous avons vu que Zuckerman (1991) a développé ce qu'il a appelé une « psychobiologie » de la personnalité. Selon lui, les traits fondamentaux de la personnalité auraient leur fondement biologique dans la structure et la physiologie du système nerveux. Cependant, il ajoute : « Mais la découverte de ce fondement exigerait *d'abord* leur classification » (p. 65, souligné par nous). En d'autres termes, la biologie est convoquée afin de valider une classification psychologique préétablie.

Mais peut-il en être autrement ? D'un côté, on peut arguer que toute classification des tempéraments ne peut être que psychologique, puisqu'il s'agit bien en fin de compte de classer des « traits », des habitudes, à partir de comportements observables. Mais d'un autre côté, si on affirme que ces traits ont un *fondement* biologique, on postule une relation causale qu'on devrait pouvoir démontrer. En d'autres termes, on devrait aboutir à une typologie biologique permettant de prédire la typologie psychologique. L'Antiquité avait proposé une telle typologie fondée sur les humeurs, que les progrès des connaissances en biologie ont rendue caduque. Les espoirs se sont alors reportés sur le système nerveux. Or, malgré la profusion de recherches menées à grands renforts de statistiques, la démonstration d'un lien entre des différences de structure nerveuse et des différences de tempérament demeure peu satisfaisante à l'heure actuelle.

Il serait évidemment abusif d'en conclure qu'un tel lien n'existe pas. Même les psychanalystes, qui sont enclins à insister sur les facteurs relationnels, et donc acquis, du développement du caractère, attribuent parfois une place importante aux facteurs constitutionnels, génétiques ou congénitaux. Par exemple, Fain (in Kreisler *et al.*, 1974) rattache à de tels facteurs la tendance chez un enfant à réagir au déplaisir plutôt par l'excitation, par l'inhibition, ou par un cycle excitation-inhibition, ce qui semble préfigurer certains travaux récents que nous avons mentionnés à propos du tempérament de l'enfant et en particulier de son irritabilité (cf. I.1, p. 20). En outre, selon lui, « les possibilités de réagir par l'auto-excitation des zones érogènes à la carence vient certainement d'un facteur constitutionnel » (p. 476). On peut se demander si la prise en compte de facteurs constitutionnels n'est pas plus fréquente chez des auteurs ayant une pratique avec des nourrissons. Cette expérience les confronte à des différences très précoces et très marquées de réactions, de tonus, de comportements habituels d'un enfant à l'autre, différences qui sont difficilement explicables par les interactions puisque celles-ci sont au stade de l'ajustement réciproque. Zuckerman (1991), dans l'introduction de son ouvrage, rapporte son scepticisme croissant face aux théories environnementalistes, aussi bien psychanalytiques que comportementalistes, scepticisme alimenté non seulement par sa pratique clinique mais aussi par son expérience parentale : « Quel père peut rester environnementaliste convaincu après l'arrivée de son second enfant ? » (p. 9). Nous avons vu que depuis plusieurs années, la question ne se pose plus en termes d'alternative entre constitution et environnement et que la notion de tempérament, d'origine constitutionnaliste, inclut aujourd'hui chez l'enfant une interaction entre bagage constitutionnel et environnement (cf. I.1, p. 20).

Comment comprendre alors la difficulté à relier des différences de tempérament avec des différences biologiques ? Certes, du côté biologique, les neurosciences ont encore de très nombreuses questions à résoudre, et on peut se raccrocher à l'idée que quelques siècles de plus permettront de mettre enfin toute la lumière sur ces questions. Mais du côté de la description des tempéraments, on peut se demander si l'origine de ce relatif échec n'est pas davantage à rechercher dans la méthode utilisée. Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, et comme nous l'avons vu, la méthode de l'analyse factorielle a été privilégiée en psychologie. Créée par le psychologue Charles Spearman [1863-1945] en 1904, cette méthode s'accorde avec un modèle de description de la personnalité appelé dimensionnel, par opposition au modèle catégoriel ou typologique. Selon le modèle catégoriel, chaque sujet devrait pouvoir être rangé dans une classe à l'exclusion des autres. Ce modèle, issu de la biologie, est privilégié en médecine depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, et il demeure le modèle utilisé dans les classifications médicales (Pichot, 2002). Dans le modèle dimensionnel, issu de la psychologie, chaque sujet obtient un score particulier dans chaque dimension, ce qui permet d'établir son profil sur un continuum. Les sujets ne sont plus répartis dans des catégories exclusives, ils sont tous décrits avec les mêmes traits dans lesquels ils obtiennent simplement des pondérations différentes. Le modèle dimensionnel est en passe de prendre le dessus et d'être adopté par les classifications médicales des troubles de la personnalité. Selon Pichot (2002), cette transition est inéluctable :

L'approche dimensionnelle, formalisée par l'analyse factorielle, qui a démontré sa fécondité en psychologie différentielle est, en raison des inconvénients évidents de l'approche catégorielle traditionnelle, envisagée avec faveur et les controverses portent moins sur son adoption que sur le choix du système qui saura intégrer de manière optimale les données issues de la psychologie et de la psychophysiologie aux acquis de la tradition clinique (p. 31).

Or, on peut s'interroger sur l'adéquation de cette approche, en particulier en ce qui concerne le domaine extrêmement complexe de la personnalité, même s'il s'agit d'en analyser les composantes biologiques, plus facilement isolables que d'autres variables.

Debray et Nollet (2001) ne partagent pas l'optimisme de Pichot. Ils font une critique sévère des travaux issus de l'analyse factorielle, méthode qu'ils qualifient de « rempart bétonné de la psychologie expérimentale » :

Outre les problèmes méthodologiques majeurs qu'implique cette analyse, il faut tout de même rappeler que mesure et compréhension ne sont pas synonymes. Les botanistes du moyen âge classaient les plantes en trois catégories selon un critère de taille : les herbes, les arbustes et les arbres ; les anthropologues du XIX<sup>e</sup> siècle pratiquaient des mesures et calculaient des rapports sur le corps humain en fonction des contrées et des origines. Les uns et les autres auraient pu continuer fort longtemps

dans les mêmes voies sans aboutir à la classification de Linné et au code génétique. Il est temps que nous sortions de ce rêve embué des facultés psychologiques (p. 6-7).

En abandonnant les catégories pour les dimensions, ne jette-t-on pas le bébé avec l'eau du bain ? Ce que les dimensions gagnent en extension, elles le perdent fatalement en compréhension. Les dimensions deviennent des concepts très larges, qui peuvent recouvrir des motivations très hétérogènes, voire contraires. Envisager la dimension comme un continuum peut laisser penser de façon fallacieuse que la fonction que cette dimension remplit serait la même quel que soit le contexte dans lequel elle se rencontre.

Par exemple, selon le modèle de Zuckerman, la recherche de sensations revient fondamentalement à ce que nous avons appelé des « sensations compensatoires » dans la première partie de ce travail (cf. II.1.2.b, p. 70) : il s'agit de compenser un manque de stimulation pour atteindre un niveau moyen optimal. Or, ce modèle occulte toutes les autres motivations qui peuvent sous-tendre la recherche de sensations, telles que nous les avons décrites dans la partie consacrée à l'enfant.

Il est possible de rechercher des sensations pour augmenter le niveau d'excitation ou au contraire pour combattre une stimulation par une autre et obtenir un apaisement. Par ailleurs, nous avons cité plus haut la critique faite par Carton au modèle de Zuckerman, selon laquelle les sensations recherchées peuvent être plus ou moins mentalisées, et renvoyer tantôt à une recherche d'émotions, tantôt au contraire à une fuite des émotions par des sensations purement corporelles (cf. IV.1.2, p. 128). Le modèle dimensionnel ne permet pas de rendre compte de ces différences importantes : certes, il n'est pas faux d'affirmer qu'il s'agit bien d'une même dimension, ce que des méthodes statistiques permettent de vérifier. De ce point de vue, le modèle dimensionnel insiste sur des points communs entre les différents types, similitudes que le modèle catégoriel ignorerait. Mais de son côté, le modèle dimensionnel ignorera que la fonction remplie par le même trait ou comportement dans des contextes différents peut varier jusqu'à même s'inverser. Selon nous, la critique faite par le structuralisme à la méthode expérimentale au début du XX<sup>e</sup> siècle redeviendra d'actualité si le modèle dimensionnel supplante plutôt que complète le modèle catégoriel en psychopathologie.

Le modèle dimensionnel est présenté comme nouveau et par conséquent meilleur et plus abouti que le modèle catégoriel ou typologique, qui serait donc désuet. Telle est par exemple

l'opinion de Zuckerman, selon lequel la notion de dimension distingue les premières typologies de celles développées ultérieurement par la psychométrie : « Les anciens Grecs et les psychanalystes ont perçu les types comme des constellations de traits individuelles sans aucune continuité entre elles » (p. 21). En réalité, outre que rien ne permet d'affirmer en psychologie qu'il existe une corrélation entre la nouveauté des idées et leur valeur, certains modèles anciens comprenaient déjà un aspect dimensionnel et n'impliquaient pas des catégories exclusives, à commencer précisément par la doctrine antique des humeurs. C'est ce que fait remarquer Pichot (2002), dont l'affirmation suivante contredit celle de Zuckerman :

Bien que les travaux anciens sur le tempérament utilisent constamment le mot type, les descriptions de ceux-ci, ont dès l'origine dans la doctrine des quatre humeurs, implicitement adopté un modèle dimensionnel, admettant une variation d'intensité continue de chaque dimension tempéramentale. Les "types" de Kretschmer sont significatifs de ce point de vue (p. 20).

Est-il indispensable de choisir un modèle contre l'autre, et n'est-il pas possible de combiner l'approche catégorielle et l'approche dimensionnelle de façon à préserver leurs avantages respectifs en évitant leurs faiblesses respectives ? Cette question, Kernberg (1984) se la posait il y a plus d'un quart de siècle déjà : « Pour avoir le maximum d'efficacité dans l'état actuel de nos connaissances, une classification des troubles de la personnalité devrait inclure à la fois une approche catégorielle des différentes constellations de personnalité, et une approche dimensionnelle qui prenne en compte le degré de gravité de ces troubles et *les relations internes entre les sous-groupes* » (p. 139, souligné par nous).

Or, Kernberg est un représentant notoire de l'approche structuraliste, et il n'est guère surprenant que l'alternative entre catégorie et dimension lui soit très tôt parue artificielle et même dangereuse, compte tenu précisément de la spécificité de cette approche. Celle-ci insiste justement sur le fait que les mêmes éléments ou variables se retrouvent parfois dans des catégories différentes, ce qui en fait des dimensions qui chevauchent les catégories, mais qu'ils prennent alors un sens différent lié aux rapports qu'ils entretiennent avec les autres éléments de la catégorie dont ils font partie. Pour reprendre la métaphore chimique évoquée plus haut, un même élément comme l'oxygène peut s'observer dans différents composés, et c'est bien toujours le même oxygène qu'on trouve dans l'eau, dans l'air ou dans la terre, mais si on l'isole, on perd de vue la fonction différente qu'il occupe dans chacun de ces composés. En ne voyant qu'un continuum dans chaque dimension, on perd de vue le saut qualitatif entre des *gestalts*, des formes distinctes. En psychopathologie, cette articulation se traduit par exemple par l'idée qu'un même symptôme peut se rencontrer dans des structures (catégories)

de personnalité différentes, mais qu'il prend un sens spécifique en fonction de la structure dans laquelle il s'intègre et des rapports qu'il entretient avec les autres éléments. La question du *sens* est alors centrale : quel sens prend telle ou telle dimension par rapport aux autres, quelle place prend cette dimension par rapport à l'ensemble de la personnalité ? L'approche dimensionnelle « pure », dégagée de toute différenciation catégorielle, escamote cette question, et on peut alors craindre qu'elle introduise bien plutôt un appauvrissement qu'un enrichissement de la compréhension de la personnalité et de la psychopathologie. En effet, elle fait alors apparaître comme identiques des caractéristiques ou dimensions qui ne le sont que si on les isole de leur contexte.

**Tableau 1 : Typologies biologiques citées, et références à une forme d'hyperesthésie (les dates sont indicatives, liées à un ouvrage particulier)**

<b>Auteurs ou courants</b>	<b>Types</b>	<b>Type hypersensible (ou –excitable ou –émotif)</b>
Aristote	pas de typologie biologique développée, mais lien entre qualité du sang, tempérament et sensations dans les <i>Parties des Animaux</i> ; repris par Galien	sensations plus vives chez les animaux aux humeurs légères et pures
Galien	9 tempéraments, liés aux <i>qualités élémentaires</i> (chaud, froid, sec, humide) : 1 tempérament équilibré et 8 déséquilibrés, selon qu'une qualité domine ou deux (chaud+sec, chaud+humide, etc.)	aucun
humorisme classique	4 tempéraments, liés aux <i>humeurs</i> : le bilieux ou colérique (excès de bile jaune), le sanguin (excès de sang), le mélancolique (excès de bile noire), le flegmatique (excès de flegme)	aucun
réinterprétation solidiste	idem mais tempéraments liés aux <i>appareils</i> (circulatoire, lymphatique, hépatique, etc.)	aucun
Haller (1757-66)	idem mais tempéraments liés à la <i>force</i> et à l' <i>irritabilité des parties solides</i>	aucun
Hallé (1799)	8 tempéraments généraux, liés aux <i>rappports entre les systèmes</i> vasculaire, nerveux et musculaire	le nerveux, dont une variété correspond au mélancolique classique
Cabanis (1802)	6 tempéraments : les 4 classiques + le musculaire et le nerveux inspirés de Haller et Zimmermann	le nerveux
Rostan (1822)	6 constitutions : 5 liées à la prédominance de divers appareils de l'organisme (digestif ; respiratoire et circulatoire ; de l'innervation ; de la locomotion ; de la reproduction) et 1 liée à leur atonie	la constitution liée à l'encéphale
Letourneau (1868)	4 tempéraments : le lymphatique, le nerveux, le sanguin et le bilieux (par rapport aux humoristes classiques, le mélancolique laisse la place au nerveux)	le bilieux (passions fortes et durables) et le nerveux (passions courtes et nombreuses)
Wundt (1874-80)	les 4 tempéraments classiques, liés à l' <i>intensité</i> et à la <i>rapidité</i> de succession des <i>émotions</i> analogues aux <i>processus nerveux</i> (émotions fortes / faibles, rapides / lentes)	le colérique (émotions fortes et rapides) et le mélancolique (émotions fortes et lentes)
Magnan (1891)	3 types de déséquilibrés : ceux de l'intelligence, ceux de la sensibilité (ou « émotifs »), ceux de la volonté	l'émotif (ou déséquilibré de la sensibilité)
Dupré (1925)	déséquilibres constitutionnels de la motilité ; de l'émotivité ; de l'appétit et des instincts (perversions instinctives) ; de l'humeur, du caractère et de l'activité ; du sentiment et de l'intelligence	la constitution émotive
Pavlov (1927)	les 4 tempéraments classiques, liés à des différences dans les <i>processus nerveux</i> (force, équilibre, mobilité)	le colérique

**Tableau 2 : Typologies psychologiques citées, et références à une forme d'hyperesthésie (les dates sont indicatives, liées à un ouvrage particulier)**

<b>Auteurs ou courants</b>	<b>Types ou dimensions</b>	<b>Type hypersensible (ou –excitable ou –émotif)</b>
Aristote	caractères dérivés de la bonne naissance, la richesse, la puissance, la bonne fortune ( <i>Rhétorique</i> )	aucun, mais référence aux « hommes exaltés » dans la <i>Poétique</i>
Théophraste	30 caractères : le dissimulé, le flatteur, le bavard, le rustre, le complaisant, le cynique, le loquace, le nouvelliste, l'homme sans scrupule, le mesquin, l'incongru, l'intempestif, l'empressé, le stupide, le brutal, le superstitieux, l'homme chagrin, le défiant, le répugnant, le fâcheux, le vaniteux, le parcimonieux, le vantard, l'orgueilleux, le poltron, l'oligarque, le tard instruit, le médisant, l'ami de la canaille, le profiteur éhonté	aucun
Kant (1798)	les 4 tempéraments classiques (sanguin, mélancolique, colérique, flegmatique) liés à des <i>facultés</i> : 2 liés aux sentiments et 2 à l'activité ; + critère de la force vitale	les tempéraments du sentiment : le sanguin et le mélancolique
Bain (1861)	3 types fondamentaux : intellectuel, émotionnel et volitionnel ou énergétique	l'émotionnel
Fouillée (1895)	3 types : le sensitif, l'intellectuel et le volontaire	le sensitif
Ribot (1896)	2 types principaux : les sensitifs et les actifs ; + un type apathique, aux sensations et actions faibles	le sensitif (ou émotionnel ou affectif)
Malapert (1903)	4 facultés : sensibilité, intelligence, activité, volonté	3 sous-types de la sensibilité : le sensitif, l'émotif et le passionné
Heymans et Wiersma (1909)	8 types, liés à 3 dimensions principales : émotivité, activité et retentissement des représentations	4 émotifs : le passionné, le colérique, le nerveux et le sentimental
Jung (1920)	4 types : pensée, sentiment, intuition, sensation	le type sensation (soit introverti soit extraverti)
Delmas et Boll (1922)	4 tendances : émotivité, activité, bonté, sociabilité	émotivité
Cattell (1943)	16 facteurs : froid/chaleureux ; pensée concrète/abstraite ; affecté par les sentiments/affectivement stable ; soumis/dominant ; sérieux, retenu/enthousiaste ; auto-indulgent/conscientieux ; timide/non inhibé ; réaliste/sensible ; confiant/méfiant ; pratique/imaginatif ; ouvert/acariâtre ; sûr de soi/plein d'appréhension ; conservateur/libéral ; orienté vers le groupe/autosuffisant ; non discipliné/contrôlé ; détendu/tendu	soumis aux affects (C) et tendu (Q4)
Eysenck (1947)	3 facteurs principaux : extraversion (E), névrosisme (N), psychotisme (P)	instabilité émotionnelle N (émotions négatives) ; extraversion (émotions positives + recherche de sensations) E
modèle des 5 facteurs	5 facteurs : extraversion, névrosisme, agréabilité, conscience, ouverture à l'expérience	idem

## IV.2. L'éloge des passions

Après avoir passé en revue la question des sensations dans l'histoire de la caractérologie et des tempéraments, il nous a paru pertinent de consacrer un chapitre à la question de la passion. Ce concept a quelque chose d'inclassable, peut-être notamment en raison de son utilisation historique dans plusieurs champs, avec une définition non seulement floue mais aussi changeante, dont nous retracerons l'évolution : en philosophie, en médecine et plus particulièrement en psychiatrie, et enfin, de façon plus discrète, en psychanalyse.

Selon nous, cette notion entre dans le champ de notre travail pour deux raisons essentielles. D'une part, les passions impliquent des manifestations sensorielles, au sens large des sensations que nous avons retenu au début de notre travail. Nous verrons d'ailleurs que certains auteurs considèrent les passions comme une forme particulière de sensations. D'autre part, la passion semble renvoyer à un vécu intense, qui mobilise le champ mental d'une telle façon qu'on peut se demander si certains individus ne pourraient pas exacerber de tels vécus précisément de façon à en étouffer d'autres, conformément à ce que nous avons décrit chez l'enfant en termes de « sensations neutralisantes » (cf. II.1.2.c, p. 77) et d'antagonisme. Dans le langage de la psychologie associationniste, cet antagonisme a été appelé dissociation, comme chez Ribot (1907) :

Le travail de *dissociation*, quoique évident, a été moins remarqué. Toute passion contient une vertu éliminatrice. Son apparition est celle d'un principe d'arrêt, d'isolement impérieux d'un état de conscience entre tous les autres, de désagrégation des séries anciennes. Elle a besoin de ruines pour bâtir ; comme un être vivant, elle ne puise dans son milieu que ce qui peut la nourrir. La passion non seulement exclut du champ de la conscience tout ce qui lui est étranger, mais elle élimine de son objet, aimé, haï, convoité, tout ce qui contredit cette affirmation implicite qui est au fond d'elle-même : mon but est le suprême désirable (p. 28-29, souligné par l'auteur).

Dans la *Psychologie des sentiments* (1896), Ribot a insisté sur cet aspect exclusif de la passion, en affirmant qu'elle est dans l'ordre affectif ce que l'idée fixe dans l'ordre intellectuel (p. 20). Lagache (1936) traduit également cette exclusivité par la formule suivante : « *La passion est l'expérience vécue d'un but apprécié comme seul désirable* » (p. 145, souligné par l'auteur).

Plus récemment, Racamier (1980) affirme : « La passion implique et réclame une mobilisation constante de l'affect et de la pensée. Elle requiert du sujet une vigilance incessante. Rien de plus absorbant que la passion : elle est ce qui ne s'endort jamais ». Dans le

même ordre d'idées, Cournut (1999) écrit : « Par le terme de "passion" la pensée occidentale désigne depuis trois millénaires un ensemble de sentiments variés, ambigus et plus ou moins contradictoires qui affectent un individu (ou un collectif) *sur un mode aigu, intense et souvent incontrôlable* » (p. 7, souligné par nous). Selon lui, la passion a toujours quelque chose de paroxystique : « c'est de l'excès à l'état pur » (p. 9). Nous tenterons de chercher si, ça et là, on trouve des auteurs qui ont compris les « passionnés » comme des assoiffés de vécus paroxystiques.

#### IV.2.1. DU CÔTÉ DES PHILOSOPHES ET DES MORALISTES

La notion de passion a revêtu des sens divers dans l'histoire, et chez les philosophes grecs déjà, elle était discutée et définie de façon variable en fonction des auteurs. On peut en trouver un résumé relativement complet dans un dictionnaire allemand de la philosophie (Hengelbrock et Lanz, 1971), où l'article « passion » est introduit de la façon suivante :

Le terme de passion (*Affekt, Leidenschaft*) apparaît en grec comme sens spécial du concept plus étendu de *πάθος*. En dehors du domaine philosophique, le mot désigne ce qui nous arrive brusquement, en particulier souffrance et douleur. Le sens philosophique du terme a évolué ; il désigne d'abord l'état de qui subit une influence extérieure – selon Aristote, l'une des dix catégories de l'être –, puis "état" ou "qualité" au sens très général, et finalement "pâtir" ou "état de l'âme" : passion (p. 77).

On peut remarquer que dans cette définition, les termes « affect » et « passion » sont utilisés comme des synonymes, ce qui ne se maintiendra pas dans leur évolution historique.

C'est ainsi que la passion sera souvent opposée à la raison, et aussi au calme, à la tranquillité et à l'équilibre que celle-ci procurerait. Paradoxalement, du moins à première vue, le calme est parfois lui-même considéré comme une passion, comme chez Aristote. Les commentateurs historiques ne s'en étonnent guère, car ils rappellent que le Stagirite n'avait pas pour but d'écrire un traité sur les passions, mais plutôt, comme le titre de son ouvrage l'indique, un traité de *Rhétorique* (Moreau, 2003). La question est alors pour l'orateur de savoir comment se rendre crédible, comment susciter l'émotion chez celui qu'il s'agit de convaincre. C'est ce qui explique qu'Aristote étudie les diverses façons d'amener un auditoire à la disposition émotionnelle souhaitée par l'orateur, y compris le calme, comme le précise Moreau : « Il ne va pas de soi de considérer le calme comme une passion ; mais on comprend qu'on l'étudie lorsque la question posée est simplement : Comment amener au calme l'homme en colère ? » (2003, p. 3).

Il faut ajouter à cette explication qu'Aristote décrivait les passions par couples d'opposés, et qu'il a considéré le calme comme l'inverse de la colère, de même qu'il a inclus dans sa liste

des passions l'assurance comme l'antagoniste de la peur. Si on voulait chercher chez Aristote un correspondant au calme au sens que nous avons décrit plus haut (cf. III.1.1, p. 97), c'est-à-dire d'une quiétude liée à un état d'équilibre, d'harmonie intérieure, c'est peut-être plutôt à la vertu de tempérance qu'on pourrait l'associer, telle qu'elle est prônée dans l'*Éthique à Nicomaque*.

Ainsi, contrairement à ce que nous relevions à propos de la psychologie contemporaine dans le chapitre précédent, la notion de quiétude avait droit de cité et était discutée par les penseurs de l'Antiquité. Par exemple, Cicéron [106-43] en parle dans les *Tusculanes* au sujet des passions, en se référant à Pythagore et à Platon :

[...] Je reprendrai pour mon compte dans l'analyse des passions la délimitation admise anciennement, d'abord par Pythagore, puis par Platon, qui divise l'âme en deux parties ; ils admettent que l'une a en partage la raison et que l'autre en est dépourvue ; dans celle qui a la raison en partage, ils situent la tranquillité, c'est-à-dire un état d'équilibre calme et paisible, dans la seconde, les mouvements désordonnés de la colère, et du désir, mouvements qui sont opposés et hostiles à la raison (cité par Pigeaud, 1981, p. 273, souligné par nous).

Les penseurs présocratiques auraient été les premiers à proposer une philosophie des passions, en leur conférant une connotation péjorative et en mettant en garde contre leurs effets dévastateurs. Cette position, même si elle a exercé une forte influence sur les conceptions ultérieures, n'a pas été partagée par tous les philosophes. Plusieurs d'entre eux, en effet, n'ont pas condamné les passions en soi, mais plutôt la façon néfaste dont elles pouvaient être libérées. Aristote, par exemple, a fait une analyse psychologique des passions, qui incluent selon lui tous les mouvements de l'âme liés au plaisir ou à la douleur. Il cite l'appétit, la colère, le courage, l'envie, la joie, l'amitié, la haine, la jalousie, la pitié. Il prône la maîtrise et la juste mesure comme critères de vertu, et dénonce l'exercice débridé des passions. Celles-ci sont donc pour lui moralement neutres. Lorsqu'une passion est excessive, l'équilibre peut être rétabli par l'intermédiaire de deux processus différents :

- soit par *catharsis*,
- soit par mélange avec d'autres passions.

Les deux cas de figure nous intéressent dans la mesure où il s'agit toujours d'une rééquilibration qui intervient par l'intermédiaire de la passion elle-même, ce qui revient à dire que la libération de la passion est parfois apaisante. Le premier processus est qualifié par Pigeaud (1981) d'*homéopathique*. En d'autres termes, le retour à l'équilibre se fait en libérant la passion même qui est en excès, le principe de la *catharsis* étant semblable à celui de la

saignée censée libérer le corps d'un surplus de l'humeur-sang : « C'est en effet lorsqu'on éprouve de la crainte et de la pitié que ces deux passions se purgent de leur excès » (p. 109). Voilà donc un cas particulier de recours aux passions qui fait écho au paradoxe de « l'hyperesthésie anesthésiante » que nous avons évoqué dans le chapitre consacré à l'enfant (cf. II.1.2.c, p. 79).

Le second processus de l'équilibration par mélange peut aussi être rapproché des processus physiologiques ou chimiques. Pigeaud insiste en effet sur le fait qu'il s'agit bien d'un *mélange* et non pas d'une *annulation de tensions opposées* : « En réalité tout repose sur l'équilibre du plaisir et de la douleur, qui accompagnent nécessairement chaque passion, ce qui correspond, physiologiquement, à l'équilibre du chaud et du froid dans le *καρδία*. Ce sont là les raisons de la *μεσότης*, de la moyenne » (p. 299).

Le stoïcisme, quant à lui, distingue quatre passions principales, dont toutes les autres seraient dérivées : plaisir, douleur, crainte et concupiscence. Tout en se méfiant des passions, certains stoïciens reconnaissaient qu'elles pouvaient également être conformes à la raison, et ils parlaient alors de « bonnes passions ». Seules les passions déraisonnables seraient déviantes. Mais c'est tout de même au stoïcisme qu'on attribue généralement la paternité d'une connotation péjorative des passions : elles sont accusées de perturber la quiétude du sage, dont le devoir serait de rester impassible, « stoïque » dirait-on précisément aujourd'hui. Le terme *passio* est alors souvent remplacé par celui de *perturbatio* (Auerbach, 1941, p. 56).

Au Moyen Âge, les préoccupations concernent essentiellement les enjeux théologiques et moraux impliqués par les passions, leur influence sur les décisions de la volonté. Le christianisme développe une conception complexe de la passion. D'abord assimilée au péché par les premiers auteurs chrétiens, probablement par l'intermédiaire de l'influence stoïcienne, elle est ensuite souvent considérée sous un aspect plus neutre, à l'image d'Aristote. Saint Augustin [354-430] reconnaît l'existence de bonnes passions. À noter qu'il utilise couramment le terme de *libido* pour désigner les passions, comme l'ont fait avant lui la plupart des auteurs latins (Bermon, 2003). Pour Thomas d'Aquin, les passions appartiennent au domaine sensitif, non rationnel de l'âme, et en tant que mouvements naturels, elles ne sont ni bonnes ni mauvaises par essence (Hengelbrock et Lanz, 1971). Mais ce qui est à relever pour le sujet qui nous occupe, c'est que dans le christianisme, la passion est également investie d'une capacité rédemptrice, jusqu'à être honorée d'une majuscule lorsqu'elle est vécue par le Christ.

On trouve une fine analyse de cette valeur rédemptrice chez Auerbach (1941). Le commentateur insiste sur une dimension nouvelle que le christianisme instaure par rapport au stoïcisme. En effet, ce n'est pas la quiétude du sage qui est opposée aux passions et qui est recherchée, mais l'acceptation de l'injustice, c'est-à-dire une *autre passion* vécue sous la forme d'une souffrance *volontairement subie*. L'ascèse chrétienne implique un passage de la position passive impliquée par le terme de « passion » à une position plus active où la souffrance (*pati*) est dominée notamment par le fait qu'elle est délibérément choisie. C'est donc une passion rédemptrice, sur le modèle de la Passion, qui va permettre de triompher des passions-péchés, « triompher du monde en le subissant » :

La fuite du monde, chez les stoïciens et chez les chrétiens, est profondément différente. Ce n'est pas le point zéro d'une ataraxie extérieure au monde qui est le but de l'ascèse chrétienne, mais la souffrance volontaire, la souffrance passionnée dans le monde et donc aussi contre le monde ; à la chair, aux mauvaises *passiones* de ce monde, ils n'opposent ni l'apathie stoïque, ni les "bonnes passions" afin d'atteindre par un équilibre raisonnable le juste milieu aristotélicien – mais une chose totalement nouvelle et jusque là inédite : la *gloriosa passio* inspirée par l'amour fervent de Dieu (p. 58).

Voilà les mauvaises passions dominées par la passion glorieuse, les passions-péchés guéries par la passion religieuse. Nous retrouvons donc ici un exemple expressif de l'antagonisme entre sensations que nous avons décrit dans d'autres contextes dans les chapitres précédents. On peut le voir comme une variante de l'homéopathie dont nous avons parlé à propos d'Aristote, mais une forme d'homéopathie particulière. En effet, ici, l'effet thérapeutique de la passion est produit non pas par l'intermédiaire de la catharsis, mais par l'intermédiaire d'une forme de sublimation. Si on se réfère au vocabulaire psychanalytique, n'est-ce pas d'ailleurs ce terme qu'il conviendrait d'utiliser ? On peut même se demander si ce que nous sommes en train de décrire n'est pas *la mise en forme, l'institutionnalisation et de fait l'appropriation historique par la religion chrétienne de ce que Freud appellera la sublimation, en donnant justement l'exemple de la religion.*

En comparaison, si on veut chercher le mécanisme correspondant au stoïcisme, c'est non pas de l'évitement des passions mais de leur *répression* qu'il faudrait parler. Car l'absence de passions est moins valorisée que l'effort fait par la raison pour s'en prémunir, et le sage naturellement sage est moins vertueux que le sage qui ne le serait devenu qu'après avoir combattu ses passions. Le mérite est fonction de cet effort, et pour l'illustrer, Pigeaud (1981) cite par exemple cette phrase de Sénèque : « Le meilleur tempérament entre piété et raison est de ressentir le regret et le réprimer » (p. 305).

Selon Auerbach (1941), c'est sur l'impulsion de la mystique chrétienne que la passion prendra une connotation positive qui imprégnera l'imaginaire collectif jusqu'à notre époque, en passant par le romantisme et par la littérature profane où il deviendra « indigne d'un cœur noble d'être sans amour » (p. 71). Auparavant, une telle exaltation de la passion n'existait pas, tout au plus se contentait-on de signaler que certaines passions n'étaient pas néfastes et pouvaient s'avérer bénéfiques. La mystique chrétienne opère un retournement des valeurs, la passion devient activement recherchée, et c'est l'absence de passion qui est dévalorisée :

À l'opposé de toutes les représentations antiques et surtout stoïciennes, la *passio* est exaltée et ardemment désirée [...]. La passion de l'amour mène, par la souffrance, à l'*excessus mentis* [l'extase, le ravissement] et à la communion avec Dieu ; qui est sans passion est aussi sans grâce ; qui ne s'abandonne pas avec compassion à la *passio* du Rédempteur vit dans l'endurcissement du cœur, *obduratio cordis*, et les traités mystiques indiquent souvent comment surmonter cet état (p. 68).

Au XVII<sup>e</sup> siècle, on trouve toujours des réminiscences de la vision stoïcienne péjorative des passions, mais sous l'influence du christianisme, on tend à considérer les passions comme « tragiques, héroïques, sublimes et admirables » (Auerbach, 1941, p. 77). Cette double polarité se retrouvera chez Descartes, ainsi que chez la plupart des philosophes modernes, comme le relève Bénézech (1997) : « Selon les philosophes (Descartes, Alain), la mosaïque des passions de l'âme est polychrome, se répartissant sur l'échelle morale depuis les plus éclatantes vertus (amour, générosité, justice, courage) jusqu'aux vices les plus noirs (haine, colère, avarice, intempérance) » (p. 28). Or, sans embrasser la mystique chrétienne, Descartes exploitera, lui aussi, l'antagonisme entre les sensations, avec des objectifs beaucoup plus pragmatiques, de l'ordre de ce que certains considèrent comme une forme précoce de psychothérapie.

Rappelons que, dans *Les passions de l'âme* (1649), Descartes a identifié six passions « primitives », dont toutes les autres découleraient : l'admiration, l'amour, la haine, le désir, la joie et la tristesse. Selon Riese (1965), ce penseur aurait été le premier à avoir esquissé un système de psychothérapie, anticipant sur les idées et les accomplissements du XIX<sup>e</sup> siècle. Parmi ses outils psychothérapeutiques, il propose notamment la technique, que Riese qualifie de « stratagème », de la diversion. Dans une lettre adressée à la princesse Elisabeth de Bohême, il exhorte celle-ci à combattre la passion triste en s'évertuant à « divertir son imagination *et ses sens* le plus qu'il est possible » (cité par Riese, 1965, p. 8, souligné par nous). Pour délivrer son esprit des pensées tristes, il l'invite à « ne s'occuper qu'à imiter ceux qui, en regardant la verdure d'un bois, les couleurs d'une fleur, le vol d'un oiseau, et telles choses qui ne requièrent aucune attention, se persuadent qu'ils ne pensent à rien » (*ibid.*, p. 8).

Nous retrouvons ici une fois de plus le principe de l'antagonisme entre les sensations. Pourtant, Descartes n'exploite pas la double polarité des passions. Même s'il ne condamne pas les passions a priori, il n'exhorte pas à chasser les mauvaises passions en embrassant les bonnes : il préconise plutôt de chasser les sensations désagréables de la passion en cultivant d'autres sensations non-passionnelles. Il semble de ce point de vue rester proche de la conception stoïcienne, en considérant les passions comme le mal à fuir, et non pas comme un remède utilisable pour combattre d'autres sensations ou d'autres passions plus douloureuses. Par contre, ce qui est nouveau ici, c'est l'importance accordée à la notion d'*attention*, notion qui apparaît explicitement dans la dernière citation et qu'implique celle de *diversion*. Comme mentionné plus haut, on se situe ici dans les prémisses d'une psychologie des facultés parmi lesquelles l'attention prend sa place, d'une psychologie du *sujet* où la conscience peut diriger son *attention* sur elle-même ou sur différents types d'objets. On peut comprendre évidemment que Descartes soit considéré comme l'ancêtre de la psychothérapie, puisque celle-ci implique d'une part une valorisation du « Moi non-transcendantal » au sens de l'*ego*, et d'autre part une focalisation de cet ego sur lui-même.

L'époque moderne sera marquée par une progressive restriction du champ des passions. Celui-ci recouvrait auparavant ce que nous nommons aujourd'hui « sphère des sentiments » ou « sphère des émotions », voire, d'une façon plus large, « affectivité » (Hengelbrock et Lanz, 1971, p. 83). Dans le langage latin savant post-humaniste, « *affectus* » remplace « *passio* » et « *perturbatio* », et désigne « tous les phénomènes psychologiques non rationnels et qui sont pour cela souvent considérés comme passifs » (*ibid.*, p. 83). Petit à petit, les passions ne désigneront plus que les « appétits habituels » ou « penchants permanents » ; par opposition, les mouvements des facultés sensibles ne seront plus appelés « passions », mais trouveront une nouvelle appellation dans le terme d'« émotion », terme qui signifiait avant le XVIII<sup>e</sup> siècle « un soulèvement non pas des sentiments, mais du peuple » (*ibid.*, p. 84).

Dans cette acception moderne, les passions apparaissent comme des appétits ou penchants dont l'intensité mobilise l'essentiel de l'énergie d'un individu en vue de les satisfaire, ce qui implique à nouveau la prise en compte de l'attention. Ainsi, par exemple, Condillac définit la passion comme « un désir qui ne permet pas d'en avoir d'autres, ou qui du moins est le plus dominant » ([1754], 1984, p. 38). Rappelons que l'ouvrage de Condillac s'intitule *Traité des sensations*. En d'autres termes, les sensations passionnelles accaparent toute l'attention et étouffent les autres sensations. De façon similaire, Bonnet [1720-1793] définit la passion

comme « un désir dont l'activité est extrême » (cité par Hengelbrock et Lanz, 1971, p. 84), et de Buffon [1707-1788] se demande : « Une passion est-elle autre chose qu'une sensation plus forte que les autres, et qui se renouvelle à tout instant ? » (cité par Condillac, [1755], 1984, p. 399). Mais quels seraient les rapports de force, d'opposition ou d'intrication entre les passions ? C'est surtout à Hume [1711-1776] qu'on doit une réflexion approfondie à ce sujet, que nous reprenons puisqu'elle concerne la question de l'antagonisme entre les sensations et de l'apaisement possible par ce biais.

Selon Hume, si des passions sont contraires et que leur objet est totalement différent, elles n'ont pas d'influence l'une sur l'autre : « Ainsi, quand un homme s'afflige de la perte d'un procès et se réjouit de la naissance d'un fils, il est difficile à son esprit, si rapide soit-il dans sa course de l'objet agréable à l'objet funeste, de tempérer une affection par l'autre et de rester entre elles dans un état d'indifférence » ([1757], 1991. p. 68). Si, au contraire, les objets des passions contraires sont en connexion, leurs effets s'annulent et le calme peut en résulter. Elles sont, affirme Hume, comme un alcali et un acide qui, mêlés, se détruisent l'un l'autre : « Cette situation calme, l'esprit peut l'atteindre plus facilement lorsque le *même événement* est de nature mixte et comporte, parmi ses différentes composantes, des éléments d'adversité et d'autres de prospérité. Car, dans ce cas, les deux passions, se mêlant l'une à l'autre au moyen de la relation, en viennent à se détruire mutuellement et laissent l'esprit dans une tranquillité parfaite » (p. 68). Dans le premier cas de figure, on voit bien l'importance de l'attention portée à l'un ou l'autre objet, attention dont l'auteur tient compte en parlant de la course que fait l'esprit d'un objet à un autre. Dans l'exemple cité, l'homme ayant perdu son procès pourrait réagir en focalisant son attention davantage sur son fils, ce qui correspondrait à une « fuite » des sensations désagréables, une forme de « diversion » cartésienne.

Ainsi, la prise en compte de l'objet de la passion permet de nuancer la question de l'antagonisme entre les sensations. Une passion pénible peut être tempérée par une passion contraire, selon le modèle aristotélicien du mélange, à condition que cette passion antagoniste concerne le même objet. On remarquera l'analogie avec le thème des pulsions, où nous avons vu que Spitz insistait également sur l'objet commun des pulsions antagonistes comme condition nécessaire de leur intrication (cf. II.1.2.e, p. 82).

Les passions contraires ne s'annulent pas si elles concernent des objets différents. Par ailleurs, ce qui en découle, même si Hume ne semble pas le dire explicitement, c'est qu'une passion pénible liée à un événement peut être étouffée par l'attention portée sur un autre événement

auquel une autre passion est associée. La différence, c'est que la passion pénible n'est alors pas modifiée par le mélange, mais simplement momentanément « oubliée ».

L'insistance sur l'importance de l'objet de la passion à ce moment de l'histoire nous paraît du plus grand intérêt. Lorsqu'on lit ce passage de Hume, on peut avoir le sentiment d'un saut épistémologique par rapport aux discours antérieurs, qu'ils soient aristotéliens, stoïciens ou théologiques. D'où vient ce sentiment ? Probablement du fait que Hume, en insistant sur l'articulation entre l'émotion et l'objet auquel elle est rattachée, part du principe que les affects sont reliés à des représentations, comme on dirait aujourd'hui. On trouve certes, chez Aristote par exemple, le questionnement du lien entre un événement et une passion, comme chez Hume. Dans la *Poétique*, le Stagirite s'interroge sur les événements les plus à même de susciter des émotions dans une tragédie : « Voyons donc parmi les événements qui surviennent quels sont ceux qui semblent de nature à provoquer la crainte et quels sont ceux qui semblent de nature à provoquer la pitié » (1990, p. 103). Mais il s'agit simplement du lien entre une émotion et son origine externe, et non pas du lien entre affect et représentation dans la pensée d'un individu, ce qui ressort bien dans la notion d'« objet » utilisée par Hume parallèlement à celle d'« événement ». Ainsi, même s'il semble bien que Hume utilise encore le terme de passion ici plutôt dans le sens d'émotion que dans celui d'un penchant permanent, la distinction naissante entre émotions et passions a ouvert le champ à une réflexion sur l'articulation entre affects et représentations qui n'était guère possible auparavant car les conditions de cette réflexion n'étaient pas réunies.

Si on compare l'analyse de Hume avec la conception stoïcienne d'un Sénèque, on trouvera également des similitudes, dans la mesure où celui-ci associe lui aussi la passion à une représentation. Dans *De ira*, Sénèque affirme même que la passion, en l'occurrence la colère, n'en est une qu'à partir du moment où elle implique le jugement et la volonté, à partir du moment où ceux-ci ont été contaminés par les prémisses de la passion qu'on pourrait qualifier d'émotionnelles dans le sens de manifestations physiologiques. En effet, Sénèque (1971) établit déjà une distinction entre émotion et passion, l'émotion étant comprise comme un mouvement de l'âme lié aux impressions des sens, mouvement indépendant de la volonté, contre lequel même le sage ne peut donc rien :

La passion consiste, non à s'émouvoir en face des objets, mais à s'y livrer et à s'abandonner à une sensation tout accidentelle. Car si l'on croit qu'une pâleur subite, des larmes qui échappent, l'aiguillon secret de la concupiscence, un soupir profond, l'éclat soudain des yeux, ou toute autre émotion semblable, soient l'indice d'une

passion, d'un sentiment réels, on s'abuse, on ne voit pas que ce sont là des phénomènes purement physiques (2, 3).

Si le jugement et la volonté s'y associent, alors on peut parler de colère et de passion. Cette association étroite entre émotion et jugement peut donc être rapprochée de l'articulation faite par Hume entre passion et représentation, sauf que chez Hume c'est d'affect qu'il est question. L'absence d'affect est frappante chez Sénèque : il y a soit manifestation physiologique indépendante de la volonté, soit passion lorsque le jugement et la volonté s'en mêlent et capitulent. L'émotion au sens physiologique est distinguée de la passion, mais l'affect ou le sentiment ne l'est pas. Par ailleurs, il serait fallacieux de parler d'articulation entre pensée et émotion à propos du stoïcisme, car il ne s'agit pas de facultés parallèles dont les produits se relieraient, mais de puissances qui se disputent le gouvernement de l'âme et dont l'une ne peut être que sous la domination de l'autre. Il n'est donc pas question dans le stoïcisme d'association entre des pensées et des émotions, mais de subordination des unes aux autres : on est dans une logique de conflit (Pigeaud, 1981, p. 303).

Selon Lantéri-Laura (1997), depuis l'Antiquité jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle, la notion de passion a gardé un sens passif, le passionné subissant les assauts de la colère ou de la jalousie, et ce n'est qu'à l'époque romantique qu'elle aurait clairement revêtu un sens plus actif, à savoir celui d'une force que le passionné ferait sienne, « même si elle ne sait plus très clairement vers où elle se rend » (p. 9). De par cette adhésion active, en se consumant délibérément dans les passions, la figure du romantique peut illustrer de façon expressive l'exacerbation des sensations dont il est question dans ce travail.

Ce côté actif se retrouve également dans la notion de *pathos*, terme qui constitue la racine grecque du mot « passion » et qui, lorsqu'il est utilisé sous cette forme, renvoie à un « procédé rhétorique pour émouvoir » (Lantéri-Laura, 1997, p. 9). Auerbach (1941) commente également la connotation passive de la passion, en l'expliquant par le fait que, jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, il n'existait aucune catégorie du sentiment, « compris comme domaine de la vie intérieure, au même titre que la pensée et la volonté [...] ». L'auteur rattache la naissance de cette catégorie à l'influence de quelques auteurs marquants : « Il fallut attendre que, sous l'influence de Shaftesbury, de Rousseau, de Mendelssohn et d'autres, la catégorie du sentiment s'autonomise, et que *sentiment*, *Gefühl*, *Empfindung*, etc., se différencient de *passion* ou de *Leidenschaft*, pour que ces deux derniers mots, malgré leur filiation étymologique, développent pleinement un sens actif » (p. 51). Mais cette explication ne nous

semble que partiellement satisfaisante, car on peut alors se demander si l'influence de ces auteurs n'a pas elle-même une origine commune qui permette de rendre compte de son apparition dans « l'air du temps » de cette époque. On peut alors faire l'hypothèse que cette origine commune est à rechercher dans le développement de la compréhension du système nerveux et de la notion de « sensibilité », dont nous avons retracé l'historique ci-dessus. L'identification et la description du système nerveux comme support *interne* des sensations s'est développée tardivement ; or, elle a permis de favoriser la conception de la sensibilité et des sentiments comme appartenant à ce que Auerbach a appelé précisément le « domaine de la vie *intérieure* » (souligné par nous). La notion d'affect, apparue au XVIII<sup>e</sup> siècle, implique également une intériorité car elle dérive du latin *afficere*, qui renvoie à l'aptitude à être touché (Richir, 2011). La sensibilité accédait alors au statut de *faculté* au même titre que la volonté, faculté dont le détenteur se révélait dès lors *acteur*, et non plus siège passif par l'intermédiaire d'une forme de possession mystérieuse. Les « philosophes de l'introspection », que nous avons mentionnés plus haut (cf. IV.1.1, p. 118), se sont justement inscrits en faux contre la passivité avec laquelle les sensations étaient décrites par les premiers empiristes, comme le résume Caratini (2000) :

Ce sont les "psychologues" écossais du XVIII<sup>e</sup> siècle qui ont les premiers rompu avec cette vision passive du moi, héritée de Hume et de son *Traité de la nature humaine* [...] : à côté des faits extérieurs, qui agissent sur notre moi en lui fournissant des sensations par rapport auxquelles il reste passif, il existe une réalité intérieure que nous pouvons observer avec ce qu'ils nomment le "sens intime" et que nous appelons la conscience psychologique, dont la démarche par excellence est l'introspection par laquelle je suis à la fois le sujet et l'objet de la connaissance (p. 518).

Plus particulièrement, Maine de Biran a insisté sur le rôle actif du Moi non seulement dans l'introspection, mais dans la perception elle-même : « À chaque état perceptif passif correspond un état actif : on ne peut voir sans regarder, entendre sans écouter, *sentir sans agir* » ([1812], 2001, p. 518, souligné par nous). Comme nous l'avons vu, Ribot (1896) opposera précisément les mêmes termes, en voyant dans la vie psychique une division fondamentale entre sentir et agir (cf. IV.1.3, p. 131).

#### IV.2.2. DU CÔTÉ DES MÉDECINS

On attribue à Démocrite [460-370] l'affirmation suivante : « L'art médical guérit les maladies du corps, la sagesse libère l'âme des passions » (cité par Hengelbrock et Lanz, 1971, p. 77). Selon cette assertion, les passions seraient l'affaire des philosophes. Pourtant, les médecins ont également inclus les passions dans leurs traités, en insistant sur les facteurs somatiques

dans l'étiologie des passions et dans leur traitement. Cette position a évidemment été interprétée comme une prise de pouvoir des médecins sur le champ de l'âme, territoire « naturel » des philosophes (Pigeaud, 1981, 2001).

La tradition la plus longue et la plus importante fut de ce point de vue celle liée au système médical issu des écrits de Galien, « codifié par les Arabes, révisé par les médecins de la Renaissance, et conservé avec une fidélité souvent étonnante jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle » (Starobinski, 1980, p. 51). Galien dénombre six passions : l'emportement, la colère, la crainte, le chagrin, l'envie et le désir excessif (1995, p. 7). Celles-ci seraient le fait de l'âme irrationnelle, par opposition aux « erreurs » provenant, elles, de l'âme rationnelle. Cette conception de l'âme est reprise de Platon, qui subdivise en outre l'âme irrationnelle en une âme irascible et une âme concupiscible, chacune ayant son siège dans une partie différente du corps.

Galien déplore la faiblesse de ceux qui se sont laissés emporter par leurs passions, malgré ses appels à la sagesse auxquels ils ont été pourtant sensibles : « sur le moment, je les ai tous convaincus, mais je n'en ai vu que fort peu tirer profit de mes paroles. Car la plupart des hommes laissent croître les passions de leur âme au point qu'elles deviennent incurables » (1995, p. 38-39). Conformément à l'étymologie du terme « passion », celui qui s'y adonne le ferait passivement, et on ne trouve pas chez Galien l'allusion à la possibilité de cultiver activement les passions.

La médecine d'inspiration galénique établissait la distinction entre trois séries de faits auxquels le médecin était confronté : les choses naturelles, dont la connaissance constitue la physiologie ; les choses non naturelles, dont la connaissance constitue l'hygiène ou la diététique, et les choses dites « contre nature », qui comprennent les causes de maladies et les maladies elles-mêmes (Starobinski, 1980, p. 51). La plupart des traités médicaux, jusqu'à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, dénombrèrent traditionnellement six choses non naturelles (*sex res non naturales*), appelées ainsi parce qu'elles étaient considérées comme ne faisant pas partie de la nature de notre corps et de notre constitution : l'air et le milieu ; boire et manger ; le travail ou l'exercice et le repos ; dormir et veiller ; l'excrétion et la rétention, la réplétion et l'inanition ; les perturbations de l'âme. Progressivement, ces dernières seront appelées « affections », puis « passions ». Ces passions constituaient donc un facteur d'hygiène, qui pouvait avoir des effets bénéfiques ou néfastes en fonction de leur usage. On en a aussi fait l'inventaire : au

XVI<sup>e</sup> siècle par exemple, Fernel [1497-1558] en compte six : *metus* (la crainte), *mestitia* (la tristesse), *ira* (la colère), *gaudium* (la joie), *agonia* (l'angoisse) et *verecundia* (la pudeur) (Starobinski, *ibid.*, p. 52). On peut noter que ces passions correspondent pour une grande part à ce que la psychologie moderne a identifié comme étant les émotions fondamentales (joie, tristesse, colère, peur). Pour notre propos, nous soulignerons d'une part qu'on insistait sur les répercussions sensorielles des passions, en les classant selon leur effet sur le cœur et sur le sang, ou sur les modifications de température qu'elles produisent : certaines passions échaufferaient, comme la colère ou la joie, d'autres auraient un effet refroidissant. Mais d'autre part et surtout, on recommandait le traitement des passions par les passions, en partant du principe qu'elles avaient un effet antagoniste les unes sur les autres. Nous retrouvons donc ici le principe de l'antagonisme entre les sensations évoqué dans la première partie de ce travail. Selon Starobinski (1980), cet antagonisme est demeuré très longtemps en vigueur dans la thérapeutique :

L'idée d'un antidotisme réciproque des passions sera reprise jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle. Elle est mentionnée par E. von Feuchtersleben, dans sa *Diätetik der Seele* (1838), dont les rééditions (dans la langue originale, dans diverses langues, et en français sous le titre d'*Hygiène de l'âme*) se multiplient jusqu'au début de notre siècle (p. 52).

C'est ainsi qu'on recommandait par exemple d'inspirer des craintes pour refroidir la colère. Le traitement des passions par des passions opposées était entré dans les mœurs médicales déjà dans l'Antiquité, et il se trouvait peu d'auteurs pour en remettre en question le principe.

Caelius Aurélien [V<sup>e</sup> siècle (?)] préconise par exemple le traitement des effets néfastes sur l'âme de certaines maladies par la stimulation de passions contraires :

C'est pourquoi, les malades qui sont atteints d'hilarité, il faut les corriger en s'adressant à eux avec des mots graves et des propos austères ; c'est de cette manière, en effet, qu'on réprime un état relâché de l'esprit, et une exaltation effrénée chez les enfants. Quant à ceux qui étaient affectés d'abattement et d'irritation, il convient de les soulager par une consolation pleine de douceur, par des propos hilarants et par un comportement gai (cité par Pigeaud, 1981, p. 109-110).

Il semblerait en l'occurrence que l'allopathie ait été préférée à l'homéopathie, dont le principe était déjà connu, et que nous avons déjà mentionnée à propos d'Aristote. Pour Pigeaud, il est clair que lorsque Caelius affirme : « Car il convient de corriger la qualité de l'aliénation par son contraire, pour que l'état de l'âme, aussi, recouvre la condition moyenne de la santé », c'est précisément une réponse aux arguments de la Poétique d'Aristote (1981, p. 108-109). Selon l'historien, Caelius fait le procès de la cure de la passion par une passion similaire : « Il pense que c'est une idée stupide. [...] Comment peut-on penser prescrire la maladie même que l'on veut guérir » (p. 111-112).

Selon Starobinski, après les hygiénistes, au XIX<sup>e</sup> siècle, ce sont les physiologistes qui ont parlé des passions. Ils affirmaient le primat de tel ou tel centre cérébral : « Les considérations les plus fréquemment développées sont celles qui confirment l'influence prioritaire de l'un ou de l'autre centre, celles qui font état de la nécessité d'une influence contraire pour tenir la balance égale, et enfin celles qui invoquent des mécanismes de réciprocité, – d'action et de réaction » (p. 58).

En 1816, Magendie [1783-1855] consacre un chapitre de son *Précis élémentaire de physiologie* à l'instinct et aux passions. Dans ce chapitre, il décrit chez l'homme un « besoin de sentir vivement » qu'il rattache à un instinct social. En effet, l'homme serait animé par deux types d'instincts : les instincts animaux, auxquels se rattachent la faim, la soif, le besoin de vêtement et d'habitation, etc., et les instincts sociaux qui se manifestent seulement si les premiers sont satisfaits. Lorsque l'homme vit en société, il a alors du loisir, c'est-à-dire du temps et des facultés d'agir plus que ses premiers besoins n'exigent. Ainsi apparaissent de nouveaux besoins :

Tel est celui de sentir vivement l'existence, besoin qui, plus il est satisfait, devient plus difficile à satisfaire, parce que, comme nous avons déjà dit, les sensations s'émoussent par l'habitude.

Ce besoin d'exister vivement, joint à l'affaiblissement continuel des sensations, cause une inquiétude machinale, des désirs vagues, excités par le souvenir importun des sensations vives qu'on a éprouvées : l'homme est forcé, pour sortir de cet état, de changer continuellement d'objet, ou d'outrer les sensations du même genre. De là viennent une inconstance, qui ne permet pas à nos vœux de s'arrêter, et une progression de désirs, qui, toujours anéantis par la jouissance, mais irrités par le souvenir, s'élancent jusque dans l'infini : de là naît l'ennui, qui incessamment tourmente l'homme civilisé et oisif (cité par Starobinski, 1980, p. 61).

On trouve dans ce texte l'idée que développera Maslow, au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, d'une « pyramide » des besoins, certains besoins ne se manifestant que lorsque des besoins plus primordiaux ont été satisfaits.

Fidèle à la conception en vigueur selon laquelle les sensations exercent des effets antagonistes les unes sur les autres, Magendie propose l'amour du repos et la paresse comme antagoniste de la recherche de sensations : « Le besoin de sentir vivement est balancé par l'amour du repos et de la paresse, qui agit si puissamment dans la classe opulente de la société. Ces deux sentiments contradictoires se modifient l'un l'autre, et de leur réaction réciproque résulte l'amour du pouvoir, de la considération, de la fortune, etc., qui nous donne les moyens de les satisfaire l'un et l'autre » (cité par Starobinski, 1980, p. 61).

Quant à la passion, Magendie la considère en quelque sorte comme un instinct devenu envahissant : « En général, on entend par *passion* un sentiment instinctif devenu extrême et exclusif. L'homme passionné ne voit, n'entend, n'existe que par le sentiment qui le presse ; et la violence de ce sentiment est telle, qu'il est pénible et même douloureux, on l'a nommé *passion* ou *souffrance* » (cité par Starobinski, 1980, p. 62). À noter que l'auteur considère les passions comme des « sensations internes » (p. 63). De par leur caractère envahissant et obnubilant, elles peuvent donc se montrer particulièrement efficaces dans leur effet inhibant par rapport à d'autres sensations.

Broussais [1772-1838] fait en 1834 une description similaire de la passion. Dans son *Traité de Physiologie appliqué à la pathologie*, il fait de la soumission de la raison à l'instinct une de ses caractéristiques principales, si bien que la passion envahit tout le champ mental, ce que l'auteur condamne dans des termes qui demeurent chargés de moralisme :

C'est cette réciprocité d'influence de l'instinct sur l'intellect, et de l'intellect sur l'instinct, qui, en se prolongeant, constitue, avons-nous dit, ce qu'on appelle les *passions*. Nous y trouvons effectivement un besoin instinctif qui sollicite l'intellect, et un travail perpétuel de ce dernier, qui calcule tous les moyens de le satisfaire. C'est bien ce qu'on observe dans l'amour, la gourmandise et l'ivrognerie ; passions d'origine instinctive, dont les jouissances, calculées par l'intelligence asservie, fournissent tant de goûts dépravés dont l'homme contracte l'ignoble habitude : c'est véritablement l'accord honteux de la chair et de l'esprit, devenu système de conduite (cité par Starobinski, 1980, p. 67-68).

Letourneau, dans sa « Physiologie des passions » (1868) que nous avons citée plus haut à propos du tempérament (cf. IV.1.1, p. 123), évoque, comme Magendie, le « besoin de vivre fort » chez certains individus. Ce n'est cependant pas dans un instinct social qu'il va en chercher l'origine, mais dans l'expérience des ravages de la passion. Tel le toxicomane, le passionné ne pourrait plus se passer de la passion une fois qu'il aurait goûté à ses délices :

Quand une fois on a vécu de la vie fiévreuse, tourmentée, mais fortement sentie de la passion, on s'astreint difficilement à une existence paisible, raisonnable, mais uniforme ; car l'impressionnabilité fortement développée par une passion de longue durée, jouit longtemps d'une exquise ou malade excitabilité. On a besoin de *vivre fort*. Aussi peut-on formuler la loi suivante :

*Une passion qui meurt laisse ordinairement un terrain admirablement préparé pour la germination d'une autre passion* (p. 151, souligné par l'auteur).

Cette explication du besoin de « vivre fort » s'avère bien sûr aussi peu satisfaisante que celle qui consiste à expliquer la toxicomanie par une première expérience en la matière.

### IV.2.3. DU CÔTÉ DES ALIÉNISTES

Dans la psychiatrie naissante, aux abords du XIX<sup>e</sup> siècle, les passions ont occupé une place importante dans la compréhension de l'aliénation, en particulier sur le plan de l'étiologie. Dans la continuité des philosophes de l'Antiquité, les aliénistes se sont méfiés des ravages de la passion sur la raison, le danger encouru étant à leurs yeux moins celui d'une perturbation de l'âme que celui d'une perte pure et simple de l'entendement. Nous nous centrerons ici sur la tradition psychiatrique française, et il y aurait lieu d'élargir l'analyse aux autres courants influents à cette époque.

Pinel [1745-1826], qui est considéré comme le fondateur de la psychiatrie, est aussi l'instigateur de ce que Pigeaud (2001) décrit comme un coup de force, en conquérant un territoire jusque là réservé aux philosophes, comme l'annonce le titre de son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1809) : « La tradition, depuis l'Antiquité, même si elle fut parfois contestée, voulait que l'on observât cette partition : le philosophe se réservait l'âme et le médecin s'attribuait le corps. [...] *Pinel annexa à la médecine le domaine des passions* » (Pigeaud, 1994, p. 138, souligné par nous).

Pourtant, comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, les traités médicaux antérieurs incluaient déjà les passions. Cependant, ils les réduisaient à des phénomènes somatiques, en les abordant du point de vue du corps, de la même façon que les médecins de l'Antiquité décrivaient les troubles psychiques en les mêlant aux manifestations somatiques de maladies toujours considérées comme de nature physique : il n'y avait pas d'aliénistes dans l'Antiquité, et la définition des maladies « mentales » n'était pas isolée de celle des autres maladies (Pigeaud, 1987). C'est donc probablement de cette façon qu'il faut comprendre le commentaire de Pigeaud : ce qui est nouveau chez Pinel, ce n'est pas qu'un médecin aborde les passions, c'est qu'il se permette, en tant que médecin, de parler des maladies de l'âme en tant que telles, sans avoir besoin de le justifier par le fait qu'elles seraient d'origine somatique. Il conquiert pour le compte de la médecine tout le territoire des maladies de l'âme en fondant une discipline spécifique destinée à les étudier et à les guérir, à savoir la psychiatrie. Il n'hésite pas à se référer aux passions telles qu'elles ont été décrites par les philosophes antiques et non pas par les médecins qui l'ont précédé. Il rompt l'accord tacite qui veut que les médecins, spécialistes du corps, traitent des maladies du corps, et les philosophes, spécialistes de l'âme, traitent des maladies de l'âme. Il ne se contente pas d'arracher les passions des mains des philosophes pour écrire une nouvelle « physiologie des

passions ». Son audace va beaucoup plus loin : il affirme que les médecins ne sont pas seulement les spécialistes du corps, mais aussi les spécialistes de *l'âme malade, quelle que soit la nature et l'étiologie de cette maladie, somatique ou non*. Il entretient même un flou savant sur la question de l'étiologie (Pigeaud, 2001).

Contrairement à ses prédécesseurs médecins, Pinel n'a pas tenté de dérober les passions sur le territoire des philosophes pour les ramener sur le territoire des médecins, il a littéralement envahi ce territoire lui-même : « C'est l'extension du champ de la médecine qui est ici en question » (*ibid.*, p. 267, souligné par nous). Si on peut se permettre une analogie religieuse, il n'a pas tenté de ramener le Saint Graal, il a conquis Jérusalem, et c'est ce qu'a remarquablement mis en évidence Pigeaud dans son ouvrage : « Certes, des observations sur les passions [...] ont été faites par les médecins. Mais que la connaissance des passions appartînt entièrement à la médecine, voilà qui ressemble, de la part de Pinel, à une annexion de fait » (*ibid.*, p. 270).

Pinel est un connaisseur des stoïciens, dont il se réclame, et il recommande même à ses patients cultivés la lecture de Platon, Plutarque, Sénèque, Tacite et Cicéron, plutôt qu'un traitement médicamenteux (Pigeaud, 1994, p. 139) ! Ainsi, Pigeaud ne suit pas les historiens qui ont considéré que dans le titre de l'ouvrage de Pinel, « philosophique » signifiait « hippocratique », trouvant l'argument « un peu court » (Pigeaud, 2001, p. 19). La « médecine philosophique », c'est la médecine qui a conquis le territoire de la philosophie consacré aux maladies de l'âme, en y plantant le drapeau qui portera désormais les couleurs de la psychiatrie : une *médecine philosophique*, et en aucun cas une *philosophie médicale*, prônée par exemple par Kant, pour qui « la psychiatrie est une branche de la philosophie, qui relève de ses méthodes et non de celles de la médecine » (Pichot, 1996, p. 43). Il ne s'agit en rien d'un dialogue entre deux approches mises sur un pied d'égalité, mais bien d'une annexion, comme le résume Pichot (1996) : « Pour Pinel et pour Esquirol, la psychiatrie est une part de la médecine. L'un et l'autre se méfient de la philosophie et surtout de la métaphysique » (p. 18).

Pinel définit les passions comme des « modifications inconnues de la sensibilité physique et morale », et il mentionne la colère, la frayeur, la douleur, la joie, le chagrin, la haine, les regrets, les remords, la jalousie, l'envie. Sous sa plume, la notion de passion est encore utilisée comme un synonyme d'émotion, les deux termes se côtoyant dans son traité. Ainsi, il

parle d' « émotions vives qui finissent par amener l'égaré de la raison » ([1809], 2005, p. 104). Dans une note, il fait le commentaire suivant concernant la prédisposition supposée des femmes à l'aliénation : « C'est surtout avant ou pendant l'écoulement périodique, ou bien à la suite des couches, que les émotions de toute espèce sont dangereuses, et c'est ce concours qui rend l'aliénation beaucoup plus fréquente parmi les femmes que parmi les hommes » (p. 103). Sa conception des passions semble un mélange de stoïcisme et d'aristotélisme : il est stoïcien lorsqu'il accuse les passions d'être à l'origine de la folie, mais il est aristotélicien dans la mesure où il ne les condamne pas a priori mais n'en craint que les excès : « elles ne dégénèrent en aliénation que parvenues à un très haut degré d'intensité ». Il souligne leur rôle potentiellement positif dans la vie sociale et prône la mesure, comme le souligne Pigeaud :

Si Pinel adopte la théorie stoïcienne de la passion comme début de la folie, il n'est pas stoïcien du point de vue de la cure ; c'est-à-dire il n'est pas pour l'éradication totale des passions. Il est, dirions-nous, aristotélicien, dans l'esprit qu'il a de "*contrebalancer les passions humaines les unes par les autres, partie importante de la médecine*" (1994, p. 139-140, souligné par nous).

On retrouve ici l'antagonisme prôné en médecine à cette époque et que nous avons évoqué plus haut, antagonisme qui sera repris et développé par Esquirol [1772-1840]. Cet élève de Pinel a placé le thème des passions au centre de sa thèse intitulée « Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale » (1805). On sait que Pinel a introduit le traitement moral des aliénés, c'est-à-dire un traitement par l'intermédiaire de la parole et une prise en compte du psychisme. Or, Esquirol précise que ce traitement moral ne saurait opérer au travers de la raison, car l'aliéné y est trop peu sensible. Pour cet auteur, c'est par l'intermédiaire des passions que le traitement moral doit être administré : « Sans doute les avis, les conseils, les raisonnements, les consolations sont des moyens de guérison ; [...] mais ce n'est qu'en donnant une secousse morale, en plaçant l'aliéné dans un état opposé et contraire à celui dans lequel il était avant de recourir à ce moyen » (p. 80). Dans les exemples qu'il donne, en fait de passion, c'est essentiellement la crainte qui est prônée, crainte qui est inspirée au patient de façon à l'intimider et le ramener au calme :

Nous avons vu déjà les effets de la crainte sur l'économie ; il faut beaucoup d'art pour la faire tourner à l'avantage des aliénés, et pour la faire servir à guérison ; mais, provoquée vivement et à propos, elle peut être très utile : elle détermine alors un spasme qui détruit celui qui entretenait le délire, comme l'avait observé Lorry dans son excellent traité, où il peint si bien les tourments de la mélancolie : *Spasmus spasmo solvitur* (p. 54).

C'est donc d'émotions que l'aliéniste parle, comme Pinel, lorsqu'il évoque les passions, y compris des sensations fortes impliquant directement le corps : « l'on guérit les aliénés par

*des secousses, des commotions physiques ou morales*, qui en ébranlant et menaçant, pour ainsi dire, la machine, la rejettent sur la voie de la santé » (p. 70, souligné par nous). Outre la crainte, il se réjouit de l'effet thérapeutique que provoque parfois l'émotion suscitée par la visite inattendue d'un proche. À noter qu'il mentionne également, en se référant à Lorry, les effets salutaires de la musique. En fait, la musicothérapie était déjà pratiquée dans l'Antiquité, prônée par exemple par Asclépiade, mais décriée par Caelius Aurélien (Pigeaud, 1981, p. 111). Parmi les émotions mobilisables dans un but thérapeutique, Esquirol avait donc envisagé ce qui sera appelé à la fin de ce siècle les « émotions esthétiques », et qui constituera l'un des premiers objets de recherche de la psychologie scientifique naissante (Wundt, 1874-1880 ; Ribot, 1896). Le thème des émotions esthétiques tombera par la suite dans l'oubli, jusqu'à sa réapparition dans la description de l'autisme, telle que nous l'avons évoquée à propos de l'enfant (cf. II.1.2.c, p. 78).

L'évolution de la notion de passion que nous avons retracée plus haut du point de vue des penseurs se retrouve dans le champ de la psychiatrie. Les passions ont été distinguées des émotions et ont été considérées progressivement comme des appétits ou penchants dont l'intensité mobilise l'essentiel de l'énergie d'un individu en vue de les satisfaire, signification qu'elles gardent encore aujourd'hui.

Le développement d'une conception plus active de la passion chez les philosophes et les moralistes se répercutera également dans le domaine de la santé mentale : à l'époque romantique, le passionné n'est plus passif, il adhère aux passions et les cultive, il n'est donc plus victime de ses débordements mais acteur coupable : « c'est le plaisir à mal faire qui y devient l'essentiel, de telle sorte que ce qui relevait de la passion comme résultat de l'aliénation va se trouver en rapport avec une organisation de la personnalité qui deviendra en 1912 la constitution perverse de Dupré » (Lantéri-Laura, 1997, p. 11). L'origine constitutionnelle des débordements passionnels était déjà supposée dans le cadre de la théorie de la dégénérescence, et nous avons souligné l'influence de la neurophysiologie sur les idées de Magnan dans le chapitre précédent (cf. IV.1.2, p. 126).

Pour cet auteur, la métaphore du déséquilibre renvoyait à l'hypothèse communément admise à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, selon laquelle le comportement humain normal correspondrait à un équilibre harmonieux entre les centres corticaux antérieurs, inhibiteurs et raisonnables, et les postérieurs excitateurs et passionnés. La dégénérescence correspondrait aux variétés héréditaires de ce déséquilibre.

Mais en même temps qu'elle s'est emparée de la figure du pervers, qui s'adonne délibérément aux passions néfastes, la psychiatrie a également accueilli dans son champ un type de passionnés qu'elle a regardés avec indulgence, probablement sous l'influence chrétienne que nous avons évoquée ci-dessus (cf. IV.2.1, p. 151). Le sujet y apparaissait alors davantage comme une victime consentante, qui se consumait pour sa passion. Mais surtout, il n'était alors que victime de lui-même et non pas agresseur, ou s'il l'était, ce n'est que par l'aveuglement de la passion qu'il embrassait, et non pas de façon délibérée. C'est ainsi que se dégagera par exemple la figure de « l'idéaliste passionné » introduite par Dide [1873-1944] en 1913. Ce type de passionné se caractériserait par son altruisme, par opposition à l'égoïsme du revendicateur. Dide insistait aussi sur la différence avec les délires d'interprétation, les passionnés ne présentant pas d'évolution délirante ; il distinguait plusieurs types d'idéalistes passionnés : les amoureux, les grands mystiques, les inventeurs, les réformateurs religieux, les communistes mystiques, les doctrinaires et les tortionnaires, les anarchistes-naturistes, propagandistes, magnicides (meurtriers d'une personnalité importante de l'Etat). Selon Lagache (1936), c'est avec les travaux de Dide que les « états passionnels » ont conquis le droit de cité dans la nosographie des psychoses. En effet, on verra apparaître chez plusieurs auteurs la notion de « psychose passionnelle », toujours avec le souci de la distinguer des mécanismes paranoïaques dont elle serait épargnée. Tel est le cas par exemple de Clérambault [1872-1934], qui inclut dans les psychoses passionnelles le délire de préjudice, le délire de jalousie et l'érotomanie. L'adjectif « passionnel » renvoie alors à une dimension affective qui rapprochera les psychoses ainsi qualifiées de ce qui sera appelé plus tard les troubles de l'humeur :

Certaines psychoses passionnelles sont morbides surtout par l'excitation, la dépression ou l'anxiété du passionné, par l'outrance de ses réactions affectives : c'est ce qu'on appelle parfois "*hyperesthésie* passionnelle". Ce sont les formes qui se laissent le plus facilement comparer aux phases maniaques ou dépressives (Lagache, 1936, p. 153, souligné par nous).

Classiquement, cette dimension affective n'est pas une caractéristique de la paranoïa, et on peut souligner pour notre propos que c'est souvent le terme d'*hyperesthésie* qui est utilisé pour la décrire, comme dans la citation précédente, et comme le relève également Bénézech (1997) :

Sur le plan strictement psychiatrique, les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle opposaient les psychoses passionnelles aux délires d'interprétation. La passion délirante jalouse, amoureuse, revendicatrice ne se développe pas obligatoirement sur un caractère paranoïaque ; elle se caractérise par une *hyperesthésie émotionnelle* et une structure en secteur, connaît une évolution rémittente centrée sur la réalité, possède une

dangerosité croissante avec des réactions antisociales peu prévisibles (p. 28, souligné par nous).

La dangerosité des passionnés peut les amener à commettre ce qui sera appelé des « crimes passionnels », notion qui impliquera sur le plan juridique une forme de circonstances atténuantes. Selon Bénézech, malgré la distinction établie historiquement entre passion et paranoïa, les classifications actuelles de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-IV) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10) rangent tout de même les états psychotiques classiquement décrits comme passionnels dans la catégorie du trouble délirant paranoïaque. En effet, les psychiatres ne parlent plus guère de psychoses passionnelles à l'heure actuelle. Comme la psychologie, la psychiatrie a écarté de son champ les notions dont le passé philosophique devenait encombrant, pour s'affirmer comme science et se rapprocher de la biologie : « [...] La psychiatrie moderne cherchera de plus en plus à s'affranchir de toute référence considérée comme fumeuse et non scientifique, telle que celle de "la passion", une notion ne pouvant pas obéir aux critères objectifs et univoques de la science » (Crosali Corvi, 2010, p. 103).

#### IV.2.4. DU CÔTÉ DES PSYCHANALYSTES

La passion « n'est pas un concept psychanalytique » (Kristeva, 1999, p. 27). Selon certains (Bourgeois et Haustgen, 2006), c'est le concept de pulsion qui en aurait pris en quelque sorte la place dans la théorie freudienne, parallélisme certes séduisant, surtout si l'on se souvient que le terme de *libido* était souvent utilisé pour désigner les passions. Mais il serait certainement abusif d'y voir davantage qu'une homologie, si on se réfère strictement à la définition freudienne de la pulsion et de la libido. Freud n'a pas développé la question du statut métapsychologique de la passion, en revanche plusieurs de ses successeurs ont tenté de le faire, et des ouvrages collectifs ou des numéros de revues ont été consacrés à ce thème (*Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 1980 ; *Apertura*, 8, 1993 ; *Perspectives psychiatriques*, 36, 1997 ; André, 1999 ; *Cliniques méditerranéennes*, 69, 2004). Parmi ces travaux, nous en mentionnerons quelques-uns qui entrent dans le cadre de notre propos.

Par exemple, Aulagnier (1979) considère la passion comme l'un des destins possibles du plaisir. Elle attribue à la passion essentiellement trois types d'objets possibles : une substance toxique, le jeu, et un objet relationnel. La relation passionnelle à ces objets peut, selon cet auteur, comprendre une dimension défensive, même si elle ne parle pas explicitement de défense : « La drogue, le jeu, l'autre aimé passionnément permettent – le temps de la

rencontre – de fuir le conflit et de croire réalisable et réalisé le fol espoir d’avoir exclu toute raison, tout risque, toute possibilité de souffrance psychique » (p. 14). Tout se passe comme si le sujet s’auto-aliénait et mettait délibérément son appareil mental hors d’état de penser de façon à éviter la confrontation avec le conflit et avec la souffrance qui en résulte. Selon l’auteur, les « passionnés » n’auraient pas rencontré de problème particulier dans la première phase de leur vie psychique, en revanche elle se demande s’il n’y a pas eu chez eux un « certain surinvestissement » du plaisir sensoriel (p. 190).

Khan (1980) évoque la notion de frénésie, dans un commentaire concernant l’*Idiot* de Dostoïevski. Selon Khan, la caractéristique essentielle de la frénésie consiste en « une intensification délibérée des affects : qu’il s’agisse d’amour (Rogojine), d’agapé (Muichkine), de colère vengeresse et d’égotisme frénétique (Nastasia), de mépris glacé et mordant (Aglaré), etc. » (p. 226, souligné par nous).

Cournut (1999), quant à lui, insiste sur une composante commune à toutes les passions, à savoir l’excès :

Probablement parce que de tous temps on la redoute, on a tendance à morceler la passion en la qualifiant : l’amour bien sûr, mais aussi la colère, l’avarice, la jalousie, etc. En fait, tous ces aspects de la passion ont en commun d’être de *l’excès* [...] ; les expressions en sont multiples et le plus souvent associées : décharge émotionnelle, larmes, cris, logorrhée, manifestations neurovégétatives de chaud, de froid, ou motrices (tremblements, vertiges, malaise, etc.) (p. 22, souligné par l’auteur).

Selon lui, on assiste dans la passion à un débordement pulsionnel, à un débordement d’excitations qui sidère l’appareil psychique et met à mal le Moi dans ses tentatives de maintenir un équilibre face aux aléas du monde interne et du monde externe. Une des réactions possibles du Moi consisterait alors à « allumer un contre-feu » :

Dans certains cas, la crue pulsionnelle déclenche un mouvement de contre-investissement : toute l’énergie de l’appareil psychique se rassemble [...] pour contrer, charge contre charge, les quantités d’excitation ou de pulsions. On peut comprendre ce mouvement énergétique par un exemple simple et trivial : pour ne plus entendre le bruit excessif des voisins, on fait marcher très fort sa propre radio. La méthode est efficace, mais elle coûte cher : cette dépense d’énergie de contre-investissement vide toute l’énergie de l’appareil psychique, ce qui donne un tableau clinique que j’ai appelé "névrose du vide" : le sujet est morne, sans réaction, sans émotion, sans pensée ; mais sous la cendre il y a une braise brûlante qui, dès qu’on la réveille, se met à flamboyer (p. 23).

Dans le cas de figure décrit par Cournut, tout se passe comme si la passion représentait une menace d’embrasement contre laquelle l’appareil psychique pouvait mobiliser un contre-

investissement aboutissant à une apathie et un épuisement psychique. On peut se demander, à l'inverse, si la passion ne pourrait pas être plutôt le contre-feu que la menace, si elle ne pourrait pas constituer elle-même un contre-investissement contre un débordement par l'angoisse, selon les mécanismes que nous avons décrits plus haut (cf. III.2.2, p. 106).

Si la passion est susceptible d'avoir une fonction défensive, on peut y voir une raison supplémentaire de ne pas la considérer comme un synonyme de pulsion. L'excès caractéristique des passions, sur lequel insiste Cournut, pourrait refléter non pas le débordement incontrôlé des pulsions, mais une *surenchère défensive* de certaines sensations destinée à étouffer d'autres sensations liées à l'angoisse. Dès lors, la passion elle-même serait à comprendre comme un contre-investissement ayant pour but de faire obstacle au surgissement de l'angoisse. C'est ainsi qu'on peut comprendre l'aphorisme de Vallon (2001) : « La passion annule l'angoisse. [...] Sortir de la passion, avant son issue naturelle qui sera la dépression, impose de rencontrer l'angoisse. Tous les passionnés n'en ont pas envie » (p. 56).

La notion de contre-investissement proposée par Cournut présente l'intérêt de préciser le type de défense dont il est question dans la surenchère des sensations. Nous avons vu en effet que les psychosomaticiens rangeaient les procédés autocalmants dans le registre des mécanismes de défense, sans en préciser davantage la nature. La notion de contre-investissement semble appropriée dans la mesure où elle fait référence à des forces en présence de même nature, en l'occurrence il s'agirait de sensations exacerbées pour éviter le débordement par d'autres sensations, selon un effet antagoniste que le préfixe « contre » traduit bien. Laplanche et Pontalis (1967) définissent le contre-investissement non pas directement comme un mécanisme de défense, mais comme un processus économique postulé par Freud comme support de nombreuses activités défensives du Moi. Il peut s'agir d'investissement de représentations mais aussi d'attitudes destinées à « faire obstacle à l'accès des représentations et désirs inconscients à la conscience et à la motricité » (p. 101). Laplanche et Pontalis font remarquer que ce qui est contre-investi peut être, aussi bien une représentation qu'une situation, un comportement, ou un trait de caractère.

Nous mentionnerons encore les réflexions que Gori (2002) a menées au sujet des passions. Lui aussi les envisage comme pouvant être sous-tendues par un processus défensif : « Ce que la situation psychanalytique permet d'approcher, c'est la manière dont la passion fait non seulement parure mais aussi parade » (p. 43). Dans ses tentatives d'identifier ce contre quoi

serait érigée cette « parade », il mentionne entre autres l'angoisse : « Bien sûr dans la passion il y a le pur affect de l'angoisse. L'angoisse hante démesurément le passionné en lui rappelant sans cesse qu'il jouit de sa perte » (p. 280).

#### IV.2.5. DISCUSSION : LES PASSIONS, REMÈDE CONTRE LES PASSIONS

La notion de passion, comme celle d'hyperesthésie ou d'hystérie, apparaît polysémique et il n'est pas possible d'en donner une définition univoque ou des critères consensuels. On peut comprendre dès lors qu'elle ne figure plus dans les classifications psychiatriques actuelles. Nous rejoignons de ce point de vue Lantéri-Laura (1997) qui affirme : « [...] Rien ne nous garantit qu'entre la passion comme expérience humaine et la passion comme processus psychopathologique il ne se trouve pas davantage de parenté qu'entre le Chien, constellation, et le chien, animal aboyant, comme le rappelait autrefois Spinoza » (p. 12). L'auteur se demande même si la notion de passion peut être considérée comme un processus psychopathologique au même titre que les hallucinations ou les interprétations. Nous partageons ce scepticisme, et nous nous sommes contentés de rechercher dans l'histoire de cette notion des références à la tendance chez un individu à exacerber ses « émotions », et de relever les motivations attribuées à cette tendance.

Au-delà des divergences entre époques, entre disciplines et entre auteurs, nous avons vu que la notion d'antagonisme entre sensations est apparue à plusieurs reprises dans l'histoire des discours sur les passions. Il a ainsi parfois été recommandé de cultiver certaines passions pour en combattre d'autres, tantôt sur un mode allopathique (passions opposées), tantôt sur un mode homéopathique (passions similaires), tantôt sur un mode sublimé. Mais ce n'est que dans une perspective psychodynamique qu'il est envisagé que les passions puissent être investies à l'origine comme un « procédé autocalmant », précisément selon ce même principe antagoniste. Avant l'avènement de la psychanalyse, les passions pouvaient être recommandées comme outil thérapeutique, à condition qu'elles soient délibérément choisies par « l'âme rationnelle » et contrôlées par elle. Dans l'optique chrétienne, elles sont aussi valorisées comme rédemptrices, mais alors c'est toujours par le truchement d'un garant externe, en l'occurrence non pas la raison mais Dieu. *Ce n'est que dans la conception psychanalytique du psychisme qu'apparaît l'idée que des processus de rééquilibration, de rétablissement de l'équilibre psychique, puissent être activés de l'intérieur en dehors du contrôle de la raison.* La notion même de mécanisme de défense inconscient en est l'illustration la plus évidente, et la notion actuellement en vogue de « résilience » en est un

avatar. Le « Moi » défini par la psychanalyse s'avère plus large que « l'âme raisonnante » des philosophes, si bien que des processus peuvent être mobilisés par le Moi en dehors du contrôle de la raison, en dehors même de la conscience. La psychanalyse a ainsi introduit une rupture épistémologique dans la compréhension du normal et du pathologique, rupture par rapport à une tradition philosophique demeurée incontestée depuis l'Antiquité, selon laquelle la tranquillité de l'âme ne pourrait advenir que sous l'égide de la raison, et dont l'approche *cognitivo-comportementaliste* apparaît comme l'héritière actuelle en psychologie de ce point de vue. Vallon (2001) fait allusion à une telle rupture :

Les Passions s'opposaient naguère à la Raison, au point d'être confondues avec l'ensemble de la vie affective. L'apparition de la psychanalyse comme science des mouvements de l'âme, incontrôlés et puissants, n'a pu qu'en modifier l'abord. Pour la première fois dans l'histoire – peut-être grâce à la psychanalyse – nous pouvons concevoir cette âme dans une dynamique inconsciente qui réintègre le déraisonnable au comportement habituel, sinon normal, de l'humain. Le diabolique de la folie, l'irraisonné du sentiment ne sont plus à expulser (p. 35).

À partir du moment où la passion est investie comme un procédé autocalmant, elle ne peut plus être associée, comme elle l'a été à son origine et dans son étymologie, ni à la passivité ni à la souffrance. La passivité de la passion s'accordait avec une conception de l'âme considérant que la raison, siège de l'action éclairée, est emportée par les passions, irrationnelles par nature, comme par une vague dangereuse. Lorsqu'elle est regardée comme un procédé autocalmant, la passion apparaît comme un phénomène actif, auquel le Moi d'un sujet *s'adonne* positivement, même si cet engagement ne se fait pas sous l'égide de la raison. Par ailleurs, si la motivation de la passion est autocalmante, elle n'est plus synonyme de souffrance, mais au contraire, de tentative d'apaisement, même si cette tentative peut être vouée à l'échec et que le remède peut s'avérer au moins aussi douloureux que le mal qu'il combat.

Nous terminerons par un autre commentaire épistémologique. Dans la représentation collective actuelle, il semble que les philosophes de l'Antiquité soient généralement considérés comme des penseurs préoccupés avant tout par la connaissance et la compréhension du monde, dépositaires d'un âge d'or de la mentalisation et de la pensée abstraite. Leur idéalisation va de pair avec un certain mépris de l'époque moderne, considérée comme terne à l'aune de la pure lumière antique. Or, l'évolution du discours sur les passions au fil de l'histoire s'inscrit en faux contre une telle vision, et s'avère beaucoup plus compatible avec l'épistémologie piagétienne, selon laquelle la pensée se construit d'abord par

des « opérations concrètes » avant de pouvoir atteindre un niveau abstrait. C'est ainsi que la préoccupation des penseurs antiques concernant les passions s'avérait essentiellement pragmatique et utilitaire, comme le relève Moreau (2003) :

La connaissance des passions, dans l'Antiquité, est donc avant tout une connaissance de l'action sur les passions. La pluralité même des attitudes à leur égard renvoie à des différences dans la conception de cette action. Les passions ne sont guère envisagées pour elles-mêmes et en elles-mêmes, mais s'insèrent dans une stratégie plus vaste visant à ordonner (Platon), à persuader (la rhétorique aristotélicienne), à émouvoir (Horace) ou à guérir (paradigme stoïcien). En ce sens, même si elle peut en parler beaucoup [...], la passion n'est pas au sens strict un objet théorique pour la pensée antique. Elle représente plutôt une cible ou un moyen d'atteindre une cible (p. 4).

D'une façon générale, toutes les réflexions psychologiques développées dans l'Antiquité semblaient sous-tendues par des préoccupations pragmatiques, comme le souligne également Pélicier (1977-8) :

Mais les Grecs, et surtout les Latins, étaient gens pratiques. La psychologie des caractères est pour eux une arme politique, diplomatique. Lisons César : ce qu'il dit du caractère des Gaulois n'est pas gratuit. Il connaît leur courage, mais aussi leur versatilité. Il sait qu'il faut être persévérant, qu'on peut compter sur leurs querelles. [...] Il mène sa campagne avec parfois, comme guide, une sorte de manuel ethnologique (p. 64).

Par opposition, les philosophes de l'âge classique tels que Descartes, Hobbes ou Spinoza, auraient introduit une rupture avec leurs prédécesseurs antiques, dans la mesure où ils analysaient les passions pour elles-mêmes. Avant d'être pratique, leur conception serait « théorique et constitutive d'une anthropologie » (Moreau, 2003).

## V. SENSATIONS ET TROUBLES PSYCHIQUES

Dans le chapitre précédent, nous avons recherché les manifestations d'hyperesthésie dans le champ du tempérament ou du caractère chez l'adulte, c'est-à-dire dans le registre de la psychologie normale. Nous nous sommes également attardés sur la notion de passion, ce qui nous a amenés à dépasser par moments la limite de la normalité pour entrer sur le territoire des troubles mentaux, en rappelant le lien que faisait la psychiatrie, depuis ses débuts, entre aliénation et passions. Dans le présent chapitre, nous allons traiter plus en profondeur de l'hyperesthésie dans le champ de la pathologie.

La frontière entre une hyperesthésie normale ou caractérielle et une hyperesthésie morbide n'est évidemment pas toujours facile à délimiter. Parmi les auteurs qui ont proposé une typologie des caractères, certains ont bien vu que des points communs existaient entre ces deux formes d'hyperesthésie. Par exemple, Malapert (1906), dont nous avons présenté la conception du caractère, avait bien remarqué qu'une exacerbation des sens se rencontrait aussi dans certaines affections mentales :

[...] Dans certaines névropathies, l'hystérie, la neurasthénie, la mélancolie agitée, se manifeste une suracuité extraordinaire de la sensibilité sensorielle et morale : l'odeur d'une fleur, le froissement d'une étoffe de soie, amènent des évanouissements, des crises de nerfs. L'émotivité morbide diffuse consiste en une disposition permanente à ressentir des émotions dont la violence, la fréquence, la durée sont sans proportion aucune avec leurs causes. Toujours vibrant, d'une extraordinaire irritabilité morale, passant sans raison de l'enthousiasme le plus exubérant à la terreur la plus accablante, de la joie la plus vive à la tristesse la plus profonde, de l'amour à la haine, de la tendresse à la colère, voilà le malade (p. 28).

Nous n'allons pas tenter d'établir un inventaire exhaustif de toutes les manifestations d'hyperesthésie dans l'histoire de la psychopathologie, ce qui nous entraînerait dans une entreprise trop vaste qui risquerait de finalement nous égarer plutôt que nous éclairer. Nous avons donc pris le parti de limiter notre étude à quelques-unes des pathologies les plus prégnantes par rapport au thème qui nous occupe.

Nous allons commencer par l'entité la plus incontournable, celle dont l'hyperesthésie a été considérée comme la plus prototypique, à savoir l'hystérie. C'est d'ailleurs à son propos qu'on a le plus souvent utilisé le terme même d'hyperesthésie. Nous aborderons ensuite la question des sensations dans les troubles de l'humeur. Ce n'est alors pas toujours le signifiant d'hyperesthésie qui a été utilisé, mais on peut se demander si les termes choisis pour décrire ces troubles de l'humeur ne recouvrent pas, au moins partiellement, le même sens.

## V.1. Hyperesthésie et hystérie\*

Sans doute il arrivera un moment où l'hystérie sera démembrée et il n'est pas impossible de prévoir dès maintenant certaines subdivisions qui s'établiront plus tard (Janet, [1911], 1983, p. 437).

Le terme d'hystérie ne fait plus guère partie de la nomenclature psychiatrique. En 1980, le DSM-III l'a supprimé (ainsi que celui de névrose) et a choisi l'appellation « troubles dissociatifs » pour dénommer ce qui jusque-là était qualifié d'hystérique. Ce changement est lié au souci d'éviter toute référence à des concepts directement associés au modèle psychanalytique, le DSM se voulant athéorique, ainsi qu'au manque de consensus concernant l'appellation d'hystérie. Notons qu'au XIX<sup>e</sup> siècle déjà, Lasègue [1816-1883], alors qu'il tentait de clarifier cette notion, a conclu de façon catégorique : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type, même descriptif, puisse comprendre toutes les variétés » (1884, p. 78). Il rejoignait Galien, dont le jugement n'était pas moins sévère : « La passion hystérique n'est qu'un mot, tant variées et innombrables sont les propriétés qui la constituent » (cité par Corraze, 1994, p. 284). De même, dans la CIM-10 (OMS, 1993), on trouve la précision suivante : « Le terme "hystérie" a de nombreuses significations différentes, et, pour cette raison, n'a pas été retenu pour désigner l'un quelconque des troubles décrits dans la CIM-10. Il a été remplacé par le terme "dissociatif" » (p. 12).

Sans entrer dans la polémique qui oppose ceux qui regrettent cette disparition et ceux qui s'en réjouissent, nous allons nous arrêter sur la période qui l'a précédée, en observant particulièrement le sort réservé aux sensations. Nous ne remonterons pas plus loin dans l'histoire, car c'est surtout au XIX<sup>e</sup> siècle justement qu'une attention particulière a été portée aux sensations dans l'hystérie, en raison du contexte historique que nous avons déjà longuement retranscrit plus haut. En effet, la compréhension de l'hystérie a, elle aussi, été profondément remaniée suite à l'évolution des connaissances concernant le système nerveux. Rappelons que dans l'Antiquité, on voyait l'utérus (d'où dérive le terme d'hystérie) comme un organisme vivant analogue à un animal doué d'une certaine autonomie et dont les

---

\* Ce chapitre intègre des éléments discutés dans un article publié (Revaz O., Rossel F. (2007). « Dissociation "hystérique" et scission schizophrénique : une contribution des techniques projectives ». *Psychologie clinique et projective*, 13, 93-122).

déplacements expliquaient les crises de la maladie (Trillat, 1986). Celles-ci étaient comprises comme des manifestations passionnelles, au sens que nous avons retranscrit dans le chapitre consacré à cette notion, et c'est aussi de passion que parle Galien dans la citation ci-dessus. Briquet [1796-1881], dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (1859) qui fera référence à son époque, explique que tous les symptômes hystériques s'expriment par des manifestations passionnelles :

Tout phénomène hystérique a son type propre dans les diverses actions vitales par lesquelles les sensations affectives et les passions se manifestent à l'extérieur [...]. Tous ces troubles hystériques qui paraissent si bizarres et qui ont si longtemps dérouté les médecins, ne sont que la répétition pure et simple de ces actes, augmentés, affaiblis ou pervertis ; qu'on prenne un symptôme quelconque de l'hystérie, et l'on trouvera toujours son modèle dans l'un des actes qui constituent les manifestations passionnelles (p. 4).

Or, si on pouvait imaginer, dans l'Antiquité, que l'utérus détenait le pouvoir de déclencher de telles manifestations passionnelles, cette croyance allait tomber en désuétude à partir du moment où on avait identifié le cerveau comme le centre de la sensibilité et des passions : il allait alors devenir « le foyer où viennent se rendre les sensations causes productrices de l'hystérie, et le point de départ des phénomènes de cette maladie » (*ibid.*, p. 4).

C'est pour signifier cette nature nerveuse que l'hystérie sera appelée névrose, et Briquet insiste même dans sa définition sur sa localisation cérébrale, pour bien se démarquer des croyances antérieures : « Pour moi l'hystérie est une *névrose de l'encéphale* dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des *sensations affectives* et des *passions* » (p. 3, souligné par nous).

Henri Colin [1860-1930], qui consacra avant Janet sa thèse de médecine à l'état mental des hystériques (1890), partageait la même conviction que Briquet. Dans ce travail, il se référait à Georget, le premier selon lui à avoir eu une idée nette de l'hystérie, et qui l'avait appelée en 1821 « cérébropathie spasmodique ». Pour Colin, la caractéristique principale commune aux hystériques, c'est l'impressionnabilité extrême des centres psychiques. Il décrivait le cerveau de l'hystérique comme une cire dans laquelle s'impriment toutes les impressions internes ou externes : « Les hystériques sont avant tout des sensitifs. [...] C'est toujours le cerveau sensitif qui est impressionné, et qui réagit sur le cerveau moteur et les centres nerveux » (p. 14-15).

La substitution d'une étiologie nerveuse à une étiologie utérine allait évidemment avoir une incidence sur l'influence supposée du sexe dans cette affection, et Colin n'a pas suivi Briquet sur ce point. En effet, ce dernier semble avoir tenté de maintenir une justification de la

prévalence féminine de l'hystérie par la plus grande sensibilité supposée des femmes : « C'est parce que les femmes *sentent vivement* qu'elles deviennent si fatalement la proie de l'hystérie » (Briquet, 1859 p. 100, souligné par nous). Cette sensibilité était rattachée à la constitution nerveuse des femmes, hypertrophiée de façon à leur permettre de remplir les tâches sociales qui étaient estimées leur revenir naturellement. Voici un extrait de l'argumentation de Briquet concernant la question de l'influence du sexe sur l'occurrence de l'hystérie :

- 7° La femme a dans la société une mission noble et de la plus grande importance, celle d'élever l'enfance, de soigner et de faire le bien-être de l'âge mûr et de la vieillesse ;
- 8° Pour remplir ce but, elle a été douée d'un mode spécial de sensibilité qui est fort différent de celui de l'homme ;
- 9° C'est dans ce mode de sensibilité que se trouve la source de l'hystérie (p. 51).

Dans la thèse de Colin, écrite une trentaine d'années plus tard, et contemporaine de la découverte du neurone, ce ne sont pas seulement les justifications de la prévalence féminine de l'hystérie qui sont abandonnées, mais cette prévalence elle-même : « L'hystérie affecte les deux sexes dans une proportion que nous ne serons pas éloigné de considérer comme égale de chaque côté. Nous sommes loin des idées de Briquet à ce sujet. Briquet, en effet, regardait la prédisposition de l'homme à la maladie comme étant 20 fois moins grande que celle de la femme » (p. 16).

On sait que le jeune Freud, malgré le fort impact de son séjour en France, n'a pas adhéré à la conception, qui y dominait alors, d'une étiologie nerveuse de l'hystérie. Il continuait d'admettre que cette maladie se rencontrait surtout chez la femme, ce qu'il n'expliquait ni par une affection de la matrice, ni par sa constitution nerveuse particulière, mais par sa position sexuelle passive. En effet, il postulait que l'hystérie avait pour origine un « abus sexuel pratiqué par une autre personne », une « expérience de passivité sexuelle avant la puberté » (Freud, [1896 a], 2005, p. 417). C'est ainsi que pour lui, « [...] la passivité sexuelle pour la pathogenèse de l'hystérie semble même dévoiler la raison de la connexion plus intime de l'hystérie avec le sexe féminin [...] » (*ibid.*, p. 421).

#### V.1.1. L'HYPERESTHÉSIE HYSTÉRIQUE AU XIX<sup>E</sup> SIÈCLE

Ainsi, à cette époque, on était particulièrement attentif à l'hyperesthésie ou à l'anesthésie dans ce qu'on appelait névrose, dans la mesure où on essayait de mesurer les sensations. C'est pourquoi, au XIX<sup>e</sup> siècle, l'hystérie s'est retrouvée analysée du point de vue qui était alors en vogue, c'est-à-dire en termes d'intensité nerveuse. Dubois (cité par Corraze, 1994, p. 285) fait

état de « sensations anormales ». Ribot (1896) cite un ouvrage de Goldscheider intitulé *Ueber den Schmerz*, qui établit trois niveaux dans les douleurs physiques :

1 douleurs vraies, réelles (*echte*) ; elles dépendent des nerfs de la sensibilité générale et sont causées par des excitations mécaniques, thermiques, chimiques, par l'inflammation, les poisons ; 2 douleurs indirectes, pseudo-douleurs qui consistent surtout en un état de malaise (*Schmerzweh*) ; (...) 3 douleurs psychiques ou idéales (*ideel*), qui sont une *hyperesthésie de l'activité sensitive* : elles se rencontrent dans les névroses (neurasthénie, hystérie, hypocondrie), dans les hallucinations, l'état hypnotique, etc. (p. 48, souligné par nous).

Ainsi, l'hyperesthésie, ou « exaltation de la sensibilité » (Janet, 1911, p. 259), figure en bonne place parmi les caractéristiques décrites chez les hystériques dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle. Briquet (1859), par exemple, la place au premier rang des « stigmates » de l'hystérie. Pour lui, les symptômes principaux de cette maladie sont les suivants : « Une sensibilité extrême du système nerveux ; des hyperesthésies diverses, au milieu desquelles dominent des douleurs à la région épigastrique, au côté gauche du thorax, et le long de la gouttière vertébrale gauche » (p. 5). Krafft-Ebing [1840-1902] parle de l'« hyperesthésie psychique » des hystériques (1879). Ganser [1835-1931] rappelle la définition de Kraepelin selon laquelle dans l'hystérie, « des troubles corporels passagers et diverses formes d'une folie particulière peuvent être déterminées par des représentations provoquant des sensations fortes » (1902).

Nous nous arrêterons plus longuement sur la position de Janet [1859-1947], dans la mesure où c'est surtout à sa théorie que renvoie la classification actuelle des troubles dits « dissociatifs » (Garrabé, 1999). Dans sa thèse de médecine intitulée *L'état mental des hystériques* ([1911], 2<sup>e</sup> éd., 1983), il consacre un chapitre aux « dysesthésies » et « hyperesthésies » (p. 250-269) : « Parmi les troubles de la sensibilité, ceux qui forment les accidents les plus importants sont les hyperesthésies ou mieux les hyperalgésies. Certains points du corps semblent doués d'une sensibilité si délicate qu'ils sont constamment douloureux et deviennent le point de départ de douleurs vives et d'autres accidents dès qu'ils subissent le plus léger contact » (p. 259). Tout se passe donc comme si la moindre stimulation était vécue comme une agression : « H... semble effrayée dès que je veux toucher son bras, elle suit avec terreur mon doigt qui s'approche, elle saute et pousse des cris affreux dès que j'effleure sa peau. [...] Chez une autre malade, j'ai constaté à ce propos un fait plus décisif encore : elle hurlait dès qu'elle voyait ma main approcher de son ventre [...] » (p. 262, souligné par l'auteur). À la lecture de ces exemples, l'hypothèse qui s'impose pour expliquer cette distorsion de la sensation est celle d'une manifestation d'un vécu persécutoire. L'hystérie était couramment associée avec la

persécution, et Janet en avait connaissance : « Beaucoup d'auteurs ont signalé des idées de persécution [...] épisodiques chez des hystériques. M. Séglas décrit en particulier une malade qui explique par les persécutions des curés et par le poison qu'on lui fait prendre toutes ses douleurs dues à des hyperesthésies hystériques » (p. 401). Dans le même ordre d'idées, il relate le cas d'une patiente qui « se plaint que sa soupe ait un goût de poison, quoiqu'elle ne puisse guère préciser ce goût » (p. 251). Il fait le commentaire plein de bon sens selon lequel il est évident que ce type de plaintes « se rapportent aux préoccupations des malades ». Ou encore, il relate le cas de deux de ses patientes qui se plaignent de maux de têtes, liés à la conviction d'avoir une bête dans le crâne qui leur ronge le cerveau. Dans le chapitre de sa thèse consacré à l'hyperesthésie, son souci semble plutôt de démontrer qu'elle est « imaginaire », c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'une exagération physiologique mais psychologique des sensations, exagération due à une association des sensations en question avec des phénomènes pénibles. Si la notion de persécution n'est pas toujours explicitement évoquée à ce propos, c'est bien d'une menace, d'une angoisse d'agression qu'il est question :

[...] Le sujet a souvent, au même moment, l'esprit envahi par des hallucinations plus ou moins nettes, par des souvenirs pénibles ou terrifiants. [...] La sensation n'est pas douloureuse en elle-même par son intensité, mais par sa qualité, ses caractères, elle est devenue le signal auquel se rattachent par associations d'idées un ensemble de phénomènes extrêmement pénibles, et dont le malade redoute à juste titre la reproduction (p. 269).

Janet évoque aussi l'apparition de sensations, notamment douloureuses, au moment où le patient est sollicité : « Quand l'attention est à peu près fixée et que le sujet travaille réellement à comprendre ce qu'on lui fait lire, ou à effectuer un petit calcul, toutes sortes de *souffrances* commencent ; des inquiétudes de tous côtés, des maux de tête souvent atroces, qui seront quelquefois persistants, obligent à interrompre » (Janet, [1911], 1983. p. 115, souligné par l'auteur). L'auteur interprète ces faits d'un point de vue associationniste, selon lequel le patient, contraint d'utiliser « toute sa petite force mentale » pour faire attention à quelque chose, sacrifierait momentanément tout le reste. Quant à nous, nous interpréterions l'irruption des sensations douloureuses en termes de vécu persécutoire et de lutte contre une angoisse d'intrusion.

Janet avait tout à fait perçu l'importance des idées persécutoires chez ses patients. Il pensait que l'hystérie pouvait provoquer des délires de persécution (Janet, 1895). Dans l'*Etat mental des hystériques*, il reconnaissait que les idées de persécution sont « assez importantes chez ce genre de malades » ([1911], 1983, p. 332). Il constatait que ces idées habitaient leurs rêveries et pouvaient s'observer « plus ou moins fréquemment chez presque toutes les malades. Maria

passait ainsi des heures à s'indigner contre une autre malade ou contre son mari, à rouler des propos de vengeance et de suicide » (p. 333). Il estimait cependant que ces idées « ne se présentent pas de la même manière que chez les véritables persécutés » (p. 333). Pour lui en effet, elles n'avaient pas la cohérence et la cohésion qu'elles ont chez les « persécutés vrais », tout en concédant que, dans certains cas, le diagnostic devient délicat (p. 401-404). Il avait l'humilité de reconnaître qu'un grand nombre de questions demeuraient sans réponses concernant le lien entre hystérie, aliénation et délire :

Il y a là certainement un problème obscur, dont la solution ne dépend pas seulement des études sur l'hystérie, mais encore de toutes les autres théories relatives aux délires en général et à l'aliénation. La classification des maladies mentales est encore si vague, remplie de tant de contradictions et d'obscurités, qu'une certaine indécision à propos de délires particulièrement complexes doit paraître excusable (p. 404).

La dimension persécutoire de l'hystérie a été oubliée depuis, et nous rejoignons Maleval (2001) lorsqu'il regrette, dans sa préface de l'édition française du livre de Libbrecht consacré aux *Délires de l'hystérique*, le peu d'attention consacré à la connotation paranoïaque de ceux-ci :

Le délirium hystérique qui emprunte des formes paranoïaques mérite une mention particulière, car sans doute le plus méconnu. K. Libbrecht elle-même ne semble pas lui accorder la place qu'il mérite. De manière surprenante, son étude très complète sur la grande hystérie laisse de côté trois contributions majeures à l'étude de celui-ci : "Les hystériques accusatrices" de Garnier, "Les délires de persécution curables" de Mlle Petit, et surtout les recherches de Kretschmer sur "Le délire de relation des sensitifs". On constate pourtant que se trouve incluse dans ce dernier la patiente de Bjerre à propos de laquelle Freud porta le diagnostic de "paranoïa hystérique" (p. 13).

En effet, Freud avait remarqué des analogies entre fantasmes hystériques et délires paranoïaques (Libbrecht, 1994, p. 123). Aux contributions mentionnées par Maleval, on peut ajouter celle de Krafft-Ebing (1879), qui parle comme Freud de « paranoïa hystérique », en insistant précisément sur les sensations éprouvées.

L'hyperémotivité semble également souvent à comprendre comme l'expression du vécu persécutoire : « Chez certains malades, la susceptibilité est en effet énorme ; un accident quelconque, un mot, un regard provoquent un bouleversement tout à fait disproportionné. Witm... et Marguerite se fâchent pendant des semaines entières, parce que, disent-elles, on les a regardées de travers » (Janet, [1911], 1983, p. 181). Janet relève par ailleurs que les émotions des hystériques sont généralement non seulement disproportionnées, mais stéréotypées, sans rapport avec les situations qui les ont provoquées.

Cette compréhension de l'hyperémotivité en termes de persécution permet de faire un lien avec les découvertes récentes de la neurologie en ce qui concerne un autre symptôme

classiquement considéré comme hystérique, à savoir les paralysies dites « de conversion ». En effet, Vuilleumier (2005) fait l'hypothèse que ces paralysies seraient liées à une inhibition du circuit moteur occasionnée par un circuit des émotions trop actif : les symptômes « hystériques » représenteraient « un type de réactions affectives et comportementales stéréotypées, anormalement déclenchées ou maintenues lors de situations émotionnelles perçues comme *menaçantes ou mettant l'individu en détresse, physique ou psychologique* » (p. 69, souligné par nous). On peut noter que ces résultats tendent à confirmer, plus d'un siècle plus tard, l'intuition de Colin (1890) selon laquelle, dans l'hystérie, c'est « le cerveau sensitif qui est impressionné, et qui réagit sur le cerveau moteur » (p. 15).

Parallèlement à leur hyperesthésie, les hystériques laissaient les observateurs perplexes de par leur anesthésie :

Un grand nombre de malades atteints d'hystérie, placés dans les conditions où un homme normal éprouverait une sensation plus ou moins vive, se conduisent comme s'ils ne sentaient absolument rien : ils ne réagissent pas, et ne se plaignent pas si on les pince, si on les pique, si on les brûle ; interrogés, ils déclarent n'avoir pas entendu un bruit ou n'avoir pas vu un objet éclairé et placé cependant devant leur œil ouvert. [...] En un mot il n'y a pas une sensation reconnue par les psychologues qui ne puisse être modifiée ou supprimée par l'anesthésie de ces malades (Janet, [1911], 1983, p. 10).

L'insensibilité de ces patients serait-elle la même que celle que nous avons évoquée plus haut (cf. II.1.1.c., p. 64 ; II.1.2.c, p. 79) à propos des automutilateurs ? Janet évoque en effet non seulement l'anesthésie des hystériques, mais aussi leur analgésie, parfois dans le contexte de douleurs autoprovocées. Il donne l'exemple d'une patiente qui plaçait ses pieds sur une boule d'eau trop chaude, de telle façon que le lendemain on trouvait des brûlures étendues sur la plante de ses pieds. Dans un état hypnotique, lorsqu'on lui demandait si elle avait souffert, elle répondait affirmativement, tout en se montrant incapable d'expliquer pourquoi elle n'avait pas retiré ses pieds (p. 50-51).

Ribot (1896) relate également des cas d'analgésie hystérique, et il fait allusion à Janet en disant que certains auteurs assignent à cette analgésie une cause psychologique : « Les impressions pénibles ne seraient pas senties, parce qu'elles restent en dehors du champ de la conscience qui, chez ces malades, est à l'état presque permanent de désagrégation, d'éparpillement, de destruction » (p. 33). Nous retrouvons ici l'une des explications de l'analgésie que nous avons évoquée déjà dans la partie consacrée à l'enfant.

En tout état de cause, les hypothèses neurologiques ne peuvent être retenues dans les cas d'anesthésie hystérique relatés par Janet. En effet, d'une part les zones d'insensibilité décrites

par les sujets ne correspondaient qu'à leur représentation subjective et non pas à la réalité neurologique. En outre, lorsqu'on les stimulait pendant leur sommeil, ils réagissaient, de même que les sujets prétendument paralysés bougeaient pendant la nuit leurs membres censés demeurer immobiles. Enfin, ils tombaient dans les erreurs des simulateurs lorsqu'on les soumettait aux techniques des médecins militaires destinées à démasquer ceux-ci. Par exemple, ceux qui soutenaient avoir perdu la vision d'un œil montraient qu'il n'en était rien lorsqu'on leur faisait identifier des objets à travers un petit appareil dans lequel des miroirs inversaient les côtés droit et gauche. Cependant, il ne semble pas que les malades en question soient à considérer comme des simulateurs pour autant. Charcot, déjà, méprisait ceux qui le pensaient, et il se plaisait à dire que la simulation n'existe que pour les ignorants (Colin, 1890, p. 11). Janet se refuse également à cette hypothèse qu'il trouve grossière et insuffisante, et il préfère expliquer l'anesthésie par la *distraction*, en se référant à l'associationnisme de son époque d'une façon qui n'apparaît aujourd'hui plus guère convaincante. En revanche, il mentionne l'opinion de Lasègue qui voyait plutôt l'anesthésie hystérique comme une forme de perturbation psychologique semblable à une aliénation. Cette hypothèse est compatible avec celle que nous avons évoquée plus haut à propos des automutilations, et qui rattachait celles-ci à l'angoisse de morcellement (cf. II.1.2.b, p. 70). On peut se demander effectivement si ces anesthésies n'étaient pas l'expression de cette angoisse et de l'absence d'intégrité du corps, d'une façon similaire à l'hallucination négative ou au syndrome de Cotard (1882). Curieusement d'ailleurs, Janet semble redécouvrir chez les hystériques le même syndrome, qu'il appelle « anesthésie organique », sans se référer au « délire de négation » qui avait déjà été décrit depuis quelques années et qu'il semblait ignorer.

Deux cas de figure sont alors envisageables, qui ne s'excluent pas et peuvent coexister :

– dans le premier cas de figure, l'anesthésie constituerait une lutte contre le morcellement, ou plus particulièrement une lutte contre le vécu persécutoire. Dans ce cas, « ne pas sentir » reviendrait à se protéger contre les menaces potentielles. De façon similaire à l'autiste qui se couperait à la fois de son monde interne et du monde extérieur à travers l'« adhésion » à une sensation reproduite indéfiniment, il s'agirait ici de se couper du monde pour se prémunir de toute menace en ne sentant plus rien. Janet évoque ainsi par exemple le cas d'un jeune homme qui « avait eu sa première attaque d'hystérie à la suite d'une forte frayeur qu'il avait éprouvée pendant un incendie. Il reproduisait cet épisode à chacune de ses attaques, criait "au feu", appelait les pompiers, se débattait dans les flammes » ([1911], 1983, p. 30). Or, ce jeune homme,

chez qui la vue d'une flamme provoquait une crise, présentait comme symptôme d'anesthésie hystérique un rétrécissement du champ visuel... Un autre exemple du même symptôme relaté par Janet est celui d'une jeune femme « qui est devenue hystérique pour avoir eu peur d'une souris pendant qu'elle allait chercher du bois dans une cave. Depuis lors, la vue d'une souris empaillée la fait tomber invariablement en catalepsie » (p. 31). Paradoxalement, une telle forme de lutte contre l'angoisse liée à la menace aboutit à exacerber l'angoisse de morcellement, car elle induit un vécu dissociatif en « déconnectant » une partie du corps de l'ensemble ;

– ce qui nous amène au deuxième cas de figure, qui peut être consécutif au premier. En effet, l'anesthésie d'une partie du corps peut refléter non pas une lutte contre le morcellement, mais le vécu de morcellement lui-même, c'est-à-dire que cette partie ne serait pas sentie dans la mesure où elle serait vécue comme étrangère au corps propre. Dans ce cas de figure, la réaction peut prendre la forme par exemple de conduites d'automutilations, telles que nous les avons décrites plus haut, comme s'il s'agissait de sentir qu'il s'agit bien du corps propre. Un même sujet peut ainsi être entraîné dans un cercle vicieux, où la lutte contre l'angoisse de morcellement se solde finalement par son accentuation.

#### V.1.2. NÉVROSE OU PSYCHOSE, PENSÉE SYMBOLIQUE OU TROUBLE DE LA PENSÉE ?

Toutes ces allusions au morcellement et à la persécution renvoient bien entendu à la question de l'appartenance de l'hystérie au champ de ce qu'on appellera au XX<sup>e</sup> siècle les structures psychotiques. Cette question intéresse notre sujet dans la mesure où, en fonction de la réponse qu'on lui donne, le statut donné à la sensation est diamétralement opposé : si l'hystérie est une névrose, la sensation y est comprise comme un symbole, une production hautement mentalisée de la pensée symbolique par l'intermédiaire du refoulement ; si l'hystérie est une psychose, la sensation s'y réduit à un phénomène hallucinatoire et apparaît donc comme l'expression de troubles graves de la pensée. Paradoxalement, c'est la psychanalyse elle-même qui a largement contribué à développer des arguments remettant en question la position freudienne classique. En effet, les auteurs psychanalytiques post-freudiens ont décrit de façon approfondie le trouble de la construction de l'intégrité du corps chez les sujets psychotiques et les angoisses de morcellement consécutives. Or, ce trouble de l'intégrité apparaît de façon patente chez ces sujets appelés « hystériques » au XIX<sup>e</sup> siècle, dont le champ de la conscience est, selon la formule de Ribot (1896) citée ci-dessus, « à l'état presque permanent de désagrégation, d'éparpillement, de destruction ». Janet mentionne comme illustration

d'anesthésie hystérique le cas d'une patiente qui « prenait son bras pour un membre étranger appartenant à une autre personne » ([1911], 1983, p. 53), ce qu'on rangerait clairement aujourd'hui dans le champ de la schizophrénie, à défaut d'une affection neurologique. De même, Janet s'accorde avec Lasègue et Richer pour considérer la catalepsie comme caractéristique de l'hystérie, or la description qu'il en fait s'avère en tous points superposable à celle de la catatonie :

Si on touche les membres, on s'aperçoit qu'ils sont extrêmement mobiles et pour ainsi dire légers, qu'ils n'offrent aucune résistance et que l'on peut très facilement les déplacer. Si on les abandonne dans une position nouvelle, ils ne retombent pas suivant les lois de la pesanteur, ils restent absolument immobiles à la place où on les a laissés. Les bras, les jambes peuvent être mis dans toutes les positions, même les plus étranges, qu'ils gardent sans les modifier ; aussi a-t-on comparé tout naturellement ces sujets à des mannequins de peintre que l'on plie dans tous les sens (p. 156).

Philippe Chaslin [1857-1923] avait bien repéré cette similitude, puisque selon lui, bien des cas de stupeur hystérique « doivent être rattachés à la folie discordante, à la catatonie » (1912, p. 607).

Il est important de rappeler que ce n'est qu'à la suite de l'influence de la psychanalyse que l'hystérie a été écartée du champ de la psychose auquel elle appartenait clairement auparavant. Il était banal jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle de parler de l'hystérie comme d'une « folie » (Krafft-Ebing, 1879 ; Mairet et Salager, 1910) ou d'une « psychose » (Laruelle, 1908). Par exemple, en 1888, Moebius [1853-1907] affirmait : « Une opinion tend de plus en plus à s'établir, c'est que l'hystérie est une psychose et que la modification essentielle qui la caractérise est un état maladif de l'esprit » (cité par Janet, [1911], 1988, p. 414). L'hystérie avait remplacé la paralysie générale comme prototype de la folie, dès lors qu'on a mis en évidence l'étiologie syphilitique de la paralysie générale (Garrabé, 1992).

La parenté entre l'hystérie et la démence précoce (ou la schizophrénie) était évidente pour les auteurs du début du XX<sup>e</sup> siècle, en particulier de langue allemande, qui se sont montrés très préoccupés par le diagnostic différentiel (Kaiser, 1902 ; Jung, 1907 ; Löwenstein, 1908 ; Abraham, 1908 ; Lückcrath, 1911 ; Kreuser, 1913 ; Popper, 1919 ; Perelmann, 1926). Par ailleurs, on peut s'interroger sur la pertinence des critères de différenciation proposés, qui reflètent parfois davantage la similitude que la différence entre les deux tableaux. Par exemple, Deniker et Quintard (1961) considèrent que dans les formes limites de la schizophrénie, les crises motrices seraient moins nettement paroxystiques que dans l'hystérie, et que les troubles moteurs seraient plus complexes. Un tel critère, trop flou pour être

utilisable, n'a pas été retenu, et aujourd'hui encore, la stupeur dite « dissociative » et la stupeur catatonique restent impossibles à différencier en elles-mêmes. La CIM-10 donne, dans le chapitre consacré à la première, la consigne suivante pour le diagnostic différentiel : « Dans la schizophrénie catatonique, la stupeur est souvent précédée de symptômes et d'un comportement évocateurs d'une schizophrénie » (OMS, 1993, p. 139). Autant dire qu'on reconnaît la stupeur catatonique par le fait qu'elle intervient dans l'évolution d'une schizophrénie !

À l'inverse, la mise en évidence des points communs entre hystérie et schizophrénie n'a pas posé de problèmes. Besso (1969) a recensé les manifestations qui ont été le plus souvent rapprochées dans la littérature : négativisme, mutisme, refus d'aliments, stéréotypies, flexibilité cireuse, états stuporeux, catalepsie, fixation des attitudes, dissociation, états crépusculaires, fixation excessive aux parents, manque de réalisme des sensations érotiques, hallucinations. On s'est interrogé sur la superposition entre la « belle indifférence » et l'émoussement affectif, entre l'égoïsme hystérique et l'autisme, entre la suggestibilité et l'automatisme, entre la théâtralité hystérique et le maniérisme psychotique. L'auteur relève en outre qu'on s'est accordé à considérer, à la suite de Kraepelin [1856-1926], que les prodromes de la démence précoce (ou schizophrénie) étaient particulièrement difficiles à distinguer de l'hystérie. Par ailleurs, Besso cite Deny, qui « rapportait au début du siècle, que presque tous les cas envoyés à la Salpêtrière en 25 ans avec le diagnostic d'hystérisme, de manie ou de mélancolie hystérique durent être classés par la suite dans les démences précoces ou la folie maniaco-dépressive ». Besso mentionne également Noble, pour qui « beaucoup de cas considérés comme des hystériques en traitement ambulatoire recevraient sans doute le diagnostic de schizophrènes en hôpital psychiatrique ». Bleuler (1911) est allé jusqu'à dire que « chaque symptôme hystérique peut avoir une base schizophrénique ». C'est ainsi qu'aujourd'hui, il est souvent accusé d'avoir eu une conception trop large de la schizophrénie. On a reparlé de « psychose hystérique » (Follin *et al.*, 1961), ce que Bergeret (1974) considère comme un barbarisme, alors que cette notion avait été engloutie dans celle de schizophrénie. Un courant actuel de la psychanalyse trouve logique d'observer des hallucinations auditives chez des patients qualifiés d'hystériques, comme on le faisait au XIX<sup>e</sup> siècle, y compris Freud lui-même. En effet, ainsi que le rappelle Steyaert (1992), « il faut bien dire que tous les cas des "Etudes sur l'hystérie" sont riches en manifestations hallucinatoires et délirantes, à l'exception de celui d'Elisabeth Von R. » (p. 32). D'ailleurs, Breuer n'hésitait pas à qualifier de psychotiques les hystériques qu'il décrivait dans sa partie de l'ouvrage écrit avec Freud. En

outre, dans l'article « hystérie » de leur *Vocabulaire de psychanalyse* (1967), Laplanche et Pontalis ont inséré la note suivante :

Faut-il admettre comme entité spécifique une *psychose* hystérique présentant notamment des hallucinations souvent visuelles vécues de façon dramatique ? Freud, au moins au début, en faisait un cadre à part, et plusieurs cas des *Etudes sur l'hystérie* (*Studien über Hysterie*, 1895) soulèvent, pour le lecteur, ce problème nosographique (p. 179, souligné par les auteurs).

Les avis divergent quant à la personnalité sous-jacente à ces tableaux : pour Chaperot (1998), il s'agirait d'authentiques structures névrotiques, tandis que pour Follin *et al.* (1961), il s'agirait de structures psychotiques avec une thématique sexuelle génitale. Quant à Maleval (1981), il semble éviter tout autant de parler de « psychose hystérique » que de « névrose hystérique », la distinction psychiatrique entre névrose et psychose lui paraissant peu pertinente. À l'instar de Green (1980) et de Steyaert (1992), il parle plutôt de « folie hystérique », folie n'étant pas pour lui synonyme de psychose, et l'appartenance de ce tableau à la structure névrotique n'est pas explicite. Selon lui, « il s'agit en fait de reconnaître que des épisodes délirants, ainsi que des hallucinations, peuvent surgir dans le cours de toute hystérie ». On ne peut pas dire que la conception de ces auteurs apporte de la clarté dans la compréhension de ce que recouvrirait la notion d'hystérie !

Pour comprendre le clivage historique entre une hystérie névrotique et une hystérie psychotique, Trillat (1986) propose une hypothèse en rapport avec la formation de base des chercheurs. En résumé, les crises que les neurologues décrivaient en termes de névrose au sens du XIX<sup>e</sup> siècle, c'est-à-dire comme un dysfonctionnement neurologique sans lésion, les psychiatres les décrivaient depuis Kahlbaum en termes d'hébéphrénocatatonie, c'est-à-dire en termes de psychose : « S'ignorant les uns les autres, les neurologues d'un côté, les psychiatres de l'autre, décrivaient à peu près la même chose, les uns dans le cadre des névroses, les autres dans celui des psychoses » (p. 260). Peut-être faudrait-il apporter quelques nuances à cette affirmation, en particulier d'ordre géographique. En France, on sait que les hystériques et les épileptiques ont été rapprochés, comme deux formes de névroses aux crises semblables, et ont été délaissés ensemble par les aliénistes pour être confiés aux neurologues comme Charcot : « Depuis longtemps déjà, les aliénistes estimaient indésirable la présence des épileptiques et, par assimilation, des hystériques dans les services d'aliénés [...]. À l'époque, le trait distinctif séparant les "espèces" ne passait pas entre épilepsie et hystérie, mais entre aliénés et non aliénés » (*ibid.*, p. 131). Des échanges avaient bien lieu entre psychologues ou psychiatres et neurologues, mais parmi les premiers, les plus illustres, comme Ribot, Janet et Freud, n'étaient

pas aliénistes. Ribot était agrégé de philosophie, de même que son élève Janet, qu'il a poussé à faire des études de médecine. Pour celui-ci, il s'agissait d'une concession obligée, et il ne se sentait aucunement solidaire de la corporation médicale (*ibid.*, p. 181-2). Charcot avait créé pour lui un « Laboratoire de psychologie » à la Salpêtrière, alors que Janet n'était pas encore médecin. En Allemagne, il semble que les choses se soient passées autrement : les patients présentant des crises semblables à celles des « hystériques » français n'ont pas été séparés des aliénés, et ils ont été décrits par des aliénistes comme Kahlbaum et Hecker, auteurs qui ont introduit les notions d'hébéphrénie et de catatonie. La neurologie n'était pas dissociée de la psychiatrie : en fait, la psychiatrie allemande de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle était une neuropsychiatrie, symbole de la victoire des *Somatiker* sur les *Psychiker* (Pichot, 1996).

En réalité, la question du rapport entre hystérie et aliénation plongea de nombreux auteurs dans l'embarras. Colin (1890) a cité des auteurs qui sont allés jusqu'à affirmer que l'hystérie n'est qu'une forme d'aliénation, mais il s'est refusé à les suivre, et il a pris le parti de séparer sa thèse en deux parties, l'une consacrée aux hystériques dits « vulgaires », c'est-à-dire ceux « qu'on trouve dans la vie commune », et l'autre consacrée aux aliénés, qui « par suite de dérangement mental accentué ont dû être internés dans des asiles d'aliénés » (p. 7).

Janet lui-même se montrait ambivalent quant au lien entre hystérie et aliénation. Il admettait une parenté entre ces deux notions, tout en essayant de maintenir une distinction : « Si l'hystérique présente dans ses divers accidents des troubles de l'esprit, ce n'est pas la caractériser suffisamment que de l'appeler simplement une aliénée ; elle n'est pas une aliénée comme toutes les autres » (Janet, [1911], 1983, p. 194). Il militait pour ranger l'hystérie dans les maladies mentales par opposition aux maladies organiques, mais se voulait rassurant quant à l'amalgame que cette conception faisait craindre avec l'aliénation : « Les uns ont peur que l'on ne confondît les hystériques avec les aliénés proprement dits. Bien qu'à mon avis, les hystériques doivent être rapprochés de certains aliénés, je répondrai que toute maladie mentale n'est pas l'aliénation entendue dans le sens vulgaire du mot » (p. 621). Il est probable que la plupart des cas d'hystérie relatés par Janet seraient classés aujourd'hui parmi les psychoses déficitaires, et Freud déjà ironisait : « Nous sommes tentés de croire que Janet a établi ses conceptions principalement en étudiant à fond les hystériques débiles mentaux que recueillent les hôpitaux et les asiles, parce que leur maladie et la déficience mentale qui en découle les empêchent de s'adapter à l'existence » (Freud et Breuer, 1895, p. 187). En effet, les patients de Janet étaient bien prompts à tomber dans les pièges que leur tendaient les

expérimentateurs : par exemple, l'auteur s'amuse de la naïveté de telle patiente anesthésique qui accepte, les yeux bandés, de dire « oui » quand elle sent qu'on la touche et « non » quand elle ne le sent pas, et qui s'exécute, en répondant « non » aux moments où on la stimule dans des zones prétendument insensibles, avec la plus grande candeur... Etais-ce donc cela, la belle indifférence ?

À noter que cette procédure de mise à l'épreuve était couramment pratiquée lors de la chasse aux sorcières menée par l'Inquisition, ainsi que le relate le *Malleus maleficarum*, le *Marteau des sorcières* (Institoris et Sprenger, 1486). On enfonçait une aiguille dans diverses parties du corps de ces malheureuses pour repérer les « marques du diable » reconnaissables par leur insensibilité ainsi que par l'absence de saignement, l'explication étant que le diable rend morte la zone sur laquelle il applique sa marque. Une manifestation de plus de la tendance à expliquer par une intervention externe et surnaturelle les processus sensoriels dont les sciences naturelles ne parvenaient pas à identifier le support, et qu'on peut mettre en parallèle avec la diabolisation des passions évoquée plus haut.

Freud dénonçait le manque de représentativité de la population hystérique à laquelle Janet avait accès, alors que c'est pourtant sur ce type de population que s'était construit le diagnostic d'hystérie au fil des siècles. Si Freud était confronté à une autre population, c'est plutôt sur la représentativité de celle-ci qu'on peut s'interroger. Mais avait-il vraiment affaire à tout autre chose ? D'un côté, il confirme que beaucoup d'hystériques sont des retardés mentaux, et de l'autre il assure en avoir traité de tout à fait intelligents (Freud et Breuer, 1895, p. 187). Apparemment, l'hystérique se rencontrait selon lui dans tout le champ des fonctionnements mentaux, tantôt limité par la pauvreté des liens de la pensée, et tantôt apte à manier des symboles complexes, comme le relate Konicheckis (2002) :

Dans un premier temps de la tradition psychanalytique, les sensorialités ont été abordées sous la forme de symboles mnésiques. De nombreux exemples émaillent toutes les études sur l'hystérie (Freud 1895). Katharina se plaint d'une forme d'oppression sur sa poitrine, Elizabeth ressent une douleur sur sa jambe, Anna souffre de troubles de la vision et de l'audition, Emmy éprouve des sensations de froid, etc. À chaque fois, ces sensations représentent la trace d'un événement antérieur (p. 129).

L'auteur se penche plus particulièrement sur le cas de Lucy, qui se plaint de sentir en permanence une odeur d'entremets brûlé.

Cet épisode de l'histoire psychanalytique permet de dégager quelques propriétés de la sensorialité, dont la plus manifeste, en tout cas celle que Freud cherche à mettre en évidence, concerne sa valeur représentative. Les sensations olfactives désagréables

apparaissent tout d'abord comme des symboles mnésiques d'un événement traumatique antérieur. Elles sont le lieu de souvenirs, de réminiscences et de répétitions (p. 129).

*Dans une telle conception du symptôme hystérique, les impressions sensorielles reçoivent curieusement une signification diamétralement opposée d'une part à celle que lui donnent tous les auteurs psychanalytiques post-freudiens que nous avons mentionnés dans la première partie de notre travail et qui ont travaillé avec des enfants, et d'autre part à celle que lui donne la psychologie aussi bien expérimentale que développementale.* Pour mémoire, les associationnistes considéraient la sensation comme un élément de base du psychisme, sur le modèle de l'atome en chimie, et Wundt donnait par exemple cette définition : « Les sensations sont des états de conscience primitifs qu'il est impossible de décomposer en phénomènes plus simples » (cité par Janet, [1911], 1983, p. 34). Quant à la psychologie développementale, nous faisons allusion bien entendu aux travaux de Piaget.

Dans toutes les disciplines mentionnées, les sensations sont décrites comme les briques à partir desquelles peuvent se construire les perceptions, les émotions et les représentations, si tout ne se passe pas trop mal. Au-delà de la prime enfance, la centration sur les sensations, ou leur fonctionnement isolé, sont compris en termes d'entraves à la pensée, de démantèlement, de carence de mentalisation, de mode opératoire. Freud lui-même (1939 a) oppose en quelque sorte « corps » et « esprit », sensations et représentations, en considérant les perceptions des organes sensoriels comme une activité psychique subalterne. L'univers des sens serait celui de la présence et de la perception immédiate, celui de la *présentation*, par opposition à celui de la *re-présentation* : « À radicaliser ainsi l'opposition, le sensoriel serait, de par son immédiateté, l'autre du symbolique, de toute forme de symbolisation » (André, 2002, p. 11, souligné par nous). Or, nous voici avec l'hystérie freudienne dans une compréhension exactement inverse : la sensation deviendrait « symbole », elle serait un *représentant* hautement métaphorique, alors que chez l'enfant elle est décrite comme un contenu, une forme archaïque de *représenté*, une « proto-pensée ».

En outre, l'altération des perceptions est admise comme une caractéristique pathognomonique de la psychose si on exclut l'étiologie organique, ce qui permet de ranger clairement dans ce registre les symptômes hallucinatoires. En effet, ils renvoient à la perturbation du rapport à la réalité, dans ce qu'il a de plus immédiat, et on s'accorde à considérer que Freud lui-même a contribué à développer ce critère de distinction entre névrose et psychose (Lantéri-Laura, 1990). Et pourtant, les hystériques, qui présentaient des anesthésies en plus des hallucinations,

échappaient miraculeusement au diagnostic de psychose. L'hallucination devenait, comme par magie, un joyau de la pensée symbolique dans le regard de Freud, pour peu qu'elle soit affublée du qualificatif d'hystérique.

Une telle inversion du statut de la sensation ne peut se comprendre que si on la contextualise dans le cheminement de la pensée de Freud, et qu'on la rapproche des images et des impressions sensorielles du rêve. La sensation gênante serait le produit d'un « travail symbolique », d'une mise en scène qu'il s'agirait d'interpréter comme on interpréterait un rêve, analogie développée par Fenichel à propos de la conversion (1945, p. 269). Mais qu'est-ce qui justifie le qualificatif de « symbolique », y compris dans le rêve ? Même si Freud se distancie des ouvrages consacrés à l'interprétation des rêves, n'était-il pas influencé par l'air du temps qui considérait que les images oniriques *signifiaient* quelque chose, qu'elles transmettaient un *message* qu'il s'agissait pour le psychanalyste de déchiffrer ? Nous avons relevé que les sensations hystériques représenteraient selon Freud des « symboles mnésiques d'un événement traumatique antérieur ». En fait de symboles, ne s'agit-il pas simplement d'*associations* entre une sensation et un événement réel ou imaginaire ? Dans ce cas, le terme de symbole serait tout aussi justifié pour décrire les processus intervenant dans le cerveau des chiens de Pavlov. Le fait que le son d'une cloche soit associé avec la nourriture n'en fait pas un symbole au sens abstrait du terme, à moins de considérer les canidés comme des champions de la pensée abstraite. Janet, dont les idées associationnistes s'accordent avec celles de Pavlov, cite précisément Freud pour appuyer son propos : « MM. Breuer et Freud [...] remarquent que la plus petite douleur tout à fait insignifiante et accidentelle survenant pendant le repas peut être le point de départ d'une gastralgie tenace, que "le rapport entre la provocation et l'accident peut être *symbolique* [...]" » (Janet, [1911], 1983, p. 266, souligné par nous). De même, les associations qui se produisent dans le rêve par l'intermédiaire de la condensation ou du déplacement, *c'est-à-dire des processus primaires propres à l'inconscient*, ne peuvent être qualifiées de symboliques qu'en acceptant une définition très large de ce qualificatif. Il en va de même si on veut prétendre à propos du jeune homme évoqué ci-dessus, chez qui la vue d'une flamme déclenchait des crises d'hystérie, que le rétrécissement de son champ visuel aurait « symbolisé » son désir de ne plus voir le feu. Ou tout au moins serait-il nécessaire, si on veut utiliser le terme de symbole dans des sens très variables, de préciser alors lequel on choisit, faute de quoi le flou entretenu permet de se rassurer à bon compte sur les ressources supposées de patients qui présentent en réalité de graves troubles de la représentation.

Rossel et Fischer (à paraître, 2012) proposent une analyse critique de la notion de symbole, qui peut s'avérer utile dans ce souci de clarification. Tout d'abord, les auteurs soulignent la diversité des définitions du terme « symbole », qui se reflète par la présence de plusieurs centaines de significations recensées dans l'Encyclopédie Universalis, significations qui se révèlent parfois contradictoires. Par exemple, le symbole peut receler un pouvoir de figuration et être utilisé pour concrétiser quelque chose d'abstrait : une vertu, un État, peuvent être « symbolisés » par un animal, un drapeau, etc. À l'inverse, le symbole peut être caractérisé par son abstraction totale, comme dans les sciences exactes.

Or, c'est dans la fonction figurative et concrète ou « concrétisante » qu'il faut ranger le « symbole » onirique, et non pas du côté d'une fonction impliquant la maîtrise de la pensée abstraite et un certain niveau de mentalisation. Rossel et Fischer rappellent à ce propos que Piaget rapprochait la pensée onirique de la pensée de l'enfant :

Ce dernier souligne les analogies de fonctionnement entre la pensée de l'enfant et cette forme de pensée "symbolique" des rêves, des rêvasseries, de l'imagination artistique, mystique et mythologique, ainsi que des délires dont la psychanalyse a montré les caractères communs. Piaget reconnaît la difficulté à préciser dans le détail cette notion mais en rappelle trois caractéristiques qui ne sont contestées par personne : absence de suite logique, prédominance de l'image sur le concept et méconnaissance des connexions qui relient les images successives entre elles.

Jung (1920) trouvait abusif l'usage que Freud faisait du symbolique, jugeant plus approprié de parler de sémiotique : « Les symboles de Freud ne sont que des signes de *processus instinctifs élémentaires* » (p. 64, souligné par nous). Faut-il en conclure pour autant que tous les patients diagnostiqués d'hystériques par Freud souffraient de graves carences de mentalisation, voire de graves troubles de la pensée ? Cela ne fait pour nous aucun doute en ce qui concerne ceux qui présentaient des phénomènes hallucinatoires, mais il serait évidemment réducteur de l'affirmer pour tous les cas ayant reçu ce diagnostic.

### V.1.3. DISCUSSION : DIFFÉRENTS NIVEAUX DE MENTALISATION DANS LA « NÉBULEUSE » HYSTÉRIQUE

En effet, nous avons souligné plus haut l'immense variété des tableaux appelés hystériques, ce qui ne permet pas de les placer tous dans la même catégorie, qu'elle soit psychotique ou névrotique. Par ailleurs, la confusion est augmentée par le fait qu'outre la question de la nature psychotique ou névrotique des processus en jeu dans l'hystérie, la question de leur nature neurologique demeure ouverte.

En effet, on sait que la disparition de l'hystérie est en partie liée aux progrès de la neurologie, qui ont permis de mieux identifier des syndromes appartenant auparavant à la nébuleuse hystérique et de les ranger parmi les affections neurologiques dont l'étiologie biologique n'est plus contestée. C'est ainsi qu'aujourd'hui, l'apparition d'états cataleptiques, avec rigidité des membres et du tronc, qui peuvent prendre la fameuse forme de l'arc de cercle, fait craindre « une participation lésionnelle organique diencéphalique » (Demaret, 1979, p. 92).

Dans notre expérience professionnelle et celle de nos collègues psychologues diagnosticiens, parmi les sujets qui nous ont été adressés avec l'appréciation clinique de « névrose hystérique », certains se sont révélés par la suite avoir une maladie somatique authentique telle que la sclérose en plaques. En effet, certains symptômes dits de conversion ont été reconnus comme appartenant à l'évolution de cette maladie, ce qui a donné lieu à une mise en garde dans la CIM-10 pour le diagnostic différentiel : « Certains troubles neurologiques à évolution progressive, en particulier une sclérose en plaques ou un lupus érythémateux disséminé, peuvent, au début de leur évolution, en imposer pour des symptômes dissociatifs » (OMS, 1993, p. 141). D'autres étaient atteints de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Ces derniers ont reçu avec une spontanéité fébrile l'étiquette d'hystériques du fait de la thématique sexuelle de leurs propos, qui s'est avérée en fait liée à la désinhibition consécutive à l'atteinte des lobes frontaux. Comme le souligne Bergeret (2004), toute référence à la sexualité était automatiquement rattachée à la névrose, dans le cadre d'une théorisation « fondée sur l'obligation, pour toute personnalité (malade tout autant qu'en bonne santé) d'avoir atteint un niveau génital et œdipien d'organisation » (p. 56). Outre la thématique sexuelle, les troubles de la mémoire sont parfois interprétés comme hystériques (à savoir comme le résultat du refoulement) chez des sujets qui n'ont commencé à en souffrir qu'autour de la cinquantaine et qui présentent en fait un début de démentification. Les recherches récentes concernant les troubles dissociatifs invitent à la vigilance quant à la présence d'un soubassement neurologique. Corraze (1994), en se référant à plusieurs études, estime à 60% le taux d'individus qualifiés d'hystériques qui sont affectés de maladies organiques, « et dans la majorité des cas, il s'agit de désordres cérébraux ! » (p. 294). Par ailleurs, des appels à la prudence ont déjà été faits par le passé : Kraepelin signalait que certaines tumeurs cérébrales pouvaient provoquer des symptômes semblables aux troubles fonctionnels hystériques (Sauvagnat, 2001, p. 58), et Besso (1969) faisait remarquer qu'on rencontre assez fréquemment des tableaux d'apparence hystérique « dans les affections du système nerveux,

qu'elles soient tumorales, dégénératives, infectieuses ou post-traumatiques. On se souviendra à cet égard plus particulièrement des syndromes hystéro-épileptiques ».

Même si on retire du cadre nosologique de l'hystérie les cas neurologiques, il y reste encore un vaste éventail de tableaux divers. En les considérant sous l'angle du thème de ce travail, on peut faire l'hypothèse qu'il est possible de dégager des groupes différents en fonction des formes diverses qu'y revêt l'hyperesthésie, c'est-à-dire en fonction du niveau de mentalisation des sensations et des émotions. Schématiquement, nous distinguerons trois types d'organisations de personnalité sous-jacentes à ces tableaux.

Au niveau du fonctionnement mental le plus archaïque, c'est-à-dire psychotique et déficitaire, on trouve un premier groupe de sujets qui présentent des troubles du développement ayant entravé la construction de la pensée abstraite, et ayant abouti à une limitation de leurs aptitudes intellectuelles. Parmi les cas décrits par Janet, on peut repérer parfois l'apparition des troubles à un âge précoce, comme par exemple dans le cas nommé Maria : « Déjà, à l'âge de douze ans, elle restait fixe en regardant un arbre ; sa mère lui donnait des gifles pour la ramener à la réalité » (p. 333). En se renseignant auprès des parents, il apprenait parfois que les hallucinations remontaient à l'enfance, comme chez cette autre patiente : « À huit ans, elle voyait des anges, avec de belles robes blanches, qui lui apparaissaient même en plein jour » (p. 501). Pour les sujets de ce groupe, tout se passe comme si « aller mal » était strictement équivalent à « avoir mal », comme si toute tension psychique se traduisait par une tension nerveuse sans passer par un processus de mentalisation. Douleur physique et souffrance psychique sont indistinctes, du fait des troubles archaïques de la différenciation entre le concret et l'abstrait. McDougall, dans *Théâtres du corps* (1989), se demande si on peut parler d'une hystérie « archaïque », où les enjeux concerneraient l'existence elle-même : « Les angoisses sont alors liées à la crainte de perdre son identité subjective, ou même la vie » (p. 83). Tout se passe comme si l'état primitif que Bergeret (1974) a appelé *indifférenciation somato-psychique* n'avait jamais été véritablement dépassé. Il s'agit souvent de patients frustes, à l'instar d'un grand nombre d'hystériques examinés par Janet, comme nous l'avons rappelé ci-dessus. Hospitalisés parfois d'abord en milieu somatique pour des douleurs ou des « crises » dont on ne trouvait aucun support plausible, ils sont ensuite souvent transférés en milieu psychiatrique, où ils clament leur « innocence psychologique ». Les cas de « convulsion dissociative », avatar de l'ancienne « crise d'hystérie », sont devenus rares dans les pays occidentaux, et nous avons eu l'occasion d'en observer seulement deux dans notre

pratique hospitalière, pour une investigation psychologique, et qui se sont avérés intellectuellement limités voire déficients, outre leurs caractéristiques de personnalité nous ayant amené au diagnostic de structure psychotique. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, Colin (1890) pensait que c'était « parmi les misérables » qu'on trouvait le plus de malades hystériques (p. 22). En 1912, Chaslin constatait une très nette diminution des cas d'hystérie dans sa pratique. Il rattachait cette diminution à l'influence des idées de Babinski, ramenant l'hystérie à une autosuggestion entretenue par les médecins, les seuls cas encore rencontrés étant des retardés mentaux ou d'authentiques épileptiques :

On ne voit presque plus d'hystériques. Dans mon service à la Salpêtrière, je n'en reçois plus : il n'y en a plus, et les anciennes hystériques, qualifiées telles, sont seulement des débiles, des arriérées, des instables, voire des épileptiques vraies, qui avaient eu aussi des attaques, mais qui n'ont plus aucune des manifestations qui florissaient si aisément du temps de Charcot, et même un peu après lui (p. 612).

Demaret (1979) estime également qu'on ne peut pas réduire toutes les « grandes crises » à de l'autosuggestion cultivée par les médecins de la Salpêtrière, car on en rencontre encore quelques cas de nos jours, même si leur nombre a fortement diminué depuis la dénonciation de cette autosuggestion. Par ailleurs, il mentionne que les personnes qui présentent encore ces tableaux ont tendance à être limitées dans leurs moyens mentaux :

En réalité, si la fréquence de ces crises dans le service de Charcot était bien le produit de "l'ambiance hystérogène" qui y régnait, il est également certain que ces grandes crises peuvent se voir encore de nos jours, assez souvent chez des personnes de niveau intellectuel faible vivant dans un milieu rural anachronique ou dans certaines peuplades, notamment chez les Esquimaux (p. 91).

Ainsi, on peut se demander si un autre facteur expliquant la diminution de ces tableaux dans nos pays depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, contrairement aux pays en voie de développement, n'est pas l'amélioration des soins pédiatriques et pédopsychiatriques ainsi que l'amélioration du niveau de scolarisation de la population avec l'instauration de la scolarité obligatoire.

Dans de tels tableaux, on continue de parler de « conversion », terme emprunté au vocabulaire psychanalytique, et la CIM-10 accepte toujours comme synonyme des troubles dissociatifs l'appellation de « troubles de conversion ». Or, sous la plume de Freud, ce mécanisme impliquerait le refoulement, en rapport avec la problématique œdipienne, et supposerait donc une certaine complexité sur le plan de la mentalisation, ce qui nous ramène à la discussion concernant le symbole : « Mais ce qui spécifie les symptômes de conversion, c'est leur signification *symbolique* : ils expriment, par le corps, des représentations refoulées » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.104, souligné par nous). Il apparaît au contraire que de tels tableaux reflètent de graves troubles de la construction de la capacité de représentation, et les

auteurs de la CIM-10 ont été bien avisés de demeurer circonspects dans leur définition de la conversion, en évitant de reprendre la dimension symbolique de la psychanalyse freudienne : « Ce terme sous-entend que l'affect pénible engendré par des problèmes ou conflits insolubles est *transformé en quelque sorte* en symptôme » (OMS, 1993, p. 136, souligné par nous). En effet, ils ne précisent pas la nature de cette transformation, si bien qu'on peut y voir aussi bien une carence de mentalisation et un trouble de la pensée qu'un processus mental complexe.

Un deuxième groupe de sujets ne présente pas les troubles archaïques de la représentation que nous avons relevés chez le premier, ni de limitations intellectuelles, mais en revanche il se caractérise par la présence d'angoisses liées à un vécu de menace sur l'intégrité, des angoisses qui sont donc à qualifier de persécutoires – et dont le premier groupe n'est par ailleurs pas exempt. Nous avons également souligné les très nombreuses références historiques faisant le rapprochement entre hystérie et persécution, y compris chez Freud, ainsi que les travaux récents de neurologie établissant un lien entre émotions fortes en rapport avec un vécu de menace et paralysie dite « de conversion ». Dans notre expérience, nous avons également rencontré des cas similaires, notamment deux cas de paralysie d'un membre dans le cadre d'expertises militaires. Ces sujets, pour lesquels nous sommes arrivés à la conclusion d'une personnalité paranoïaque sur la base d'une investigation projective, revendiquaient une réparation par rapport au préjudice dont ils estimaient avoir été les victimes. Un grand nombre de « douloureux chroniques » que nous avons examinés correspondaient également à un tel cas de figure. Ils revendiquaient des investigations somatiques censées mettre en évidence une affection dont ils étaient convaincus d'être atteints, et protestaient face aux investigations psychologiques qui étaient faites. Ainsi, la situation de l'examen elle-même était vécue explicitement ou implicitement sur le mode persécutoire : elle était accusée de susciter des sensations désagréables, sensations mises en avant pour justifier l'impossibilité de s'y soumettre, pour justifier les refus. Au moment de commencer l'examen, ces sujets invoquaient souvent une recrudescence des sensations douloureuses qui envahissaient tout le champ mental et ne permettaient pas de mener à bien l'investigation. Cette observation rejoint la description de la CIM-10, selon laquelle, dans les troubles dissociatifs, « le handicap résultant de la perte fonctionnelle aide le patient à éviter un conflit désagréable ou à exprimer indirectement une dépendance ou un ressentiment » (OMS, 1993, p. 140). Ils protestaient, et ce d'une façon démonstrative, qui évoque la fameuse question de la simulation, mais qui est, pensons-nous, à comprendre au sens propre : ils faisaient la démonstration de leur position de victime, en insistant sur les preuves autant de leurs douleurs que de l'incompétence et de

l'incompréhension du corps médical. La recrudescence des douleurs au moment de l'examen est à rattacher à l'angoisse persécutoire que celui-ci suscite et à la méfiance.

De manière générale, ces sujets décrivent ces phénomènes comme des spectateurs externes passifs, des victimes impuissantes, ce qui a contribué à inclure ces tableaux dans le registre de la névrose par opposition à la psychose. En effet, il y aurait critique des phénomènes et des sensations bizarres, ce qui montrerait un rapport adéquat à la réalité. En fait, cette critique est à comprendre selon nous comme l'expression du vécu persécutoire : tout se passe comme si le Moi dénonçait une menace sur le corps par des sensations vécues comme étranges, qui seraient provoquées par une agression externe, et qui mettraient en danger le contrôle du Moi sur le corps propre. Par extension, le corps lui-même, dans la mesure où il prête le flanc à ces agressions, peut être vécu comme un persécuteur.

Pour décrire le regard que les sujets portent sur eux-mêmes dans ce groupe, on peut parler de dissociation par opposition à la scission schizophrénique, car ils ne sont pas touchés dans leur capacité à se vivre comme sujets de leur propre pensée, de leurs propres sensations et de leurs propres comportements, pourtant ils s'en distancient en les jugeant étranges (Revaz et Rossel, 2007). Cette dissociation est donc à considérer pour nous comme un processus psychotique, même s'il se révèle d'un niveau moins archaïque que la scission schizophrénique, car le rapport à la réalité même perceptive s'y trouve tout de même troublé, ce qu'on n'observe même pas chez d'authentiques « états-limites ». Du point de vue structurel, ce que recouvre cette forme de « névrose » serait donc à situer dans la zone la moins archaïque de la structure psychotique. En considérant les choses de cette façon, on opère un renversement dans la conception structurelle classique qui situe les organisations dites « limites » entre « névrose » et « psychose » : c'est la « névrose » qui se retrouve placée entre ce qui est appelé actuellement état-limite et la psychose schizophrénique, dans une zone qu'on pourrait qualifier de « pré-psychotique » ou de « psychotique non-schizophrénique ».

Enfin, un troisième groupe de sujets est à situer clairement en dehors du champ de la psychose. Il est probable que Freud ait davantage été confronté à ce type de sujets que Janet, étant donné les cadres différents dans lesquels ces deux auteurs pratiquaient. Les hystériques de Janet présentaient des perturbations de leur rapport à la réalité qui nécessitaient de longs séjours en « asile » : « N'est-il pas curieux, quand on entre à la Salpêtrière, de trouver d'anciennes malades, Wittm..., Hab..., Cles..., exactement telles qu'elles ont été décrites il y a quinze ans ? » (Janet, [1911], 1983, p. 344). Freud, de son côté, recevait sur son divan des femmes de la bourgeoisie – on compte même au moins une princesse en la personne de Marie

Bonaparte, devenue une disciple fervente –, qui disposaient de temps et de moyens financiers pour venir s'allonger sur son divan plusieurs heures par semaine, tout en menant leur vie de tous les jours sans perturbations nécessitant une hospitalisation. C'est dans ce groupe que seraient à placer une grande partie des sujets pour lesquels on posait le diagnostic de « caractère hystérique » dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, diagnostic qui correspond aujourd'hui approximativement à celui de « personnalité histrionique » (OMS, 1993). L'un des critères de la CIM sur lesquels repose ce diagnostic est « une hyperexpressivité émotionnelle » (p. 184). Chez les sujets de ce groupe, les émotions et les états d'âme sont mentalisés, voire intellectualisés. Dans notre pratique, il nous est arrivé de rencontrer des sujets qu'on pouvait rapprocher de ce diagnostic de « personnalité histrionique », mais leur fonctionnement structurel n'avait alors rien à voir avec celui des deux groupes précédents. Ce groupe n'est pas caractérisé par des angoisses de morcellement et de menace sur l'intégrité, avec une centration sur le corps pouvant se manifester en cas de déséquilibre par des symptômes douloureux, de conversion ou dissociatifs. Ce constat s'inscrit en faux contre la conception selon laquelle la personnalité « hystérique » ou « histrionique » correspondrait au fonctionnement habituel d'un sujet qui présenterait des symptômes dits hystériques ou dissociatifs en cas de décompensation. Les tenants de cette conception accusent les auteurs des classifications diagnostiques actuelles d'avoir démantelé l'hystérie d'une façon injustifiée. Or, selon nous, cette différenciation s'avère au contraire non seulement pertinente, mais théoriquement cohérente par rapport à la question du niveau de mentalisation des sensations et des émotions, compte tenu de la discussion menée ci-dessus concernant l'abstraction et la pensée « symbolique ». Sur la base de cette discussion, en fait de symboles, les symptômes dits hystériques, dissociatifs ou de conversion, reflètent des troubles dans la construction de la pensée abstraite, quand ils ne reposent pas sur une étiologie neurologique.

Si on se réfère au modèle structuraliste, ces considérations sont peu compatibles avec une conception telle que celle de Bergeret, qui voit les symptômes de conversion comme des signes de décompensation de la structure qu'il a appelée d'abord névrotique (Bergeret, 1974), puis rebaptisée « œdipienne » (Bergeret, 2004). Certains psychodiagnosticiens, qui se référaient à sa conception, se sont étonnés de retrouver les caractéristiques des aménagements prépsychotiques ou des structures psychotiques en soubassement des symptômes dits de conversion. Inversement, les fonctionnements les plus mentalisés, les plus proches de ce que Bergeret appelle structure « névrotique », ne présentaient pas de tels symptômes. Tel est le paradoxe auquel ont été confrontés les psychologues du Groupe de Lausanne (Husain,

Merceron, Rossel, 2001), ce qui a amené l'une de ses représentantes, Mme F. Rossel, à échanger avec Bergeret une correspondance sur cette question. Dans une lettre adressée en 1984 à ce structuraliste notoire, cette collègue lui a fait part de sa surprise face aux résultats des tests concernant les quelques sujets qu'elle a eu l'occasion d'investiguer, en lui demandant sa position récente à ce sujet. L'auteur lui a fourni la réponse suivante formulée en trois points :

- 1) On voit de moins en moins de névroses authentiques en clinique courante.
- 2) Une véritable hystérie (conflit œdipien vrai) demeurera toujours une névrose à l'imaginaire triangulaire et génital.
- 3) Les plus beaux tableaux cliniques à *allure* œdipienne, triangulaire et génitale ne correspondent en fait qu'à de "fausses névroses" car il ne s'agit que de manifestations pseudohystériques de surface, l'économie profonde étant *psychotique* ; le symptôme "génital" défend (mal) contre le délire pendant tout un temps (lettre de J.Bergeret à F. Rossel du 26 juin 1984, souligné par l'auteur, communication personnelle).

En d'autres termes, en affirmant malgré tout sa croyance en l'existence d'une « véritable » hystérie liée à un « imaginaire triangulaire et génital », Bergeret est resté fidèle à la pensée freudienne qui fait du symptôme de conversion une production symbolique.

Après avoir analysé la compréhension de l'hyperesthésie hystérique aux XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle, quelle conclusion pouvons-nous tirer par rapport au thème qui nous occupe, à savoir le lien entre sensations et apaisement ?

Comme nous l'avons vu, il y a lieu de distinguer deux conceptions, à savoir celle qui prévalait avant Freud et celle que la psychanalyse a imposée. Dans un premier temps, l'hyperesthésie a fait partie des symptômes principaux de l'hystérie, parallèlement à l'anesthésie, à partir du moment où cette maladie a été comprise comme une affection nerveuse occasionnant une altération des sensations. Dans ce cadre, l'hyperesthésie n'a pas de lien avec l'apaisement, elle est simplement l'expression d'une sensibilité exacerbée, d'un système nerveux hypersensible.

Freud a réinterprété l'hyperesthésie et l'anesthésie hystériques en leur donnant une signification sexuelle. Ainsi, la psychanalyse a compris les manifestations sensorielles de l'hystérie comme des productions symboliques via le processus de conversion, et elle a aussi compris la « démonstrativité » hystérique en termes de séduction. Elle n'établit donc pas véritablement de lien entre sensations et apaisement, ce qu'on peut comprendre précisément par le processus de conversion tel qu'il a été défini par Freud. En effet, la conversion ne consiste pas en une simple décharge d'une tension psychique sur le corps, ce qui aurait impliqué un lien direct entre hyperesthésie et apaisement, mais précisément en une *conversion*

somatique de cette tension, sur un mode symbolique. Freud a tenté de provoquer la décharge ou abréaction dans un premier temps par la méthode cathartique, avant de privilégier l'association libre. Ce qui nous ramène au thème de la passion, si on se souvient que la catharsis est une notion introduite par Aristote pour décrire une purification par décharge des passions.

La compréhension des phénomènes hystériques *eux-mêmes* comme de simples décharges de tension dans le corps, et donc comme des réactions d'apaisement, nous vient plutôt de l'éthologie, qui ne postule pas de pensée symbolique complexe chez l'animal. On trouve une telle conception par exemple chez Armstrong (Demaret, 1979, p. 60), que nous avons cité dans la partie consacré à l'enfant (cf. I.9.2, p. 55). Mais l'un des principaux auteurs ayant comparé les symptômes hystériques aux réactions des animaux n'est pas un éthologiste, puisqu'il n'est autre que Kretschmer, dont on connaît par ailleurs l'intérêt pour les origines constitutionnelles et biologiques des comportements. Demaret fait un court résumé de son ouvrage intitulé *Hysterie, Reflex und Instinkt*, dont la première édition date de 1926 :

Il assimile les crises d'agitation hystériques aux réactions motrices violentes que l'on peut voir chez n'importe quelle espèce animale lorsqu'un individu est confronté avec une situation de danger vital extrême. Cette *Bewegung-Sturm (instinctive flurry)* est illustrée par le comportement d'un oiseau sauvage, enfermé dans une chambre et qui vole deçà delà de façon désordonnée, d'autant plus impétueuse qu'il est plus apeuré, jusqu'à ce qu'une issue soit éventuellement trouvée, non pas à la suite d'un processus de réflexion mais bien au contraire par hasard (p. 92).

Outre les crises d'agitation, Kretschmer comparait également les crises d'inhibition hystériques aux réflexes d'immobilisation ou de simulation de mort qu'on trouve chez les animaux dans des situations de menace par un prédateur. Cette compréhension trouve également un écho dans les travaux récents de neurologie que nous avons cités et qui expliquent la paralysie de conversion par l'effet provoqué par des émotions fortes en rapport avec un vécu de menace (Vuilleumier, 2005).

Cette conception éthologique présente l'avantage de remettre en question la valeur prétendument symbolique des phénomènes dits de conversion. En particulier, l'assimilation des « crises » d'hystérie à des processus archaïques semble correspondre particulièrement bien au premier groupe de sujets que nous avons décrits, sujets relativement frustes dans leurs moyens mentaux. Elle rejoint les hypothèses que nous avons reprises dans la première partie de ce travail à propos des auto-agressions chez l'enfant, selon lesquelles ces auto-agressions pouvaient correspondre dans certains cas à de simples décharges de tension (II.1.2.f, p. 83).

Nous avons vu qu'il s'agissait précisément d'enfants présentant des troubles du développement.

## V.2. Hyperesthésie et troubles de l'humeur

On retrouve l'hyperesthésie dans la description des troubles de l'humeur. Par exemple, Kraepelin remarque dans la « folie maniaque-dépressive » une hyperesthésie concernant surtout les sensations internes, qui s'oppose à l'insensibilité apparente de ces sujets aux sensations intenses de chaud ou de froid, de faim, de soif ou de douleur :

Cette hyperesthésie pour les sensations internes forme un contraste frappant avec la diminution de l'excitabilité des centres nerveux dans les états maniaques. [...] Les malades s'exposent des heures durant aux ardeurs du soleil le plus brûlant, se déshabillent par un froid d'hiver, oublient de manger et de boire, arrachent sans ménagement les pansements qui couvrent leur blessures et brutalisent leurs membres fracturés ou les parties malades de leur corps sans manifester aucune douleur ([1913], 1993, p. 42).

S'agit-il véritablement d'une insensibilité, ou bien l'absence d'expression de douleur est-elle plutôt à rattacher au contraire à une recherche de sensations intenses, fussent-elles douloureuses ? On peut se le demander, d'autant plus que l'auteur se contredit un peu plus loin en affirmant que les maniaques « sont sensibles aux impressions extérieures plus qu'à d'autres » (p. 44). En tout état de cause, comme dans l'hystérie, on est donc frappé par le paradoxe d'une hyperesthésie dans certains domaines qui pourrait s'accompagner d'une anesthésie dans d'autres. Kraepelin fait même explicitement le lien entre les deux affections : « Très important est le fait que chez nos malades, extrêmement souvent, on peut observer ces troubles qu'on a coutume de désigner du nom d'*hystériques* » (p. 92, souligné par l'auteur). Il cite les évanouissements, les convulsions, ainsi que « des troubles des sensations de différents ordres, en particulier de l'analgésie ».

Cependant, d'une façon générale, on peut mettre en évidence la distinction suivante : alors que les auteurs qui décrivaient l'hyperesthésie des hystériques faisaient surtout référence à leur hypersensibilité strictement *sensorielle* et en particulier à leur *hyperalgésie*, dans les troubles bipolaires, on va voir se développer la notion d'hyperesthésie *affective*, qui va apparaître dans les résultats de recherches cliniques (Hardy, 1986), dans les définitions de certains dictionnaires (Mijolla (de), 2002) et dans des manuels de psychiatrie (Lévy-Soussan, 2007). Néanmoins, la distinction entre l'hyperesthésie hystérique et l'hyperesthésie maniaque n'est pas toujours évidente, en particulier en ce qui concerne le « caractère » hystérique, défini

comme *émotionnellement* expressif, comme nous l'avons vu dans sa traduction actuelle en termes de personnalité histrionique. Ainsi, Akiskal (1995) fait savoir qu'une partie des patients que ses études ont abouti à ranger dans le champ de la cyclothymie étaient considérés jusque là comme histrioniques. Bleuler, déjà, estimait qu'il existe dans l'hystérie une vivacité de l'affectivité semblable à celle de la manie (Bleuler, 1922, p. 393) et il est même allé jusqu'à dire que « le tempérament hystérique est très semblable au syntone maniaque, quand il ne lui est pas identique » (p. 394, traduction libre ; nous verrons plus loin ce qu'il entend par « syntone »). De là à affirmer qu'on a classé dans l'hystérie des sujets appartenant en réalité au registre des psychoses affectives, il n'y avait qu'un pas... On peut en effet se demander si la confusion n'est pas souvent faite entre hystérie et manie, en particulier en ce qui concerne le troisième groupe que nous avons décrit dans le chapitre consacré à l'hystérie, à savoir celui présentant une hyperesthésie moins sur le plan des manifestations somatiques que sur le plan de l'expressivité émotionnelle.

Mais nous n'allons pas nous attarder davantage sur le diagnostic différentiel entre hystérie et manie, pour nous consacrer spécifiquement à la description des troubles bipolaires et plus particulièrement de la manie. Comme pour l'hystérie, nous allons évaluer dans quelle mesure les descriptions historiques de la manie incluaient une hyperesthésie, même si le terme utilisé n'était pas nécessairement celui-là. Comme l'hystérie, les notions de manie et de mélancolie figurent parmi les maladies qui étaient déjà décrites dans l'Antiquité grecque. Dans le cas de l'hystérie, nous ne sommes pas remonté plus loin que le XIX<sup>e</sup> siècle, en partant du principe que l'hyperesthésie serait contemporaine de la description de l'hystérie comme une « névrose », une maladie des nerfs. Il n'en va pas de même pour la manie et la mélancolie, puisqu'il s'agit de troubles affectant davantage les émotions, et qu'on aurait donc pu s'attendre à trouver une référence à une exacerbation de leur correspondant antique, à savoir les passions. Nous commencerons donc notre analyse à cette époque dans ce cas.

### V.2.1. LA MANIE ANTIQUE : UNE PERTURBATION NON-SPÉCIFIQUE DES ÉMOTIONS

Comme nous l'avons fait dans le chapitre consacré aux passions, il y a lieu de distinguer le point de vue des philosophes et le point de vue des médecins, même si un médecin comme Galien était influencé par la pensée de philosophes comme Platon ou les stoïciens. Le point de vue des médecins nous semble le plus univoque, c'est pourquoi nous l'aborderons cette fois en premier.

La manie et la mélancolie font partie des troubles mentaux considérés parmi les plus clairement identifiables et identifiés depuis l'Antiquité. Cependant, le sens grec ou latin de ces termes ne se superpose pas au sens contemporain, ce dernier étant considéré généralement comme beaucoup plus restrictif. Ainsi par exemple, on a estimé que la mélancolie chez Arétée de Cappadoce recouvrait toutes les psychoses « calmes », et la manie toutes les psychoses « agitées » (Papadopoulos, 1990, p. 428). Pour autant, on ne peut réduire la manie à un simple synonyme de folie que dans les écrits hippocratiques, car par la suite, plusieurs médecins l'ont distinguée non seulement de la mélancolie, mais aussi de la phrénitis, comme par exemple Celse (Pigeaud, 1987).

Arétée de Cappadoce a écrit une description de la manie qui a fait référence, jusqu'à Pinel qui le citera. Comme relevé ci-dessus, ce médecin décrit la manie en insistant surtout sur l'agitation qui lui serait propre : « Elle se caractérise par une agitation dans l'action » (cité par Pigeaud, 1987, p. 75). Il distingue deux formes de manie : une forme joyeuse et une forme colérique ou triste. Il mentionne donc les émotions qui accompagnent la manie, mais on ne peut pas dire qu'il insiste particulièrement sur l'intensité des émotions ou leur correspondant antique, c'est-à-dire les passions (Papadopoulos, 1990, p. 432). En d'autres termes, la manie n'est pas présentée comme une maladie qui se distinguerait des autres par le fait qu'elle affecterait l'humeur ou les émotions (passions). De même, chez Caelius Aurélien [V<sup>e</sup> siècle (?)], on retrouve dans la description de la manie les émotions fondamentales (joie, colère, tristesse, peur) ou passions : « En effet, la manie, quand elle s'empare d'un esprit, se manifeste par la colère, par la gaieté, par la tristesse, par la futilité ou, comme certains le rappellent, par des craintes peu fondées : certains ont peur des grottes, certains ont peur de tomber dans des précipices, ou ont d'autres sujets de crainte » (cité par Gourevitch, 1994, p. 12). Mais là aussi, il ne s'agit que de symptômes mentionnés parmi d'autres, notamment des symptômes physiques. Rappelons, comme nous l'avons dit au sujet des passions, que pour les médecins de l'Antiquité, toutes les maladies sont corporelles, et la description de la manie ou de la mélancolie côtoie celle de l'asthme, de la céphalée, des affections du foie, de la rate et des poumons. On peut noter en passant que, sur le plan thérapeutique, Caelius Aurélien insiste sur l'importance de l'évitement des impressions trop vives sur les organes des sens, ce qu'on peut voir comme la reconnaissance d'une forme d'hyperesthésie chez ces malades.

Comme la manie, la mélancolie est décrite dans l'Antiquité, d'une façon générale, avec des termes se rapportant aux affects, comme la tristesse et la crainte. Ce qu'il y a d'original dans ce cas, selon Pigeaud (1981), c'est que des sentiments spécifiques sont articulés avec une

humeur particulière. Il n'en reste pas moins que les affects sont également mentionnés parmi d'autres symptômes somatiques, mentaux (p. ex. délirants) et comportementaux (Gourevitch, 1994). Dans la mélancolie, « le médecin s'intéresse plus à l'humeur [corporelle] et au malaise physique qu'aux deux passions qu'il reconnaît concomitantes : la tristesse et la crainte » (Pigeaud, 1981, p. 529). Par ailleurs, le concept de mélancolie s'étendra au Moyen Âge, et des affects tels que la tristesse ou l'anxiété n'en seront pas toujours les symptômes dominants (Jacquart, 1994).

Ainsi, les émotions sont bien mentionnées, mais il n'y a pas de distinction entre des symptômes appartenant à la sphère de l'humeur et des symptômes appartenant à la sphère cognitive (délires), sans parler de la sphère corporelle qui n'est pas davantage séparée. On fait bel et bien la différence entre « pensée » et « affect », mais il ne s'agit pas de produits de facultés distinctes : c'est seulement avec la psychologie des facultés qu'on raisonnera en ces termes, et nous verrons l'importance de cette différence. Il existait bien une théorie *des humeurs*, mais aucunement une théorie *de l'humeur*. À l'heure actuelle, lorsqu'on parle de troubles de l'humeur, on ne mesure généralement pas à quel point cette expression est héritière de la psychologie des facultés, même si les classifications qui utilisent cette notion se prétendent athéoriques et anhistoriques.

Selon Pigeaud (1981), la médecine hippocratique se caractérise par un « monisme de la pensée et du sentiment » (p. 41). Ainsi, dans *Maladie sacrée*, l'affectivité est rattachée au cerveau, tout comme les pensées : « C'est cette attribution de l'émotivité et de l'affectivité au cerveau, donc à la connaissance, qui nous paraît, de loin, le plus important dans le débat médico-philosophique » (p. 41). Lorsque Pigeaud parle « d'affectivité » et « d'émotivité », il utilise des termes compréhensibles par le lecteur contemporain, mais ces termes eux-mêmes renvoient à la psychologie des facultés, ne serait-ce que de par le suffixe « -ité ». Il utilise des notions plus proches de celles de cette époque lorsqu'il montre qu'on se demandait alors si « l'on ressent par où l'on pense » ou si « l'on pense par où l'on ressent » (p. 40). En fait, on s'interrogeait sur la localisation des pensées et des sensations plutôt que sur leur articulation en tant que facultés. On se demandait simplement quel est le support physique des pensées et des ressentis, et si ce support est le même.

Dans le même ordre d'idées, lorsque Gourevitch (1993) fait la synthèse de la médecine galénique des maladies mentales, elle mentionne diverses facultés de l'âme mentionnées par Galien et qui sont susceptibles d'être affectées :

En résumé les maladies mentales sont des maladies véritables affectant le corps et non des maladies par métaphore ; elles ont leur siège dans l'encéphale, car dans

l'encéphale sont localisées les facultés de l'âme, ou plus précisément [...] du principe directeur de l'âme, l'hégémonique : essentiellement la mémoire (*μνήμη*), la faculté de raisonner (*λογισμός*) ; l'intelligence (*σύνεσις*) et l'imagination (*φαντασία*) (p. 36).

Dans un texte consacré à la psychopathologie de Galien, Pigeaud (1988) transcrit également la pensée du médecin de Pergame en reprenant la correspondance entre une maladie et une *faculté* atteinte, mais il préfère parfois parler plutôt de *fonction* lésée. Or, cette nuance nous paraît importante par rapport au thème qui nous occupe, car elle marque la différence entre la conception antique et la conception des premiers aliénistes, qui s'y référeront pourtant. En effet, si tant est qu'on puisse parler de faculté comme préfiguration antique de ce qui sera décrit par la psychologie des facultés au XIX<sup>e</sup> siècle, la transposition ne peut pas être faite telle quelle sans gommer des différences notables. Le choix du terme de fonction serait-il plus approprié que celui de faculté pour décrire les différentes opérations de l'âme telle qu'elle était divisée dans l'Antiquité, si l'on se réfère à la discussion développée dans l'article « faculté » du *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (Lalande, 1926) ? En effet, les commentateurs s'interrogent sur la pertinence de la notion de faculté, et si certains préconisent son abandon au profit de celle de fonction, l'un d'entre eux (E. Goblot) estime que le maintien d'une distinction est pertinent :

*Faculté* n'est pourtant pas synonyme de *fonction*. La psychologie moderne n'eût pas manqué d'exclure, s'il avait fait double emploi, un mot qui prête à des méprises si graves. Elle l'a conservé parce qu'il est nécessaire. *Fonction* éveille toujours l'idée d'une activité *rapportée à un organe déterminé*, tandis que *faculté* ne fait pas nécessairement songer à un substratum organique. Par suite, *facultés de l'âme* et *fonctions psychiques* désignent des groupements de faits très différents. Les facultés sont des *classes* de faits psychiques, rapprochés d'après leurs analogies, distingués d'après leurs différences ; les fonctions psychiques, comme les fonctions somatiques, sont des *processus* ou des *complexes* de phénomènes de nature différente. Ce qu'on localise dans les diverses régions de l'écorce cérébrale, ce n'est pas ici la sensation, là la mémoire, ailleurs le jugement (p. 335-6, souligné par l'auteur).

Selon cette distinction, c'est en effet de fonction plutôt que de faculté qu'il est question dans la médecine antique, car nous avons vu qu'on se préoccupe alors de questions de *localisations* : la fonction perturbée dépendra de la localisation de l'affection physique. Par ailleurs, si l'âme se trouve dispersée dans différents lieux, elle apparaît divisée. Dans la doctrine des facultés de l'âme, on insiste au contraire sur l'unicité de celle-ci : les facultés ne sont que « divers noms donnés à l'âme selon ses différentes opérations » (p. 333). Cette unicité est également en rapport avec la mise en avant du « Moi empirique » surtout à partir du XVII<sup>e</sup> siècle, par opposition au « Moi transcendantal » dont on se préoccupait davantage dans l'Antiquité au mépris du Moi empirique (Caratini, 2000, p. 514-523). L'*ego* se vit

comme « un », singulier, et comme *sujet* disposant de *facultés*, c'est-à-dire de pouvoirs en sa possession, d'*opérations* dont il peut être *acteur*. Or, la faculté est définie comme « pouvoir ou liberté de faire quelque chose » (p. 332), ce que la notion de fonction n'implique pas. C'est pourquoi l'Antiquité n'offrait guère un contexte favorable à l'émergence de l'idée que le Moi puisse négliger telle ou telle faculté ou au contraire la mobiliser à outrance.

Ainsi, la distinction entre fonction et faculté nous semble pertinente, car elle nous éclaire sur la différence entre le contexte de la médecine antique et celui de la psychiatrie naissante qui s'en réclamait pourtant. Plus particulièrement, on ne s'étonnera pas de l'absence antique de la référence à un recours exacerbé à la sensibilité, d'autant plus que cette fonction n'était même pas isolée. En effet, quand bien même on accepterait une correspondance entre les fonctions de l'âme décrites dans l'Antiquité et les facultés développées par la philosophie des facultés proprement dite, l'absence de faculté correspondant à l'affectivité ou à l'émotivité chez les Anciens n'en serait que plus frappante.

Qu'en est-il des philosophes ? Ceux qui se posaient comme les spécialistes des passions décrivaient-ils la manie ou la folie en termes de surenchère de ces dernières ?

On sait que certains philosophes divisaient l'âme en plusieurs parties, dont une partie rationnelle et une ou plusieurs parties non-rationnelles. Si une partie « affective » de l'âme était distinguée, on peut s'attendre à ce qu'une maladie de « l'âme affective » ait été décrite. Platon par exemple, dans le *Timée* ([86b]-[87a]), aborde les maladies de l'âme et les divise en deux catégories en fonction du rapport de force entre corps et âme. Voici le résumé qu'en fait Pellegrin (1993), dans un ouvrage collectif consacré à la distinction entre affectif et cognitif dans l'histoire de la psychose :

Si le corps est plus fort que l'âme, celle-ci est troublée par des passions (corporelles) excessives : elle devient alors enragée et son raisonnement est altéré. Il y a alors démence (*anoia*), de laquelle Socrate avait distingué plus haut deux espèces : la manie et l'ignorance. [...] Selon la partie de l'âme attaquée (partie désirante, affective ou intellectuelle), on aura des symptômes divers : tristesse, audace, lâcheté, oubli, difficulté à apprendre, et comme on l'a dit plus haut, altération du raisonnement (p. 13-14).

Peut-on voir là une ébauche de lien entre manie et trouble de l'âme affective ? Loin s'en faut. Tout d'abord, il faut entendre ici manie dans un sens très large, et c'est parfois le terme de « folie » qui est plutôt choisi par certains traducteurs, comme Brisson (1992). Ensuite, lorsque Pellegrin qualifie d'« affective » la partie de l'âme dont le siège serait le cœur, il fait un choix particulier, sujet à caution. Brisson parle plutôt de partie *agressive* de l'âme pour rendre

*thumós* (1992, p. 49), et Pigeaud préfère le traduire par *irascible* (1981, p. 49). En outre, lorsque Platon associe les symptômes aux parties de l'âme attaquée, il semble rattacher ceux qui ont une connotation affective à la partie « désirante » de l'âme, et non pas à la partie que Pellegrin qualifie d'affective. En effet, selon Brisson, Platon énumère trois paires de symptômes qui sont chacun associés à une partie de l'âme : l'âme « désirante » serait affectée par l'acrimonie et l'abattement (ou la tristesse et le chagrin pour Pigeaud (1981, p. 53)) ; le « cœur » serait touché par la témérité (ou l'audace) et la lâcheté ; et enfin l'âme « rationnelle » serait assombrie par l'oubli et la paresse d'esprit : « Il faut à l'évidence considérer que les trois couples correspondent aux trois régions de l'âme. À l'"appétit", *duskolía* et *dusthmía* ; au "cœur", *thrasútēs* et *deilía* et à l'intellect, *lēthē* et *dusmathía* » (p. 277).

Sans avoir besoin d'être ni helléniste ni philosophe, on est rapidement amené à constater qu'il est illusoire de voir chez Platon une ébauche de quelque chose qui correspondrait à une perturbation de l'affectivité et qui se traduirait par un trouble d'une partie de l'âme qu'il a isolée et qu'on qualifierait d'affective pour l'occasion. Comme cela a déjà été longuement développé plus haut, il n'existe pas de faculté spécifique correspondant à l'affectivité ou au sentiment dans l'Antiquité, ceux-ci étant confondus avec les passions jusqu'à Kant. Celui-ci est considéré comme le premier philosophe de l'affectivité, même si on peut trouver ça et là, notamment chez Platon et chez Aristote, une utilisation différenciée de la notion de passion, tantôt au sens d'affect, connotée positivement, et tantôt au sens de perturbation ou de vice (Richir, 2011). On n'était par conséquent pas vraiment en mesure d'envisager une catégorie spécifique des troubles affectifs. D'une façon générale, tout ce qui était étranger à la raison était englobé dans les passions, un peu de la même façon que tout non-grec était qualifié de barbare. On ne peut pas en conclure pour autant qu'aucun affect ne faisait partie de la description des maladies de l'âme, puisque nous y avons rencontré la tristesse, la crainte, le chagrin, la joie, la colère. Cependant, ce domaine n'était pas discriminé comme un champ spécifique. Ainsi, lorsque nous posons la question ci-dessus de savoir si les philosophes décrivaient la manie en termes de surenchère des passions, on peut répondre par la positive, mais avec une définition tellement vague et extensive qu'elle ne s'oppose pas à une folie qui ne serait pas passionnelle. En fait, pour les stoïciens par exemple, toute folie n'est rien d'autre qu'un excès de passion, elle n'est que « l'invétération et l'aggravation de la passion » (Pigeaud, 1981, p. 527). Comment aurait-on pu isoler à l'intérieur de ce vaste champ un

trouble affectant spécifiquement les émotions ou les affects, alors que ceux-ci n'étaient pas différenciés des passions ?

#### V.2.2. LA MANIE DES ALIÉNISTES : LE TROUBLE D'UNE FACULTÉ

Nous nous permettons de passer directement de l'Antiquité aux débuts de la psychiatrie moderne, car c'est en fin de compte souvent aux auteurs antiques que se réfèrent les premiers aliénistes (Pigeaud, 2001). Néanmoins, un auteur comme Pinel n'était pas insensible à des influences plus récentes, et en particulier, à celle de la philosophie des facultés. On peut le voir de façon très explicite dans l'extrait suivant tiré de sa *Médecine clinique* :

Je ne fais que proposer à l'homme qui est avide d'une instruction solide la marche générale de l'esprit humain. Il a devant les yeux les phénomènes d'une maladie qu'il observe, c'est-à-dire :

- 1) qu'il a des perceptions à l'occasion des impressions faites sur les sens : c'est ce qu'on appelle la *sensibilité*
- 2) il a des perceptions à l'occasion des impressions passées, soit qu'elles viennent de lui ou des autres, pour lui servir de terme de comparaison : c'est la *mémoire*.
- 3) par une suite de ces deux facultés il aperçoit des convenances ou des disconvenances entre toutes ces perceptions : c'est le *jugement* (cité par Pigeaud, 2001, p. 234-5)

La répartition des facultés se retrouve dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1809), où chacune se voit consacrer un chapitre distinct dans la deuxième section de son ouvrage : il aborde ainsi successivement les lésions de la sensibilité physique, de la perception des objets extérieurs, de la mémoire et du jugement. Il consacre aussi un chapitre aux « émotions et affections morales propres aux aliénés ». Il est frappé par le fait que dans certaines manies, les émotions sont perturbées sans que le soit le jugement ou le raisonnement : « Je ne fus pas peu surpris de voir plusieurs aliénés qui n'offraient à aucune époque aucune lésion de l'entendement, et qui étaient dominés par une sorte d'instinct de fureur *comme si les facultés affectives avaient été seulement lésées* » ([1809], 2005, p. 182, souligné par nous).

Alors que les médecins de l'Antiquité répartissaient surtout les maladies en fonction de leur caractère aigu ou chronique et en fonction de la présence de fièvre, le découpage du psychisme en facultés aboutit ainsi à l'idée que des troubles puissent toucher spécifiquement l'affectivité. Cependant, ce nouveau découpage s'avérait encore artificiel, car le contenu des descriptions demeurait inspiré des anciens. Ainsi, selon Lantéri-Laura (1993), durant la première période de la psychiatrie française moderne, la référence à l'humeur reste

secondaire : « [...] L'opposition de l'humeur et de l'intelligence ne constitue pas une distinction cardinale, et si la notion d'humeur ne s'y trouve ni récusée, ni négligée, elle n'y tient pas un rôle déterminant » (p. 52). Pour preuve, l'auteur rappelle que Pinel décrit quatre formes d'aliénation mentale, à savoir la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme, et que cette taxinomie est basée exclusivement sur les « altération possibles des *opérations de l'entendement* » (p. 51, souligné par l'auteur). De même, nous avons vu chez Esquirol l'importance accordée aux passions dans le chapitre consacré à celles-ci (cf. IV.2.3, p. 165), mais dans une vision fortement imprégnée de la philosophie stoïcienne, selon laquelle les passions viennent perturber l'entendement. Même si Esquirol est considéré comme le premier aliéniste à avoir décrit clairement des alternances entre manie et mélancolie chez un même malade, ces termes n'ont pas encore une connotation thymique et affective, selon Haustgen (1995) : « C'est plus, pour Esquirol, le trouble intellectuel, la fausseté des idées, l'altération du jugement, qui dominant » (p. 14).

Chez ces auteurs, ce que recouvre précisément l'affectivité demeure peu clair, car plusieurs notions différentes se côtoient sans que soient précisés leurs liens de similitude ou d'opposition. Ainsi, comme nous l'avons vu plus haut, le terme de passion est encore utilisé comme un synonyme d'émotion. Pinel la considère comme un facteur de la folie, et en même temps il isole des formes particulières de folies touchant spécifiquement l'affectivité... Tout se passe comme si se côtoyaient la conception stoïcienne des passions, la compréhension nouvelle des émotions et l'influence de la philosophie des facultés, sans que leur confrontation ne mette en évidence leurs contradictions. Ainsi, les émotions sont tantôt décrites comme néfastes et responsables de l'aliénation de la faculté d'entendement, tantôt elles sont vues comme le produit d'une faculté pouvant elle-même être affectée. Tantôt menace pour une faculté, tantôt faculté menacée, tantôt agresseur à repousser, tantôt victime à préserver.

Même s'il est délicat d'accuser *a posteriori* ces auteurs de ne pas avoir tracé d'emblée avec précision le contour des territoires qu'ils découvraient, certains historiens ne manquent pas de les égratigner : Postel parle de « patch-work » à propos d'Esquirol (Pigeaud, 1981, p. 136) et Pigeaud estime tout de même que le début du XIX<sup>e</sup> siècle a manqué de rigueur, en comparaison avec l'Antiquité :

Les sources les plus diverses sont ramassées dans les définitions, que ce soit celle de la manie chez Pinel, de la lypémanie chez Esquirol ; c'est-à-dire aussi bien les sources

philosophiques que les sources médicales. Cela conduit à un confusionnisme théorique inquiétant, où l'on mélange émotivité et affectivité, maladie organique et "maladie de l'âme" ; alors que [...] l'Antiquité avait abouti à une certaine clarification (1981, p. 136).

Jean-Pierre Falret [1794-1870], élève d'Esquirol, témoigne de l'influence de la philosophie des facultés sur la médecine mentale de son époque dans la mesure où il la dénonce avec virulence. Dans son introduction à son ouvrage *Des Maladies Mentales* paru en 1864, il écrit en effet :

On emprunte aux psychologies leurs divisions et subdivisions de facultés, pour en faire le préambule obligé de la symptomatologie des maladies mentales. On fait à l'avance un classement méthodique de ces facultés, et l'on recherche ensuite chez les aliénés les altérations correspondantes à chacune de ces divisions, ou même aux différents temps d'un même phénomène... On se livre ainsi à un travail tout artificiel, qui consiste à trouver une lésion de faculté, pour la mettre en parallèle avec chacun des actes de cette faculté à l'état normal. Ce procédé de classement, qui paraît séduisant au premier abord pour l'étude des symptômes psychiques, ne fournit donc même pas les éléments d'une bonne sémiologie des maladies mentales (*Des Maladies Mentales* (1864) – Introduction, p. VIII).

Pourtant, il reprend certaines divisions de la psychologie des facultés (Grivois, 1993), et en particulier il distingue les troubles affectifs des troubles de la raison. Selon Lantéri-Laura (1993), c'est même avec lui que cette distinction devient véritablement pertinente. Les troubles affectifs ne seraient plus subalternes mais primitifs, au sens aussi bien chronologique que hiérarchique. Pour notre propos, c'est aussi chez lui qu'on peut relever l'une des premières allusions, si ce n'est la première, à une forme d'hyperesthésie affective chez les maniaques, même s'il ne le dit pas en ces termes : « Ils *saisissent avec avidité les impressions les plus fugitives et les plus éloignées*, mais, trop rapides pour être appréciées, elles viennent s'altérer au contact des idées qui se pressent désordonnées dans leur esprit, et des *vives émotions qui les tiraillent et les entraînent dans les directions les plus diverses*. [...] *Tout les exalte et les irrite* » (Falret, 1854, p. 231, souligné par nous). Nous relèverons tout d'abord dans cette citation qu'en parlant de « saisir avec avidité », l'auteur insiste sur la recherche *active* de sensations, ce que nous avons compris ci-dessus comme la conséquence de la compréhension de l'affectivité comme une faculté, par opposition aux « passions » justement passives. Nous noterons ensuite que les émotions *de tous types* sont exacerbées. Même si Falret figure parmi les auteurs qui ont remarqué l'alternance entre manie et mélancolie en parlant de « folie circulaire », l'hyperesthésie qu'il décrit peut concerner toutes les émotions, y compris la colère. En réalité, l'association de la colère avec la manie était usuelle, et il était courant de parler de « fureur » maniaque, jusqu'à ce que cet aspect soit scotomisé, sous

l'influence notamment de Magnan (Lantéri-Laura, 1998). Nous avons vu que l'Antiquité incluait par ailleurs aussi l'anxiété dans la mélancolie, mais la notion de *bipolarité* contribuera à limiter les émotions prises en compte au couple joie-tristesse. On peut voir cependant un maintien de la dimension agressive chez les auteurs qui ont identifié, parmi les divers tempéraments « affectifs », un tempérament qu'ils ont appelé « irritable », comme Kraepelin ou, plus récemment, Akiskal (Bourgeois *et al.*, 1995). Enfin, nous retiendrons dans la citation de Falret l'insistance sur l'intensité des émotions (« des *vives* émotions qui les tiraillent »). Il est probable que l'accent mis sur la vivacité des réactions émotionnelles ne soit pas étranger à l'essor du romantisme, mais la prise en compte de *l'intensité* des impressions peut aussi être rattachée à l'engouement de cette époque pour l'étude du système nerveux, que nous avons relaté plus haut. On peut d'ailleurs s'interroger sur le rapport d'influence entre ces deux facteurs eux-mêmes, c'est-à-dire entre la mesure de l'intensité des phénomènes nerveux et l'avenue du *Sturm und Drang*, mais nous nous contenterons ici de remarquer le parallélisme. L'insistance sur l'hyperréactivité émotionnelle du maniaque se rencontrera encore au début du XX<sup>e</sup> siècle. En France, on cite souvent la description de Chaslin, qui rappelle celle de Falret :

Il y a des gens, dans les limites de la normale, qui sont plus émotifs que d'autres, c'est-à-dire que chez eux l'éveil des émotions est plus facile (souvent "pour un rien"), l'amplitude et la durée beaucoup plus grandes qu'à l'ordinaire. [...] C'est chez les maniaques que ce syndrome est le plus développé, en même temps que *l'amplitude* émotionnelle reste *constamment exagérée* : le maniaque est en état permanent d'émotion exagérée, quelle qu'elle soit (Chaslin, 1912, p. 31).

Notons tout d'abord qu'en parlant des « limites de la normale », Chaslin établit un pont entre normalité et pathologie, entre ce que nous avons appelé le « caractère émotif » dans le chapitre précédent et la manie proprement dite, comme le feront aussi d'autres auteurs tels que Kretschmer, Bleuler et plus récemment Akiskal. Par ailleurs, il est à relever que Chaslin, comme Falret, ne limite pas l'exagération de l'émotion à la joie ou à la tristesse (« quelle qu'elle soit »). Dans la description des symptômes, il précise : « L'augmentation de *l'amplitude et de l'excitabilité émotives*, l'exaltation émotive, entraînent l'apparition d'émotions multiples, toujours plus exagérées et plus exubérantes, plus persistantes que dans la normale : joie, contentement, [...] bonheur, extase, tendresse, colère, tristesse subite et désespoir, etc. » (Chaslin, 1912, p. 649).

Nous soulignons cette précision dans la mesure où elle est compatible avec l'hypothèse, développée dans ce travail, d'une mobilisation de toutes formes de sensations et d'émotions dans le but d'étouffer le vécu d'angoisse, et non pas une surenchère des émotions positives

destinée à combattre les émotions négatives, idée qui apparaîtra ultérieurement, notamment avec la notion de « défense maniaque ».

Kraepelin fait également allusion à l'hyperréactivité émotionnelle du maniaque. Rappelons qu'il a individualisé la « folie maniaco-dépressive » dans la sixième édition de son traité datant de 1899. Il s'est distingué par une vision unitaire des troubles de l'humeur, rassemblant dans la huitième version de son traité les manies, les psychoses circulaires et la plupart des tableaux mélancoliques. Dans cette version datant de 1913, il oppose l'hyperréactivité émotionnelle du maniaque à l'inhibition des mouvements sentimentaux du dépressif :

À ce qu'il semble, il y a là, en outre du sentiment de tristesse, une certaine *inhibition des mouvements sentimentaux qui fait contraste avec la facilité du maniaque à s'émouvoir*. C'est justement cette diminution de la capacité d'être ému, la perte de l'intérêt intime qu'on prend aux événements qui se passent autour de vous, c'est cela qui est ressenti le plus douloureusement par les malades. Tout est vide et désert en eux ; tout leur est égal, rien ne les intéresse plus, tout semble "si bête" (Kraepelin, 1913, p. 57, souligné par nous).

Nous verrons que Kretschmer et Bleuler ne retrouveront pas cette opposition, et mettront au contraire en évidence la réactivité émotionnelle commune aux maniaques et aux dépressifs dans le champ de ces troubles.

### V.2.3. DE LA CYCLOÏDIE (KRETSCHMER) À LA SYNTONIE (BLEULER) : HYPERESTHÉSIE MANIAQUE ET RAPPORT À LA RÉALITÉ

On s'accorde à considérer Kraepelin [1856-1926] comme le véritable fondateur de la nosographie psychiatrique actuelle, et sa classification modifiera profondément le cadre de compréhension de l'hyperesthésie et de la réactivité émotionnelle maniaque, non pas dans ses propres descriptions, mais dans celles d'auteurs qui reprendront sa catégorisation. En effet, on sait que cet auteur a divisé les psychoses endogènes en deux groupes principaux, à savoir la folie maniaque-dépressive et la démence précoce. Cette division ne reposait cependant pas sur la psychologie des facultés, au sens où on aurait d'un côté des troubles de l'humeur et de l'autre des perturbations de l'entendement. Kraepelin mettait l'accent sur le critère évolutif pour distinguer les maladies les unes des autres, ce qui transparaît par exemple dans la notion de « démence précoce » et qui sera précisément contesté par Bleuler (1911) lorsqu'il lui substituera celle de « schizophrénie ». En 1927, Minkowski fait ce constat : « Dans la façon dont se sont formées progressivement les notions de folie maniaco-dépressive et de démence précoce et dont elles sont venues, en fin de compte, s'opposer l'une à l'autre comme les deux entités principales dans le domaine des psychoses endogènes, le mode de l'évolution a joué

primitivement un rôle prépondérant » (p. 57). Minkowski souligne que ce critère s'est rapidement révélé insatisfaisant, et il rappelle que Kraepelin a rassemblé dans la notion de démence précoce des maladies auparavant séparées, ce qui suscitait la question de trouver le dénominateur commun de ces tableaux, en dehors de leur évolution. Ce « trouble essentiel » ne pouvait pas être recherché dans les symptômes, insuffisamment permanents et spécifiques. On a essayé alors de se raccrocher aux distinctions de la psychologie des facultés, sans succès, ce qui a amené Minkowski au même scepticisme que Falret avant lui : « Les notions courantes de la psychologie se montrent cependant rapidement insuffisantes. En prenant pour point de départ la triade traditionnelle : intelligence, sentiment, volonté, on s'aperçoit que le trouble en question ne peut être rapporté à aucune de ces facultés » (p. 78). En revanche, il souligne que la spécificité de la schizophrénie réside plutôt dans l'atteinte de la *cohésion* de ces facultés, ce qui a précisément motivé le choix du terme de « schizophrénie ». Par ailleurs, l'opposition entre folie maniaque-dépressive et démence précoce (schizophrénie) allait aboutir à une insistance sur les différences entre ces deux tableaux sur le plan du rapport à la réalité. C'est ainsi que se précisera l'idée, essentiellement à travers les travaux de Kretschmer et de Bleuler, que le maniaco-dépressif présente une hyperréactivité émotionnelle *liée à un maintien du contact avec la réalité*, par opposition au schizophrène qui peut s'avérer hyperémotif lui aussi, ce qui va provoquer cependant chez lui un évitement de la réalité.

Kretschmer (1921), dans ses recherches sur le tempérament que nous avons déjà citées dans le chapitre consacré au caractère, a repris le cadre nosologique de Kraepelin, et la distinction entre folie maniaque-dépressive et ce qu'on appelle schizophrénie depuis 1911. Il postule une continuité entre caractère normal, caractère pathologique et maladie mentale, dans chacune de ces lignées, ce qui donne respectivement une progression possible de la cyclothymie (caractère normal) vers la cycloïdie (caractère pathologique) jusqu'à la folie maniaco-dépressive, ou de la schizothymie (caractère normal) vers la schizoïdie (caractère pathologique) jusqu'à la schizophrénie. Il ajoutera plus tard un type épileptoïde (Kretschmer, 1927) pour intégrer à son modèle la nouvelle constitution proposée notamment par Minkowska (1923).

Les sujets du groupe « circulaire » se caractérisent par une vibration émotionnelle importante, en réaction au contexte : « Leur tempérament vibrant à l'unisson avec le milieu, ils n'éprouvent aucune contradiction pénible entre le "moi" et l'ambiance, [...] mais vivent en toute chose, se fondent avec les choses, pleins de sympathie et de pitié » (p. 136). On pourrait

donc parler d'hyperesthésie affective, si on définit celle-ci comme un synonyme d'hyperréactivité émotionnelle. Pourtant, paradoxalement, c'est précisément pour caractériser la lignée opposée que Kretschmer a utilisé la notion d'hyperesthésie. En effet, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, l'auteur attribue à la lignée schizoïde une alternance entre hyperesthésie et anesthésie, et parle de « proportion psychesthésique » pour décrire le rapport entre ces deux pôles. Kretschmer ne qualifie pas cette psychesthésie d'affective, du moins nous n'avons pas trouvé ce qualificatif dans son ouvrage, en revanche il est ajouté par Minkowski (1927) dans le résumé qu'il en fait : « De même que le tempérament cycloïde oscille entre la gaieté et la dépression, le tempérament schizoïde se meut entre deux pôles également. *Ces deux pôles sont pour lui l'hyperesthésie et l'anesthésie affectives* (reizbar und stumpf) » (p. 25, souligné par l'auteur). On peut regretter ce rajout par Minkowski, d'autant plus que Kretschmer oppose à la « proportion psychesthésique » du schizoïde la « proportion diathésique *ou affective* » du cycloïde pour qualifier la part respective du pôle gai et du pôle triste. Vus sous cet angle, les tempéraments seraient finalement tous caractérisés par leur valence affective, les uns oscillant entre un pôle gai et un pôle triste (cycloïdie), et les autres oscillant entre hypersensibilité et insensibilité (schizoïdie). Présentés de cette façon, les deux types de tempéraments paraissent plus apparentés qu'opposés, dans la mesure où ils peuvent se superposer. En effet, on peut craindre une confusion entre toutes les variétés du type cycloïde et celles du type schizoïde dont la proportion psychesthésique pencherait du côté de l'hyperesthésie.

En fait, nous retrouvons ici le paradoxe discuté dans le chapitre précédent (IV.1.3.c, p. 136), auquel Jung a également été confronté avec ses propres concepts, et qu'il a résolu en distinguant un type sensitif introverti et un type sensitif extraverti. Dans *La structure du corps et le caractère*, Kretschmer ne se réfère pas à Jung, dont les *Types psychologiques* sont parus l'année précédente, pourtant on peut rapprocher le cycloïde du sensitif extraverti, et le schizoïde à forte « proportion hyperesthésique » du sensitif introverti. Même s'il n'utilise pas ce terme, c'est en effet un extraverti que décrit Kretschmer dans le versant cycloïde, ce qui transparaît bien dans sa référence à la vibration avec le milieu citée ci-dessus. Pour lui, l'affectivité des cycloïdes « monte directement à la surface », tandis que les schizoïdes « ont une surface et une profondeur » (p. 150). Il rapproche cette profondeur de la notion d'autisme introduite par Bleuler à propos de la schizophrénie, et qui n'est effectivement pas synonyme d'insensibilité pour autant, au contraire : « Au début, notamment, certains malades craignent tout à fait consciemment le contact avec la réalité, parce que leurs affects sont trop intenses et

qu'il leur faut éviter tout ce qui peut leur donner de l'émotion » (Bleuler, 1911, p. 114). L'hyperesthésie schizoïde aurait donc ceci de particulier qu'elle occasionne une fuite du monde.

À la lecture du livre de Kretschmer, Bleuler est gêné moins par le contenu des descriptions que par les termes choisis pour qualifier les types dégagés. L'année suivante, il publie un article dans lequel il reprend la distinction entre cycloïdie et schizoïdie, mais en proposant de remplacer « cycloïdie » par « syntonie » afin d'éviter des malentendus. Cet article, intitulé « *Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie* » (Bleuler, 1922), n'a pas été traduit en français, mais les idées de Bleuler ont été portées à la connaissance des lecteurs francophones par Minkowski (1927), son élève :

Bleuler fait une retouche aux notions ou plutôt aux termes employés par Kretschmer. Les vocables de schizoïdie et de schizothymie d'une part, de cycloïdie et de cyclothymie de l'autre, ne sont pas entièrement équivalents. Les premiers visent un comportement par rapport à l'ambiance, les deuxièmes, par contre, évoquent avant tout l'idée d'une variation cyclique, se produisant dans le temps. Une rectification s'imposait. Ce qui caractérise aussi bien la folie maniaque-dépressive que les tempéraments correspondants ce n'est pas tant le facteur intermittent ou cyclique que la circonstance que, dans tous ces états, le contact avec la réalité est maintenu. Kretschmer lui-même l'a fait ressortir très nettement dans ses descriptions (1927, p. 33).

Notons en passant le remarquable souci de précision sémantique de Bleuler, qui l'avait déjà amené à proposer de substituer le terme de schizophrénie à celui de « démence précoce ». Il ne s'agit jamais de caprices esthétiques ou narcissiques liés à un besoin d'imposer des termes nouveaux, mais toujours de propositions argumentées de façon approfondie.

Bleuler ne manque pas de faire le rapprochement entre syntonie et extraversion d'une part, et entre schizoïdie et introversion d'autre part (1922, p. 394). En 1927, Minkowski témoigne du succès rencontré par ce rapprochement, qui le laisse personnellement insatisfait :

Jung plus particulièrement dans ses études opposa l'introversion à l'extroversion, la première correspondant au mécanisme essentiel de la schizophrénie, la seconde se rapprochant davantage de la façon d'être des maniaques-dépressifs. La schizophrénie fut comparée à un rêve à l'état de veille. Cette façon de voir fut maintenue pendant longtemps, et la distinction de deux types différents, ceux des introvertis et des extrovertis, semblait devoir traduire, on ne peut mieux, la prédisposition aux deux grands groupes de troubles mentaux dont il vient d'être question (p. 152).

En effet, Minkowski estime qu'on trouve parmi les schizoïdes aussi bien des introvertis que des extravertis (il dit « extrovertis »). On sait que pour lui, le critère déterminant se résume à la qualité du contact avec la réalité, cette dernière ne se superposant pas nécessairement avec le monde extérieur. Sans entrer dans ce débat, on peut retenir que la notion de réalité s'avère

complexe et recouvre des sens différents, mais l'important pour notre propos, et ce que Bleuler lui-même souligne dans le passage que nous avons cité, c'est que la réalité n'est fuie que dans la mesure où elle suscite des émotions, c'est-à-dire qu'elle touche le sujet dans ses « complexes ».

En d'autres termes, on peut trouver une hyperesthésie aussi bien dans la lignée maniaco-dépressive que dans la lignée schizophrénique, mais dans cette dernière, les émotions intenses sont évitées, alors que dans la première elles sont recherchées. Le contact avec la réalité extérieure serait finalement conditionné par ce facteur : il serait recherché ou fui dans la mesure où cette réalité peut représenter une source de stimulations et d'émotions. Si le maniaco-dépressif est plutôt orienté vers la réalité extérieure, c'est parce qu'il espère y trouver des occasions de vibrer, et si le schizophrène tend plutôt à l'éviter, c'est parce qu'il fuit les remous des émotions. Si on ne craignait pas la confusion entre la « syntonie » de Bleuler et la distinction faite en psychiatrie entre « égosityntonie » et « égodystonie » pour qualifier un vécu respectivement accepté ou refusé par le Moi de la personne qui l'éprouve, on pourrait dire que l'hyperesthésie du maniaco-dépressif est égosityntone, alors que celle du schizophrène est égodystone. De par ce fait, le premier aura plutôt tendance à rechercher le contact avec la réalité extérieure et avec les autres en particulier, alors que le second aura plutôt tendance à le fuir, mais pas de façon rigide, puisque cette tendance dépendrait finalement de la charge émotionnelle anticipée et du type de réalité en question. Telle est pour nous la conclusion à laquelle amènent des travaux de Kretschmer et de Bleuler, même s'ils ne s'y sont pas particulièrement arrêtés.

Il apparaît clairement en effet, par exemple chez Kretschmer, que les cycloïdes cultivent les émotions, qu'ils aiment à chercher dans l'ambiance des occasions de vibrer, alors que les schizoïdes les fuient : « Ces schizoïdes véritables ressentent toutes les couleurs criardes, tous les sons aigus de la vie réelle, qui sont pour le cycloïde et l'homme moyen un excitant indispensable de la vie, comme une dissonance laide et brutale, et même psychologiquement douloureuse. [...] Ils cherchent à éviter toutes les excitations externes, à les étouffer » (p. 159). On retrouve donc la recherche active d'émotions déjà repérée par Falret ou Chaslin chez les maniaques, mais avec une insistance sur l'investissement de la réalité que cette recherche implique. Lorsque Kretschmer parle de l'hyperesthésie schizoïde, il observe que cette hypersensibilité est vécue douloureusement :

Cependant même chez les malades froids, pauvres en affectivité, nous trouvons, dès que nous approchons de pareils schizoïdes, un délicat noyau de personnalité, retiré au

plus profond de l'être et doué d'une sensibilité nerveuse *très douloureuse*. "Vous ne vous doutez pas comme tout ceci me fait mal", disait à ses parents un écolier hébéphrénique enlisé dans l'insensibilité, chez lequel personne ne voyait extérieurement autre chose qu'une indolence insurmontable, une impotence psychique absolue (p. 156, souligné par nous).

Cette « phobie émotionnelle » des schizophrènes est décrite également par Bleuler (1911) notamment dans le passage que nous avons cité à propos de l'autisme (« [...] Il leur faut éviter tout ce qui peut leur donner de l'émotion »).

Pour Bleuler comme pour Kretschmer, la réactivité émotionnelle caractérise le syntone (cycloïde) non seulement quand il est maniaque, mais aussi quand il est dépressif. Par exemple, Kretschmer écrit à propos du tempérament dépressif, cas particulier du tempérament cycloïde : « Chez ces personnes ce n'est point le caractère qui est plus triste que chez les autres, mais *leurs réactions aux causes de tristesse sont plus violentes et plus facilement déclenchées* » (p. 134, souligné par nous). Minkowski (1927) relève également que le contact avec la réalité est toujours maintenu chez ces sujets : « Le cycloïde reste au fond toujours sociable, même quand il se livre peu ou quand il préfère vivre seul, car, pour lui, s'isoler ne veut jamais dire rester séparé de l'ambiance » (p. 29). Cette conception s'oppose à celle d'auteurs comme Kraepelin, qui soulignent l'absence d'émotions que déplore le dépressif. Mais alors, si celui-ci ne ressentait vraiment plus d'émotions, comment pourrait-il s'en attrister ? La plainte de ces dépressifs s'avère paradoxale, puisque, comme le signale Kraepelin dans la citation que nous avons reprise, « la diminution de la capacité d'être ému, [...] c'est cela qui est *ressenti le plus douloureusement* par les malades » (souligné par nous). Si ce constat s'avérait objectif, il devrait laisser le sujet indifférent, ou du moins le gêner de moins en moins. Or, à l'inverse, il continue de mettre en avant des éprouvés, fussent-ils pénibles, et l'impression d'insensibilité est elle-même présentée comme hautement douloureuse. Tout se passe comme si la tendance à exacerber les émotions était vécue comme insuffisamment efficace, ce qui continue pourtant de provoquer une réaction émotionnelle et des affects pénibles.

#### V.2.4. LA DÉFENSE MANIAQUE CONTRE L'ANGOISSE

La psychanalyse a abordé la manie de son point de vue spécifique, à savoir un point de vue dynamique, conflictuel, et elle a ainsi été amenée à y voir une dimension défensive (Winnicott, 1935 ; Athanassiou, 1996). Nous n'allons pas entreprendre une rétrospective

complète de la position psychanalytique sur la question, mais relever quelques points en rapport avec notre sujet.

On s'accorde à considérer Abraham (1912) comme le premier auteur psychanalytique à avoir abordé le thème de la manie, avant Freud lui-même. Dans un texte paru la même année que celui de Chaslin cité plus haut, Abraham interprète l'excitation maniaque comme l'expression d'une forme d'emportement par les pulsions :

La manie survient lorsque le refoulement ne parvient plus à endiguer le flot des pulsions refoulées. En cas d'excitation maniaque grave, *le patient est comme vertigineusement emporté par ses pulsions* ; il faut souligner ici que la libido tant positive que négative (amour et haine, désir érotique et hostilité agressive) font généralement irruption dans la conscience (p. 221, souligné par nous).

Dans ce passage, le maniaque est décrit comme passivement emporté, il n'y a pas l'idée d'une recherche active, mais simplement d'un manque de refoulement ; vue de cette façon, la manie apparaît donc non pas comme une défense mais au contraire comme le résultat de l'échec d'une défense. En outre, c'est par ses pulsions qu'il est emporté, il ne s'agit donc pas d'une hyperréactivité par rapport à l'ambiance mais d'un débordement de l'intérieur.

D'une façon générale, la plupart des auteurs psychanalytiques, à la suite de Freud (1917) et de Klein, comprendront la manie comme un mouvement défensif contre la dépression ou mélancolie. Racamier (1957) souligne qu'en le faisant, la psychanalyse a introduit une rupture avec la conception, en vigueur jusque là, d'une folie « circulaire », selon laquelle manie et mélancolie seraient deux visages que peut prendre indifféremment une même folie, sans que l'un soit nécessairement premier par rapport à l'autre. Il apparaît clairement dans le discours psychanalytique que c'est la mélancolie qui est première, et la manie une défense contre elle. Avec une telle conception, la psychanalyse allait certainement contribuer au succès de la notion de « bipolarité » : en mettant l'accent sur le renversement opéré ou du moins tenté par la défense maniaque, elle opposait de façon dichotomique deux pôles, même si pour elle l'un était premier par rapport à l'autre. En amenant l'idée de la défense maniaque, elle proposait simplement une compréhension du basculement d'un pôle à l'autre.

On peut s'étonner de ce que la psychanalyse se soit engagée rapidement de façon relativement consensuelle dans cette voie restreinte, faisant de la manie une défense contre la mélancolie, et n'ait pas exploré la voie plus large, ouverte par les auteurs que nous avons cités et qui insistaient sur l'exacerbation de toutes les émotions. On aurait pu alors se demander si l'hyperesthésie affective, dans son versant aussi bien maniaque que mélancolique, ne pouvait pas être l'expression d'une défense. Si cette question ne semble pas s'être imposée aux

psychanalystes, la raison en est peut-être à rechercher dans la place prise par l'hystérie à cette époque dans leurs réflexions théoriques, si bien que toute forme d'exagération, d'exaltation et de démonstrativité, en particulier dans le versant négatif et notamment douloureux, était comprise comme manifestation hystérique.

Mais si on envisage non pas la manie comme une défense contre la mélancolie, mais toutes les deux comme des réactions défensives similaires, contre quoi seraient-elles alors mobilisées ? Dans la continuité de toutes les considérations développées dans le présent travail, c'est selon nous dans l'angoisse qu'il faut chercher la réponse à cette question.

À l'appui de cette hypothèse, il y a lieu de citer la contribution de Racamier dont le titre résume bien sa spécificité : « De l'angoisse à la manie » (1957). Dans ce texte, Racamier insiste sur le rôle de l'angoisse en psychopathologie, rôle auquel la manie n'échappe pas selon lui : l'angoisse est définie comme « *fait universel et fondamental de la psychopathologie* » (p. 165, souligné par l'auteur). Voici le résumé qu'il fait dans sa conclusion :

Si la clinique relie étroitement la crise maniaque au *fond dépressif et anxieux* dont elle surgit, si la phénoménologie montre que la manie est un chef-d'œuvre de *facticité*, la psychanalyse enfin la tire d'une activité *défensive* mobilisée par *l'angoisse*.

*De l'angoisse à l'extase*, tel est en vérité, le chemin parcouru par le maniaque. *L'angoisse apparaît comme le terme nécessaire à partir et à l'encontre duquel s'édifie la crise de manie.*

Celle-ci est donc une *distraction*, au sens le plus haut et plus fort du terme (p. 187, souligné par l'auteur).

Dans ce texte, il est à noter toutefois que Racamier, tout en insistant sur le rôle de l'angoisse, ne dissocie pas celle-ci de la dépression. Tout se passe comme s'il précisait simplement que parmi les symptômes mélancoliques, c'est contre l'angoisse en particulier que lutte la manie. Dans ce sens, il demeure donc tout de même fidèle à la position psychanalytique classique, qui fait de la manie une lutte contre la mélancolie, et aussi à la position médicale classique, qui associe l'anxiété à la mélancolie depuis l'Antiquité.

Pourtant, si on pousse jusqu'au bout le raisonnement qui fait de l'angoisse le plus puissant mobilisateur des défenses, on est amené à nuancer cette association et à se demander si le vécu dysthymique est à placer sur le même plan que le vécu d'angoisse. En effet, si ces éprouvés sont souvent associés, il existe entre eux une différence de taille : l'angoisse est toujours fuie, elle pousse celui qu'elle envahit à agir pour la juguler. Aucun patient ne chérit jamais son angoisse, il cherche à la fuir ou y mettre fin, jusqu'à lui préférer parfois la mort. À l'inverse, certains s'installent dans la tristesse comme s'ils y trouvaient refuge, et l'entourage du mélancolique de même que les professionnels sont frappés par cette sorte de complaisance

morbide face à laquelle ils se sentent impuissants, comme si le patient aimait sa mélancolie et ne voulait la quitter pour rien au monde. Or, ne serait-ce pas précisément parce qu'elle constitue un rempart contre l'angoisse ?

La relation entre angoisse et dépression a été diversement perçue par les auteurs psychanalytiques, et Crosali Corvi (2010) en retrace les grandes lignes dans son ouvrage consacré à la dépression. Il en ressort qu'en règle générale, ces deux vécus ont été associés, et que c'est surtout le courant de l'Egopsychologie en Amérique qui a insisté sur leurs différences. Edith Jacobson par exemple, comme Racamier, donne à l'angoisse une place centrale en psychopathologie en la considérant comme un mobilisateur de défense, conformément à la seconde théorie de l'angoisse de Freud (1926 d). En revanche, contrairement à l'auteur français, elle y oppose la dépression, qu'elle situe plutôt du côté de la défense : « L'angoisse diffère considérablement de la dépression : elle est non pas la résultante d'une défense mais le moteur essentiel de la défense » (citée par Crosali Corvi, 2010, p. 158). De même, en se référant à Lacan, Crosali Corvi envisage la dépression comme une défense contre l'angoisse, une « espèce d'anesthésie de l'angoisse », une « angoisse congelée » (p. 229, souligné par l'auteur).

Ainsi, on peut se demander si le surinvestissement des affects dépressifs n'est pas à ranger aux côtés du surinvestissement des affects euphoriques, parmi les recours défensifs face à l'angoisse. Une telle vision s'accorde avec les descriptions des auteurs qui ont remarqué une surenchère de tous types d'émotions chez les maniaques, et donne un véritable sens aux états dits « mixtes », qui ont toujours embarrassé les tenants d'une vision bipolaire. Pour autant, on ne peut pas considérer les deux mouvements comme équivalents sur le plan « économique ». La recherche d'émotions positives peut se montrer plus efficace dans la mesure où elle met davantage à distance le vécu d'angoisse, en revanche elle s'avère aussi plus coûteuse en énergie et en décalage avec la réalité.

Ce commentaire nous ramène à la question du rapport à la réalité chère aux auteurs du début du XX<sup>e</sup> siècle que nous avons cités (Kretschmer, Bleuler, Minkowski). Dans l'approche psychanalytique, c'est surtout Winnicott (1935) qui a mené une réflexion sur l'investissement maniaque de la réalité. Dans un texte intitulé « La défense maniaque », il se réfère à un article de Searl intitulé « *The flight to reality* » (1929), qui eut un impact important sur les auteurs psychanalytiques de son époque, puisque plusieurs d'entre eux l'ont repris à propos de divers tableaux psychopathologiques (Revaz, 2005a). Dans le cas particulier de la manie, Winnicott

comprend la défense maniaque comme une fuite de la réalité intérieure, ce qu'on peut rapprocher de l'extraversion mentionnée par les auteurs cités plus haut. Plus particulièrement, ce qui est fui serait en lien avec des tensions au niveau des objets internalisés. En effet, pour définir la nature de la défense maniaque, Winnicott écrit : « Elle s'organise en fonction des angoisses qui relèvent de la dépression – état qui résulte de la coexistence de l'amour, de l'avidité et de la haine dans les relations entre les objets intérieurs » (p. 23). Dans ce passage, on peut noter que, comme Racamier le fera après lui en y insistant davantage, Winnicott précise que c'est contre l'*angoisse* liée à la dépression que vient lutter la défense maniaque. La précision de ce qui est fui dans la réalité interne, à savoir l'angoisse, permet de nuancer le lien entre manie et extraversion en évitant une dichotomie grossière qui a gêné notamment Minkowski (1927), comme nous l'avons vu (cf. V.2.3, p. 214).

Comme Racamier également après lui, Winnicott ne dissocie pas l'angoisse de la dépression, si bien que les sentiments de dépression sont situés dans le champ de ce qui est fui et non pas dans le champ de la défense. La polarité entre manie et dépression est activement entretenue, et l'auteur propose même une liste de mots clefs présentés par couples d'opposés. On peut noter que les manifestations dépressives combattues incluent non seulement des affects mais aussi des sensations :

La défense maniaque se manifeste de plusieurs manières, différentes mais apparentées :

- Le déni de la réalité intérieure
- La fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure
- Le maintien des personnes de la réalité intérieure en état "d'animation suspendue"
- Le déni des *sensations* de dépression – la lourdeur, la tristesse – par des sensations spécifiquement contraires, la légèreté, la bonne humeur, etc. (p. 23, souligné par l'auteur).

L'avidité sensorielle des maniaques est bien connue, et en particulier l'hypersexualité et l'hyperphagie font partie des descriptions de la manie depuis l'Antiquité. Nous avons aussi mentionné, dans la partie consacrée à l'enfant, l'allusion de Wallon (1934) à la sexualité chez les mélancoliques comme régulateur de l'angoisse, dans sa conception de l'antagonisme entre sensibilité viscéro-tonique et sensibilité périphérique (cf. II.1.1.a, p. 59). Ce qui est particulier à la psychanalyse, c'est qu'elle donne à l'hypersexualité un sens défensif :

Il y a celui qui exploite tous les aspects physiques possibles de la sexualité et de la sensualité. Il y a celui qui exploite les sensations corporelles internes. Des deux exemples cités, celui qui se masturbe sur un mode compulsif diminue la tension psychique en utilisant la satisfaction qu'il tire de l'activité auto-érotique, et des expériences hétérosexuelles et homosexuelles compulsives, tandis que le second,

l'hypocondriaque, en vient à tolérer la tension psychique en niant le contenu fantasmatique (p. 24).

Pour nous, cette avidité sensorielle confirme le rôle de l'angoisse, pour les raisons que nous avons déjà discutées, à savoir que l'angoisse implique une dimension sensorielle qui se retrouve dans son étymologie même. En revanche, nous pensons que des sensations pénibles et douloureuses ne sont pas nécessairement fuies mais peuvent au contraire être recherchées, dans la mesure où elles permettent d'étouffer la sensation d'angoisse. C'est la conclusion à laquelle nous étions arrivé au terme de la première partie de ce travail, où nous avons longuement analysé le paradoxe de la recherche de sensations douloureuses (cf. III.2.2, p. 106). C'est également de cette façon que nous comprendrions l'hypocondrie à laquelle fait allusion Winnicott dans le dernier passage cité, c'est-à-dire comme un surinvestissement des sensations corporelles, fussent-elles désagréables, de façon à étouffer l'angoisse. Rappelons le pouvoir mobilisateur des sensations négatives, leur effet d'obnubilation de la pensée qui peut être investi défensivement.

La référence aux sensations des maniaques n'a pas échappé à certains psychologues projectivistes. Parmi eux, Christine Rebourg-Roesler semble la première à avoir été frappée par le fait que ces sujets, en réponse à la consigne du Rorschach, qui fait appel à la capacité de représentation, disent plutôt ce qu'ils *éprouvent*, ce que le matériel suscite en eux sur le plan sensoriel et émotionnel. Dans son article intitulé « La manie ou l'exaltation sensorielle : la notion d'éprouvés corporels bruts au Rorschach » (Rebourg, 1992), l'auteur décrit un mode réactionnel qu'on peut superposer avec la « vibration avec l'ambiance » et la « syntonie » dont parlaient Kretschmer et Bleuler. Elle retrouve également la variété des éprouvés ainsi mis en avant, qui ne se limitent pas au plaisir : « Au Rorschach, nous retrouvons ces sensations ou affects clivés en deux pôles : d'une part les éprouvés de plaisir et d'autre part les éprouvés de déplaisir et d'inconfort » (p. 1135). De même, Chabot *et al.* (2003), en analysant des protocoles de sujets « bipolaires », identifient la référence à l'intensité comme l'un des principaux critères communs à tous les sujets : « Que ce soit par des verbes, des noms, des adjectifs ou encore des adverbes, les sujets bipolaires introduisent fréquemment une allusion à la gradation, à la quantification de l'intensité (en plus ou en moins) » (p. 268). Cette référence à l'intensité ne s'observe pas seulement à propos des contenus positifs, à tonalité maniaque, mais aussi à propos des contenus négatifs, à tonalité mélancolique. De même, dans un travail consacré au phénomène particulier de la critique au Rorschach, nous

avons mis en évidence que les maniaques ne font pas seulement des appréciations positives, mais formulent aussi des critiques sous la forme de sensations de malaise (Revaz, 2005b).

#### V.2.5. LA REDÉCOUVERTE DE L'HYPERESTHÉSIE

La deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle a offert un terrain peu propice au maintien de la notion d'hyperesthésie, ce qui est probablement lié d'une part à son absence dans le discours psychodynamique à propos de la manie, et d'autre part à l'essor de la notion de bipolarité.

En effet, après une longue domination de la conception unitaire de Kraepelin, on a divisé le champ de la psychose maniaco-dépressive en plusieurs diagnostics basés sur la polarité et les divers profils possibles des phases. Cette catégorisation s'est avérée finalement peu satisfaisante, et on est revenu à une conception unitaire en parlant de « spectre » de la bipolarité (Akiskal, 1995). Ce mouvement, et le succès rencontré d'une façon générale par la notion de « spectre » dans divers champs de la psychopathologie, ne sont certainement pas étrangers à l'essor du modèle dimensionnel au détriment du modèle catégoriel, auquel est reprochée la multiplication de sous-catégories aux limites floues et donc factices. Dans le cadre de ce retour à une conception unitaire, l'un des critères mis en avant est celui de la réactivité émotionnelle qui serait commune à tous les tableaux décrits, à des degrés divers. On peut mentionner dans ce sens l'article récent de M'Bailara (2009), dont le titre résume bien le propos : « Une relecture des troubles bipolaires à travers la réactivité émotionnelle ». L'auteur souligne les limites du recours au critère de polarité, finalement relativement artificiel, et plaide pour une focalisation sur le critère de l'intensité des émotions, arrivant donc au même constat que Chabot *et al.* (2003) avaient fait sur la base des méthodes projectives :

Pour dépasser la dualité entre tristesse et euphorie, l'approche en termes d'intensité présente l'intérêt de mieux correspondre aux tableaux cliniques présentés par les patients. Le concept de réactivité émotionnelle prend ici tout son sens. La réactivité émotionnelle rend compte de l'intensité de l'émotion. Elle représente la valeur communicative de celle-ci, variant ainsi de l'inhibition à l'excitation. En effet, l'anesthésie affective, également nommée "déficit émotionnel" par R. Jouvent et S. Carton (1994), correspond à un déficit quantitatif de l'émotion. À l'opposé, l'hyperactivité émotionnelle, parfois nommée "incontinence affective", est définie comme l'émergence soudaine et non maîtrisée d'une émotion particulièrement intense (p. 25).

En résumant diverses études, l'auteur fait état d'un certain consensus concernant l'hyperactivité émotionnelle maniaque ; en revanche, les choses sont beaucoup moins claires du côté « dépressif » : le mélancolique est-il également émotionnellement hyperactif, ou au contraire hyporéactif ? Peut-on aussi parler à son sujet d'hyperesthésie affective, ou au

contraire d'hypo-esthésie voire d'anesthésie affective ? Nous avons vu qu'historiquement, les descriptions de Kraepelin s'accordaient plutôt avec la seconde proposition, alors que celles de Kretschmer et de Bleuler correspondaient plutôt à la première. Cette divergence se retrouve dans les travaux récents concernant la dépression. Tout le monde s'accorde à dire qu'un dépressif réagit peu aux stimuli positifs, par contre la controverse fait rage quant à savoir s'il réagit de façon intense aux stimuli négatifs : « Pour les uns, les contextes négatifs seraient déclencheurs de réactions d'aversion intense et, pour les autres, ils seraient soumis au même désinvestissement affectif que les contextes positifs » (p. 25).

Pour résoudre ce paradoxe, M'Bailara propose de différencier deux types de dépression sur la base de ce critère de réactivité émotionnelle : une dépression inhibée, émotionnellement hyporéactive, et une dépression excitée, hyperréactive. Séduite par les sirènes modernes de l'approche dimensionnelle, elle tente d'intégrer ces deux types de dépression dans un continuum incluant une large palette de tableaux :

Les troubles bipolaires seraient une pathologie de la réactivité émotionnelle, et la vulnérabilité à la dysrégulation émotionnelle serait présente dès les phases de normothymie. Elle s'intensifierait au cours des accès thymiques sur un *continuum* allant de l'hyperréactivité émotionnelle caractéristique des phases maniaques à l'hyporéactivité émotionnelle caractéristique de certaines dépressions inhibées (p. 27).

Nous avons déjà dit notre scepticisme face à la tendance actuelle qui veut sacrifier sur l'autel de la nouvelle divinité dimensionnelle toute distinction catégorielle. On aboutit ainsi à des descriptions certes nuancées, mais qui perdent leur pouvoir discriminatif puisque finalement tout sujet se situe quelque part entre des extrêmes opposés à l'intérieur d'un spectre graduel. On peut y voir l'avantage que cette conception diminue le risque d'erreur de diagnostic, mais on peut y voir l'inconvénient que le diagnostic lui-même s'en retrouve vidé de toute substance, si on se souvient du sens même de ce terme et de son étymologie, qui implique une capacité de distinction.

La proposition de M'Bailara, qui consiste à différencier une dépression hyporéactive et une dépression hyperréactive, nous paraît intéressante, mais elle nous amène plutôt à nous demander si elle ne permet pas de distinguer les dépressions appartenant au spectre bipolaire de celles qui n'y appartiendraient pas. Si on identifie l'hyperesthésie affective comme caractéristique commune à tous les tableaux appartenant au champ appelé bipolaire, à l'exception d'une frange des dépressifs, n'y a-t-il pas lieu d'exclure précisément cette frange de ce champ, de façon à mettre ainsi en évidence un groupe homogène ?

#### V.2.6. DISCUSSION : DEUX NIVEAU DE POLARITÉ ?

Dans notre survol historique, nous avons tenté d'analyser si la référence à une forme d'hyperesthésie était faite pour décrire la manie, et le cas échéant comment elle était comprise. Nous avons souligné l'influence des conceptions épistémologiques en vigueur, qui ont occasionné des découpages différents de la manie tout en maintenant une continuité sur certains points.

Nous n'avons pas abordé ici les hypothèses biologiques, génétiques ou autres, qui ont été élaborées à propos de la manie et des troubles bipolaires, et dont l'importance tend à être confirmée au fur et à mesure de la progression des recherches. L'approche psychodynamique tend à comprendre les phénomènes observés chez les maniaques en termes de défense, de fuite, ce qui n'est pas nécessairement en contradiction avec les mécanismes biologiques, mais peut en traduire le versant psychologique.

Or, pour la compréhension psychologique des processus en jeu, la question de l'angoisse nous paraît centrale, car elle permet de rendre compte de phénomènes complexes, et en apparence même contradictoires.

Par exemple, nous avons vu que la référence à l'angoisse permet de dépasser le découpage artificiel entre réalité intérieure et réalité extérieure, puisque l'angoisse fait partie de la réalité intérieure, et que de ce fait la réalité extérieure peut être privilégiée pour la fuir, mais que d'autres aspects de la réalité intérieure peuvent également être investis, plus particulièrement les sensations permettant d'étouffer la sensation d'angoisse. Dans ses répercussions sensorielles, la référence à l'angoisse permet également de dépasser le découpage artificiel du psychisme en facultés, qui voudrait que la « folie maniaque-dépressive » soit un trouble confiné au champ de l'humeur.

Mais l'aspect le plus complexe que permet de nuancer la notion d'angoisse, c'est celui de la polarité. Nous avons vu que depuis l'Antiquité, on a repéré une alternance entre manie et mélancolie, entre gaieté et tristesse. Plus récemment, c'est-à-dire à partir de la psychologie des facultés, on a mis en évidence un « emballement » des facultés affectives, une hyperesthésie affective qu'on a opposée à une hypoesthésie voire à une anesthésie affective. Cette nouvelle polarité se situe à un niveau plus global que la première tout en l'incluant. En effet, la polarité « gai-triste » est incluse dans le pôle hyperesthésique de la polarité « hyperesthésie-anesthésie affective ».

Le premier niveau de polarité est le plus évident, et c'est celui qui a été le plus universellement décrit. Dans une optique psychodynamique, on s'est demandé naturellement si le pôle gai ne reflétait pas une fuite du pôle triste. La tendance à éviter les émotions négatives et à les étouffer par l'exacerbation d'émotions positives constitue certainement un mouvement fondamental qu'on peut observer chez tout un chacun à des degrés et à des moments divers, et chez les maniaques en particulier d'une façon caricaturale.

Le deuxième niveau de polarité est plus subtil et peut apparaître contradictoire avec le premier, car il renverse le statut des émotions négatives et de la « dépression ». Dans le premier niveau de polarité, les affects négatifs sont fuis, alors que dans le deuxième, ils peuvent être également recherchés. Ce qui est fui en apparence, c'est l'anesthésie affective, c'est-à-dire de ne rien ressentir, avec en filigrane le spectre de la mort (Winnicott, 1935). Mais comme nous l'avons mentionné, on peut se demander si ce qui est craint dans le fait de ne rien ressentir, ce n'est pas de laisser la voie libre à l'angoisse, notamment par exemple une angoisse de mort, comme l'envisagent Chabot *et al.* (2003) : « [...] Tout ressentir intensément (la sensation, l'affect, la pensée) reviendrait à lutter contre l'angoisse de ne rien sentir, contre l'angoisse du vide et de la mort [...] » (p. 277). En quelque sorte, il serait peut-être plus judicieux de dire que la deuxième polarité oppose l'hyperesthésie non pas à l'anesthésie mais à l'angoisse.

L'articulation entre les deux niveaux de polarité rend particulièrement complexe la compréhension des phénomènes observables. On peut faire l'hypothèse qu'il existe une hiérarchie entre ces deux niveaux de polarité et entre les deux mouvements défensifs qui leur correspondent, dans le sens où le deuxième prend le relais du premier lorsqu'il s'essouffle, s'avère insuffisamment efficace ou trop coûteux. Pour le dire dans les termes les plus simples possibles, on pourrait résumer les choses de la façon suivante : *mieux vaut être gai plutôt que triste, mais mieux vaut être triste plutôt qu'angoissé*. La dépression peut ainsi se retrouver tantôt fuie, tantôt recherchée, ce qui se reflète dans la divergence entre les auteurs qui la situent tantôt du côté de l'angoisse, tantôt du côté de la défense.

### **V.3. Ouvertures**

Parmi les divers tableaux psychopathologiques chez l'adulte, nous avons choisi d'analyser la notion d'hyperesthésie dans le cadre de l'hystérie et de la manie en particulier, dans la mesure où cette notion y apparaissait explicitement. Plusieurs autres entités psychopathologiques

pourraient être analysées de la même façon, et nous pourrions consacrer un chapitre entier à chacune d'entre elles, mais nous contenterons d'en mentionner quelques-unes ici.

Tout d'abord, rappelons que la notion de « procédé autocalmant » s'est développée dans le champ psychosomatique, et tous les symptômes psychiques impliquant une centration sur les sensations corporelles peuvent être interrogés sous cet angle. La psychosomatique recouvre bien sûr un large champ de phénomènes, mais la compréhension de certains d'entre eux en termes de lutte contre les sensations d'angoisse par l'exacerbation d'autres sensations, en particulier désagréables, selon un principe d'antagonisme, constitue pour nous un sujet de réflexion.

Un autre thème dont nous pourrions reprendre l'historique sous le même angle serait évidemment le vaste domaine des troubles addictifs, dont le support sensoriel est au premier plan, y compris des comportements n'impliquant pas nécessairement une consommation de substances, comme les conduites à risque (Duparc et Vasseur, 2006) ou la dépendance au sport (Abadie, 2007). Jusqu'aux années 1990, la dimension « auto-calmante » de ces troubles a été occultée dans le discours psychodynamique au profit de la motivation auto-érotique. Magoudi, dans sa revue de littérature psychanalytique concernant la toxicomanie et datant de 1985, rappelle que Freud considérait celle-ci comme un « substitut à un acte sexuel », assimilable à la masturbation ; en quoi il a été suivi par la majorité des auteurs, comme par exemple Rado qui a parlé d'« orgasme pharmacogénique ». La dimension auto-érotique de cette recherche de plaisir sous-tend la compréhension de la toxicomanie en termes « narcissiques », débouchant sur la question controversée de l'appartenance de ces tableaux aux organisations de personnalité dites « *borderline* » ou « états-limites ».

En 1987, Le Poulichet a repris le concept grec de *pharmakon* pour insister sur la dimension *autosoignante* du comportement toxicomane. En 1990, Goodman a fait le point sur la question dans un article intitulé « *Addiction, definition and applications* », qui devint une référence pour certains auteurs comme par exemple Jeammet (1995) :

La définition retenue des conduites d'addictions sera celle proposée par A. Goodman (1990) qui considère qu'on peut dire d'une conduite qu'elle est addictive quand un sujet est, de manière impulsive et difficile à contrôler, obligé de recourir à un comportement ou à l'usage d'un produit pour rétablir son homéostasie interne, c'est-à-dire *pour apaiser sa tension et pour se procurer un certain plaisir* ; et deuxième critère nécessaire, c'est que, recourant à cette conduite ou à ce produit de manière répétitive, il le fait bien qu'il ait conscience du caractère potentiellement nuisible de ce comportement (p. 157, souligné par nous).

Dans cette citation, on peut noter la motivation de l'apaisement que l'auteur a pris la peine de distinguer de celle de la recherche de plaisir (en la citant même en premier), de la même façon qu'à la même époque, les auteurs français le faisaient dans le champ de l'école psychosomatique, comme nous l'avons vu. Il semblerait que la prise en compte de la motivation d'apaisement en psychopathologie soit entrée dans l'air du temps à cette époque, pour des raisons qui restent pour nous mystérieuses. Jeammet abordera cette motivation dans ses écrits sur la toxicomanie, par exemple dans un texte dont le titre est éloquent : « Les conduites addictives : *un pansement pour la psyché* » (Jeammet, 2000, souligné par nous). La métaphore médicale n'est peut-être pas anodine (*pharmakon*, pansement, auto-soignant), et on peut se demander si la place donnée récemment à la notion d'apaisement psychique n'est pas en rapport avec la prépondérance de l'approche biologique et médicamenteuse des troubles mentaux.

## VI. SYNTHÈSE ET CONCLUSION

Il y a quelque chose d'insolite dans la façon dont le thème du présent travail se laisse appréhender. En effet, au terme de notre analyse des diverses facettes que peuvent présenter les sensations apaisantes, le portrait qui s'en dégage ressemble à celui d'une arlésienne : à la fois omniprésente et imperceptible. Ce statut paradoxal se vérifie aussi bien dans le vécu des individus que dans la littérature, et peut-être ceci explique-t-il cela.

Car en effet, nous espérons l'avoir montré, les références à l'hyperesthésie et à la recherche de sensations dans un but d'apaisement sont nombreuses. Elles ne se limitent pas au discours psychanalytique ni même psychologique, ni à l'époque actuelle, c'est pourquoi nous avons donné une large place à l'histoire, en nous permettant des incursions dans le champ philosophique, éthologique, médical et psychiatrique. Tout a déjà été dit en quelque sorte, et notre objectif a été moins de proposer des idées nouvelles que de rassembler des idées déjà développées dans une synthèse qui, elle, se veut originale. Nous avons tenté de mettre en évidence des liens possibles entre différents points de vue concernant l'hyperesthésie : non seulement entre le passé et le présent, entre les différents discours mentionnés, mais aussi, à l'intérieur du champ de la psychologie, entre des domaines qui demeurent souvent cloisonnés de par la spécialisation toujours plus poussée des chercheurs : le développement normal de l'enfant, les troubles du développement, la psychologie « normale » de l'adulte et la psychopathologie.

Dans le développement normal de l'enfant, la recherche d'apaisement à travers le recours à certaines sensations est de l'ordre de l'évidence. Peut-être même en est-ce tellement une que peu d'auteurs ont jugé nécessaire de s'y arrêter particulièrement : ce que toutes les mères savent, pourquoi l'écrire ? Nous avons vu que la psychanalyse s'est intéressée au plaisir recherché dans les sensations plutôt qu'à l'apaisement, qu'elle s'est focalisée sur l'auto-érotisme et la sexualité infantile, du moins jusqu'à l'apparition de la notion de « procédé autocalmant ».

À propos des troubles du développement, nous avons étudié la recherche de sensations désagréables notamment à travers l'automutilation. Dans le discours psychanalytique, c'est alors non pas la libido mais la pulsion de mort qui a occulté la recherche d'apaisement. Les auteurs les plus féconds nous semblent alors ceux qu'une longue expérience au contact

d'enfants a amenés à comprendre cette attitude plutôt comme relevant de la survie psychique que de l'autodestruction délibérée.

Or, si on peut donner à la recherche de douleur une fonction positive, une motivation apaisante, c'est en particulier en la comprenant comme une forme de lutte contre l'angoisse, un étouffement des sensations d'angoisse par un effet d'antagonisme.

En ce qui concerne l'adulte, nous avons retrouvé cette « loi » d'antagonisme surtout dans la compréhension historique des passions. Une passion en chasse une autre, et c'est sur cette base que les médecins ont pu la prescrire dans un but thérapeutique. Au niveau de l'individu, la psychanalyse suggère que la passion peut être investie comme une défense, une façon paradoxale de maintenir un équilibre, d'allumer un « contre-feu ».

On trouve également dans la psychologie du tempérament cette idée du maintien d'équilibre par la recherche de sensations, mais seulement après l'introduction du tempérament « nerveux ». Auparavant, l'idée que les sensations pourraient être recherchées dans un but d'apaisement n'existait guère dans la notion de tempérament. Les différences de tempérament étaient simplement expliquées par des différences biologiques, des excès d'une humeur. Historiquement, les sensations étaient d'abord plutôt rattachées au sang, avant d'être expliquées par les nerfs, et le tempérament sanguin pouvait impliquer des sensations plus fortes. Progressivement, c'est au tempérament appelé « nerveux » qu'on a attribué une grande sensibilité ou un besoin de sensations. C'est avec l'hypothèse homéostatique qu'apparaît la compréhension de la recherche de sensations comme un moyen de rétablir un équilibre, et donc d'obtenir un apaisement : il existerait chez tout individu un niveau optimum de stimulation, et la recherche de sensations serait destinée à élever un niveau trop bas par rapport à cet optimum. Chez plusieurs auteurs, on trouve ainsi la référence à une « faim de stimuli » (*stimulus hunger*) aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, qui repose fondamentalement sur une conception neurobiologique même si elle est utilisée dans d'autres cadres de référence, par exemple psychanalytique.

Chez l'enfant, on réutilise la notion de tempérament depuis quelques décennies, et l'influence de la neurobiologie y est prépondérante. Il y est surtout question de sensibilité et de réactivité, de régulation du niveau d'excitation (inhibition, consolabilité), d'irritabilité, notion dont nous avons vu l'origine historique liée à la neurophysiologie. Dans certains modèles en particulier, le tempérament nerveux n'apparaît plus seulement comme l'un des tempéraments possibles :

tous les tempéraments seraient en fin de compte nerveux, et les différences entre eux se mesurent à cette aune. Après avoir été une pièce rapportée dans le système galénique, voilà que le nerveux occupe maintenant la première place, voire toute la place.

Dans les troubles de l'adulte, nous avons souligné également l'influence considérable de la neurophysiologie sur la compréhension de l'hystérie. C'est dans ce cadre qu'il a été question d'hyperesthésie et d'anesthésie. Or, c'est plutôt l'approche éthologique qui a compris l'hyperesthésie hystérique comme une recherche d'apaisement, mais cette fois dans le sens d'une décharge plutôt que dans le sens d'une augmentation homéostatique du niveau de stimulation.

On retrouve dans la manie une forme d'hyperesthésie particulière, qui est qualifiée d'affective, et qui est appelée aussi hyperréactivité émotionnelle. Dans le discours psychodynamique, on a plutôt compris la manie comme une défense contre la dépression, mais dans la continuité des réflexions menées tout au long de ce travail, on peut voir la surenchère des sensations euphoriques aussi bien que dysthymiques et douloureuses comme une lutte contre l'angoisse, une tentative d'étouffer les sensations que celle-ci implique, toujours en vertu de la même « loi » d'antagonisme entre les sensations. La complaisance morbide qu'on trouve souvent dans la mélancolie peut remplir ainsi la même fonction que celle que nous avons évoquée à propos des automutilations dans le cadre des troubles du développement, mais à un niveau plus mentalisé.

Quelles conclusions le psychologue confronté à des situations concrètes peut-il tirer de toutes les considérations que nous avons développées ? Le présent travail se place avant tout dans une perspective théorique générale, et il nous semblait constituer un préalable nécessaire à une réflexion plus clinique pouvant s'ouvrir sur de nombreux thèmes liés à des champs pratiques qui n'ont été souvent qu'effleurés ici. Nous nous contenterons d'ébaucher quelques pistes à l'issue de cette analyse globale.

Une des premières questions que peut se poser le clinicien est celle de la limite entre normalité et pathologie. Nous avons abordé les deux versants dans chaque partie de notre travail, en montrant que l'hyperesthésie peut faire partie du développement normal et du caractère ou du tempérament aussi bien que de troubles particuliers de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte. Nous avons cité des auteurs qui ont explicitement établi des ponts

entre normalité et pathologie, comme par exemple Chaslin ou Kretschmer à propos de la manie, ou encore Malapert à propos de l'hystérie, la neurasthénie et la mélancolie agitée. Nous avons vu que la passion n'était pas nécessairement considérée comme pathologique par nature, et qu'elle était même parfois synonyme d'émotion, mais qu'elle était aussi parfois accusée d'être à l'origine de l'aliénation mentale et qu'on a parlé de « psychoses passionnelles ».

Jusqu'où l'hyperesthésie constitue-t-elle un trait de caractère, et à partir de quand serait-elle à considérer comme pathologique ? Les notions de caractère et de tempérament elles-mêmes n'ont pas toujours un statut clair du point de vue de la normalité. En ce qui concerne le caractère, les auteurs psychanalytiques n'ont pas tous adopté le même point de vue. On peut opposer par exemple, du côté pathologique, Reich (1933) qui considérait le caractère comme une cuirasse à détruire, ce qu'il s'évertuait à faire dans ses cures, et du côté « normal », Bergeret (2004) qui définit le caractère comme « une émanation même de la structure profonde de la personnalité, dans son mode le plus adapté de fonctionnement affectif et relationnel » (p. 54). Villa (2004) fait ressortir par un habile jeu de mots le double versant, normal et pathologique, que recouvre la notion de caractère en psychanalyse, en considérant qu'il se présente à la fois comme une *armure* et une *armature*.

Cette double polarité se retrouve aussi, dans une certaine mesure, dans la notion de tempérament. Pichot (1995) rappelle que chez les Grecs, la normalité est définie comme un équilibre entre les humeurs. Puisque chaque tempérament serait l'expression d'une humeur ou une qualité élémentaire dominante, il en résulte que, de façon similaire au caractère, il recèlerait par nature, sinon une dimension pathologique, du moins la référence à un déséquilibre, alors que le terme « tempérament » renvoie étymologiquement à l'équilibre d'un mélange. Galien, déjà, était conscient de paradoxe : « Car si le tempérament est bien mélangé, il n'y a rien qui prévale sur rien » (à paraître, 2012, [521] dans l'édition de Kühn). Il distingue une dyscrasie saine et une dyscrasie morbide ([609]). Il aboutit à une typologie composée de neuf tempéraments, dont un seul serait « bien mélangé », et les huit autres « mal mélangés », caractérisés par la prédominance soit d'une, soit de deux des quatre qualités (chauf, froid, sec, humide). D'autres auteurs ont également été sensibles au statut de normalité paradoxal du tempérament. Par exemple, Ambroise Paré [1509-1590] a qualifié d'« intempéré » celui chez qui une humeur domine, et il existerait une forme d'« intempérature » qui « est encore dedans les limites de la santé » (1840, p. 34).

Nous avons vu que la notion de tempérament redevenait au goût du jour, ce que Pichot (2002) rattache notamment au succès de la psychiatrie biologique, et le « spectre » de la bipolarité en particulier s'est enrichi de la notion de « tempérament affectif ». Or, cette nouvelle notion implique une dimension pathologique plus marquée, car ce type de tempérament est considéré en quelque sorte comme une manifestation « sub-syndromique » des troubles de l'humeur. Bourgeois *et al.* (1995) estiment que ce constat est révélateur d'un renversement de perspective dans la psychiatrie contemporaine : « Les troubles et les particularités caractérologiques des sujets sont attribués à la maladie maniaco-dépressive elle-même » (p.50).

Dans le paradigme structuraliste qui prévalait auparavant (Lantéri-Laura, 1998), et tel qu'il a été développé par exemple par Bergeret, on considère que la structure de personnalité se construit tout au long du développement, et qu'une décompensation éventuelle de la structure se traduit par l'apparition de symptômes. Ici, à l'inverse, ce ne sont pas les symptômes qui sont rattachés à une structure préexistante, mais le tempérament qui s'inscrirait dans l'évolution d'une maladie et qui lui serait donc subordonné. Pour Bourgeois *et al.*, ce retournement conceptuel est poussé jusqu'au bout par Akiskal :

Dans sa conception, les traits de personnalité sont la conséquence (et non la racine) de la pathologie de l'humeur. Les particularités des "tempéraments" sont secondaires et non primaires. En outre, chaque épisode thymique laissera des séquelles "caractérologiques" qui aggraveront les traits de personnalité affective. [...] On a donc une nouvelle caractérologie et une reprise du "modèle psychopathologique de la personnalité", dont les particularités dépendent d'un plus ou moins de troubles de l'humeur, et en dernière analyse d'un plus ou moins de PMD... (p. 50).

On peut évidemment se demander si ce renversement de perspective, comme la réhabilitation de la notion de tempérament, n'est pas à rattacher au triomphe actuel de la psychiatrie biologique. En tout état de cause, si la frontière entre normalité et pathologie reste difficile à identifier d'un point de vue théorique, il est probable que ce qui amènera un sujet à consulter concrètement, c'est toujours une souffrance significative vécue par lui-même ou ses proches, une altération de son fonctionnement personnel et social, critères qu'on retrouve dans les manuels de classification diagnostique et qui s'avèrent relativement simples et intuitifs même si on peut les trouver flous. Par exemple, l'hyperesthésie, en dépassant un certain seuil, pourrait aboutir à un sentiment d'épuisement chez le sujet lui-même ou dans son entourage social ou professionnel. Considèrerait-on comme un progrès scientifique que ce critère soit remplacé, aujourd'hui ou demain, par la mesure du taux d'un composant biologique ?

Par cette question provocatrice, nous souhaitons souligner le danger que représenterait tout réductionnisme dans l'abord de l'hyperesthésie, comme il va de soi d'ailleurs en psychopathologie d'une façon générale. Nous avons insisté sur les diverses facettes de l'exacerbation des sensations, sur ses multiples facteurs possibles, et nous avons répertorié différentes compréhensions qui ont été proposées et qui ne s'excluent pas nécessairement les unes les autres, dans le cadre d'approches différentes, notamment neurobiologique, psychodynamique, éthologique. Au sein du discours psychanalytique lui-même se côtoient divers courants plus ou moins divergents en ce qui concerne certains concepts théoriques comme la pulsion de mort et en ce qui concerne la prise en charge.

Il y a quelques décennies, alors que cette approche dominait, c'était surtout de sa part qu'on pouvait craindre un réductionnisme dangereux, par exemple en ce qui concerne la compréhension de l'autisme. Aujourd'hui, c'est l'approche biologique qui a plutôt le vent en poupe, et le réductionnisme peut s'avérer d'autant plus tentant à propos du thème des sensations, en raison de leur support nerveux dont nous avons retracé l'identification progressive avec ses répercussions considérables sur la compréhension du tempérament et de divers symptômes tels que ceux qualifiés d'hystériques.

La confrontation entre des approches différentes n'aboutit pas toujours à un dialogue constructif, mais s'enlise parfois dans des querelles de chapelles, comme c'est le cas par exemple en France depuis plusieurs années à propos de l'autisme. Il existe aussi un risque inverse, à savoir celui d'un consensus mou qui gommerait toute distinction. Nous ne concluons donc pas que l'hyperesthésie se retrouverait un peu chez tout le monde et que toutes les compréhensions proposées tout au long de notre développement seraient un peu valables pour tout le monde.

En effet, si on se réfère à l'approche dimensionnelle actuellement en passe de supplanter l'approche catégorielle, on peut se contenter de considérer l'hyperesthésie comme une dimension qui apparaîtrait à des degrés divers dans le tempérament ou dans certaines pathologies. Si on se réfère à une approche structuraliste, on peut adhérer à cette idée d'une dimension qui chevauche les catégories, mais en ne perdant pas de vue les sauts qualitatifs qui interviennent lorsqu'on passe d'une catégorie à une autre.

Car c'est bien la perspective structuraliste qui nous semble la plus appropriée en psychopathologie, en donnant un sens à un symptôme ou à une caractéristique particulière par

rapport à la structure globale du fonctionnement psychique : c'est ce qu'il s'agit de faire également dans le cas de l'hyperesthésie, c'est-à-dire la situer dans le cadre d'un diagnostic structurel. Sans entrer dans le détail de toutes les implications de ce diagnostic structurel, nous aimerions insister surtout sur trois de ses aspects.

La première caractéristique qui nous paraît primordiale, c'est celle de l'angoisse, conformément à la conception d'auteurs structuralistes tels que Bergeret (1974), et en accord avec Jacobson et aussi Racamier (1957) qui la considère comme universelle et fondamentale en psychopathologie. Nous avons largement insisté sur le rôle de l'angoisse, en particulier dans la synthèse de la première partie, ainsi qu'à propos de la manie dans la seconde partie. Nous avons rappelé ses ramifications sensorielles, reflétées dans l'étymologie même du terme (*angustia*, le resserrement). La place de l'angoisse s'avère centrale dans ce travail, car notre but était de souligner l'antagonisme entre les sensations, et par conséquent le recours défensif possible à différents types de sensations pour étouffer celles de l'angoisse et obtenir par ce biais un apaisement.

Or, si l'angoisse est au cœur de l'hyperesthésie, de quelle angoisse s'agit-il ? Les structuralistes ont établi des distinctions entre les différentes formes que peut prendre l'angoisse en fonction de la structure : par exemple, on sait que Bergeret (1974) distingue fondamentalement l'angoisse de morcellement, l'angoisse de perte d'objet et l'angoisse de castration, caractéristiques respectivement de la structure psychotique, de l'organisation limite et de la structure névrotique. Le clinicien confronté à l'hyperesthésie pourra donc se demander contre quel type d'angoisse les sensations sont mobilisées. C'est en essayant de contribuer à diminuer l'angoisse par un autre moyen, biologique ou psychologique, qu'il espèrera modérer les excès dans l'intensité des sensations, lorsqu'ils sont sources de souffrances.

La seconde caractéristique structurelle dont il nous paraît important de tenir compte pour le diagnostic structurel, c'est celle du mode relationnel. Nous nous y sommes arrêté dans la conclusion de la première partie consacrée à l'enfant (III.2.1, p. 103), en distinguant différents cas de figure en fonction de la construction de l'enveloppe psychique et de l'objet comme distinct du sujet. Nous avons vu que les sensations pouvaient être investies comme un lien ou au contraire comme un verrou, qu'elles pouvaient renvoyer à la présence de l'objet relationnel ou au contraire en exclure l'existence.

Enfin, la troisième dimension que nous aimerions mentionner, c'est celle du niveau de mentalisation des sensations en fonction de la structure, sur lequel le clinicien pourra s'interroger, comme nous l'avons fait à propos de l'hystérie en distinguant trois groupes, et à partir duquel il interviendra. Dans l'introduction, nous avons opté pour une définition large des sensations, impliquant la sphère affective, ce qui nous a permis de ne pas perdre de vue la continuité entre ces niveaux de mentalisation. Au fur et à mesure de notre développement, nous avons constaté que les signifiants « sensation », « affect », « passion », « émotion », ont reçu des définitions qui ont beaucoup varié dans l'histoire et en fonction des auteurs, avec des limites floues et des glissements de l'un à l'autre. Il peut en ressortir un sentiment de confusion, mais il est possible de retenir tout de même le principe général que plus le niveau de mentalisation est faible, plus les manifestations sensorielles se limitent au corps et au comportement, et plus il est élevé, plus elles sont intégrées à des émotions et à des affects qui peuvent être exprimés sur un mode verbal.

C'est l'une des raisons qui justifient à nos yeux le rattachement de la « conversion » hystérique au premier cas de figure, même si la psychanalyse freudienne en fait une production symbolique, en utilisant le terme « symbole » dans le sens non pas d'une abstraction mais au contraire d'une *concrétisation*. Même dans le champ psychosomatique, alors que l'école de Paris avait frappé les esprits en qualifiant le symptôme psychosomatique de « bête », on se plaît maintenant à parler au contraire de « symbolisme organique », notion à laquelle la Revue française de Psychosomatique a consacré un numéro entier en 2002 (n° 21).

Il existe diverses positions au sein de l'approche psychosomatique en ce qui concerne la valeur symbolique des symptômes, et cette divergence reflète le flou de la définition du symbole lui-même. Cette imprécision permet de qualifier de « symboliques » des processus qui reposent en réalité sur des troubles de la représentation, des confusions entre concret et abstrait. Ainsi, lorsque Smadja (2002, p. 7) envisage, dans le numéro cité, que les dorsalgies d'un patient puissent exprimer symboliquement qu'il en a « plein le dos », nous ne voyons là aussi rien d'autre qu'une concrétisation d'une image du langage et donc l'inverse d'un symbole au sens strict (Rossel et Fischer, à paraître, 2012).

C'est aussi dans un sens plus restrictif et discriminatif que Gibello (1984) mentionne, parmi les aspects de l'intelligence importants à évaluer, la « qualité des processus de

symbolisation », qu'il appelle aussi « processus de sémiotisation », en utilisant la notion de symbole dans un sens abstrait lié au développement du langage :

Les activités psychiques archaïques s'organisent chez le bébé sans faire intervenir le langage. C'est seulement au cours de la deuxième année de la vie que les représentations de mot commencent à se spécifier, à se lier aux activités psychiques antérieures. Alors, nous pouvons observer que le bébé s'essaye à *commenter ses états d'âme* et ses recherches et à les communiquer à l'entourage. [...] La liaison au langage des activités psychiques caractérise la pensée humaine en général, et les activités cognitivo-intellectuelles en particulier, même si certains chercheurs ont, paraît-il, réussi à enseigner les rudiments du langage humain à des singes supérieurs (p.54-55, souligné par nous).

Ribot, dans sa *Psychologie des sentiments* (1896), s'est interrogé plus spécifiquement sur la symbolisation des vécus affectifs, en y consacrant un chapitre intitulé « l'abstraction des émotions ». Il conteste, comme nous l'avons fait, le statut abstrait de « symboles » à connotation affective, comme par exemple un drapeau éveillant le sentiment du patriotisme militaire ou social : « Ces faits et leurs analogues sont des cas d'*association*, non pas d'abstraction » (p. 183, souligné par l'auteur). Il estime que les possibilités d'abstraction des émotions sont limitées, du fait qu'elles y perdraient leur caractère affectif :

Ainsi les plus hauts concepts, esthétiques, moraux, religieux (Beau, Bien, Infini), quoi qu'ils aient leur origine dans des données concrètes, dans des états de conscience composés de sensations, de représentations et d'émotions, deviennent de simples mots dont la résonance affective est nulle ou très faible, à moins que, dans l'esprit de celui qui les pense, ils ne se transforment en un cas particulier (p. 190)

Dans le domaine psychanalytique, c'est encore l'approche psychosomatique qui a mené une réflexion approfondie sur la question de la mentalisation, en étant amenée à comprendre la somatisation comme un échec de ce processus. Ce que Ribot semble regretter comme une limite de l'abstraction et une perte du caractère affectif des émotions serait plutôt interprété par Marty (1991) comme un gain de paix et d'équilibre psychosomatique. En effet, la mentalisation permet d'écouler et de décharger les excitations déclenchées par les événements touchant l'affectivité (p. 7). Ainsi, les psychosomaticiens se sont interrogés plus particulièrement sur la mentalisation des affects, et c'est aussi au sein de l'approche psychosomatique que s'est développé le concept d'alexithymie, que McDougall a joliment traduit par la formule « pas de mots pour les émotions » (1982, p. 139).

L'évaluation du niveau de mentalisation des affects peut être faite par l'intermédiaire d'une investigation psychologique, qui permet d'observer des différences dans le comportement et le discours des sujets concernant leurs éprouvés. Rorschach (1921), en mettant au point son

test, a rattaché l'affectivité aux réponses impliquant la couleur, sous l'influence de la littérature romantique et des premiers travaux de la psychophysiologie, comme le relatent Choquet et Husain (à paraître, 2012). En effet, Goethe, dans son *Traité des couleurs* (1810), affirmait que la couleur suscite des états d'âme, et les pionniers de la psychologie « scientifique », en analysant les « émotions esthétiques » ou les « sentiments esthétiques élémentaires » de façon expérimentale (cf IV.2.3, p. 166), ont retrouvé la couleur comme sensation susceptible de les provoquer, parmi d'autres comme le son ou la symétrie (Wundt, 1874-80). Choquet et Husain montrent qu'il est abusif d'en déduire une équation entre affect et couleur, car non seulement la couleur peut exprimer autre chose que l'affect, mais les sensations et les émotions peuvent être exprimées en dehors de toute allusion à la couleur. En effet, pour illustrer les différences de niveaux de mentalisation, on peut distinguer par exemple :

- les enfants autistes, qui prennent souvent la planche du Rorschach qui leur a été présentée pour la lécher, la sucer ou la renifler (Boekholt, 2000 ; Frédérick-Libon, 2007) ;
- les maniaques, qui disent et montrent par des rires, des grimaces ou des pleurs, comment ça les fait vibrer émotionnellement (Rebourg, 1992 ; Chabot *et al.*, 2003 ; Husain *et al.*, 2006) ;
- les « histrioniques » ou « faux-self », qui décrivent de façon intellectualisée, et dans un langage nuancé, comment ça les « interpelle au niveau du vécu » (Merceron *et al.*, 1989 ; Merceron *et al.*, 2001).

Lorsqu'un sujet exprime un sentiment face au matériel, il fait ce qu'on appelle une référence personnelle (Bohm, 1951), dont l'analyse peut contribuer à l'évaluation du niveau de mentalisation des affects, au Rorschach comme au TAT (*Thematic Apperception Test*). Dans un travail consacré à la référence personnelle (Revaz, Moser-Dürmeier et Fayet, à paraître, 2012), nous distinguons différents niveaux de mentalisation dans l'implication du sujet. Conformément à ce que décrivent Ribot et les psychosomaticiens, la mentalisation induit un recul et de ce fait un abaissement du niveau d'excitation, alors que son absence se traduit par un manque de distance. Nous l'avons résumé par les types de références personnelles suivants, en allant du moins mentalisé au plus mentalisé :

- « ça, c'est moi »
- « ça me fait penser à moi »
- « ça me fait penser à quelque chose qui me fait penser à moi ».

Il ne s'agit là que de quelques illustrations de l'évaluation possible du niveau de mentalisation des affects, à l'aide d'une investigation psychologique. À l'heure de l'estompage des catégories dans le domaine de la personnalité, il est opportun de rappeler l'utilité d'un diagnostic de fonctionnement, comme l'a fait Gibello (1984), qui se méfie des « effets pervers du parti pris de non-étiquetage » qui « conduit trop souvent en fait à l'exercice d'un pouvoir arbitraire » (p. 29).

C'est ainsi qu'il est possible d'attribuer un sens à l'hyperesthésie dans l'organisation globale de la personnalité, dont la construction peut varier en fonction de facteurs constitutionnels et environnementaux. On peut faire l'hypothèse que la part biologique prévaut surtout dans ce que la psychologie du tempérament appelle « données de base », ainsi que dans les éventuelles limitations des possibilités de développement, et que les interactions avec l'environnement vont davantage conditionner le niveau de mentalisation atteint au cours du développement, autant que le bagage biologique le permet. Tout individu peut ainsi présenter un niveau plus ou moins élevé d'« esthésie » d'une part – qu'on peut rapprocher de ce que Kretschmer appelait « proportion psychesthésique » –, et un niveau plus ou moins élevé de mentalisation de ses sensations d'autre part. À chacun des niveaux, les sensations peuvent être investies, jusqu'à l'excès, comme des procédés autocalmants.

## INDEX DES NOMS D'AUTEURS

### A

Abadie, 226  
Abraham, 22, 41, 184, 217  
Adelon, 121  
Ajuriaguerra, 33, 42, 45, 49, 91  
Akiskal, 201, 210, 222, 232  
Alain, 153  
Alcméon de Crotonne, 114  
Andral, 116  
André, 105, 168, 189  
Anzieu, 46, 53, 88  
Arétée de Cappadoce, 202  
Aristote, 112, 113, 114, 119, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 156, 160, 199, 206  
Armstrong, 55, 199  
Arsenault, 61, 95  
Asclépiade, 166  
Athanassiou, 216  
Auerbach, 151, 152, 153, 157  
Augustin (saint), 151  
Aulagnier, 168

### B

Babinski, 194  
Bain, 130, 147  
Basquin, 64, 67, 84, 90  
Baumeister, 62  
Bénézech, 153, 167  
Berger, 132  
Bergeret, 84, 99, 100, 101, 102, 185, 192, 197, 231, 232, 234  
Bermon, 151  
Bernard, 120  
Besso, 185, 192  
Bick, 53, 71, 92  
Binet, 134  
Bing, 126  
Bion, 11, 46, 47, 77, 80, 101  
Bjerre, 180  
Bleuler, 29, 34, 68, 91, 185, 201, 210, 211–16, 219, 221, 223  
Bloch, 128  
Boekholt, 237  
Boerhaave, 120  
Bohm, 237  
Boige, 34, 100  
Boll, 133, 147  
Bonaparte, 69, 197  
Bonnet, 154  
Bordeu, 123  
Botella, 31, 32  
Boubli, 15, 72, 73, 74  
Bourgeois, 168, 232  
Bourgeron, 60  
Bouttier, 115  
Bouvard, 91  
Bowlby, 16, 22, 25, 26, 27, 29, 31, 36, 43–48, 51, 52, 60, 72, 102  
Braconnier, 86

Brassine, 94  
Brauner, 77  
Breuer, 185  
Briquet, 176, 178  
Brisson, 205  
Broussais, 162  
Buffon (de), 155  
Bullinger, 32, 33, 47, 61, 70, 76, 87, 104  
Burnham, 81  
Bursztejn, 67, 91, 92  
Buss, 19  
Bychowski, 81

### C

Cabanis, 117, 118, 120, 140, 146  
Caelius Aurélien, 160, 166, 202  
Campos, 20  
Canguilhem, 119  
Caratini, 119, 158, 204  
Carraz, 62, 64, 83, 86  
Carton, 128, 143, 222  
Cattell, 136, 147  
Celse, 202  
César, 173  
Chabot, 221, 222, 225, 237  
Channing, 69  
Chaperot, 186  
Charbonneau, 75, 111  
Charcot, 182, 186  
Chaslin, 184, 194, 210, 215, 217, 231  
Chess, 19  
Chignon, 106  
Chiland, 76, 83, 95  
Choquet, 237  
Cicccone, 102  
Cicéron, 150, 164  
Clérambault, 167  
Cloninger, 136, 139  
Colin, 176, 181, 182, 187, 194  
Condillac, 117, 154  
Corraze, 175, 192  
Costa, 135, 136  
Cotard, 182  
Cournut, 149, 169  
Cronin, 65  
Crosali Corvi, 168, 219  
Cullen, 120

### D

Dalle, 69  
Darwin, 49  
De Luca, 95  
De Wit, 117  
Debray, 126, 142  
Dechambre, 121  
Delassus, 99, 102  
Delion, 48, 90, 92  
Delius, 55  
Delmas, 133, 147

Demaret, 43, 53, 192, 194, 199  
Démocrite, 158  
Deniker, 184  
Deny, 185  
Descartes, 114, 118, 153, 173  
Despinoy, 11, 78  
Deutsch, 95  
Diatkine, 18  
Dide, 167  
Diderot, 117  
Digman, 136  
Dini, 19, 20  
Dolto, 42  
Dostoïevski, 169  
Dubois, 61, 95, 177  
Duché, 81, 86  
Dumesnil, 57, 70, 71, 80, 81, 83, 86, 96  
Dumont, 61  
Duparc, 226  
Dupré, 127, 146, 166

### E

Ehrhardt, 62, 64, 83, 86  
Eisenberg, 86  
Elisabeth de Bohême, 153  
Ellenberger, 116  
Épicure, 119  
Esquirol, 164, 165, 208  
Eysenck, 135–40, 147

### F

Fain, 18, 25, 29, 30, 36, 38, 80, 84, 98, 99, 100, 141  
Falret, 209, 212, 215  
Fayet, 237  
Fechner, 125, 128  
Fenichel, 190  
Féré, 122  
Fernel, 160  
Ferrari, 67, 70, 77  
Feuchtersleben (von), 160  
Fischer, 191  
Fischer-Hauchecorne, 45, 62, 63, 65, 67, 82  
Fiske, 135  
Follin, 185, 186  
Fouillée, 131, 140, 147  
Foulon, 25  
Fox, 20  
Frédéric-Libon, 237  
Freud, 15, 22, 23, 24, 26, 27, 34, 35, 40, 43, 46, 48, 49, 69, 70, 71, 81, 83, 84, 88, 93, 99, 100, 101, 105, 125, 128, 152, 170, 177, 180, 185, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 198, 217, 219, 226  
Freud Anna, 17, 23, 82, 85, 89

## G

Gaillat, 132  
Galien, 113, 118, 123, 146, 159,  
175, 201, 231  
Ganser, 178  
Garnier, 180  
Garrabé, 178, 184  
Gaulois, 173  
Gazon, 91, 92  
Georget, 176  
Gibello, 235, 238  
Gillibert, 31, 70  
Giurgea, 125  
Goblot, 204  
Goethe, 237  
Goldscheider, 178  
Goldsmith, 20  
Golse, 90, 92, 105  
Goodman, 226  
Gori, 170  
Gourevitch, 202, 203  
Green, 50, 81, 96, 186  
Greenacre, 70, 101  
Grivois, 209  
Gross, 132  
Grunberger, 84, 100  
Guelfi, 25  
Guislain, 116

## H

Haag, 72, 73, 74, 77  
Hallé, 120, 124, 146  
Haller (von), 116, 117, 119, 123,  
130, 146  
Hansenne, 135, 139  
Hardy, 200  
Harlow, 43, 61  
Haustgen, 168, 208  
Hebb, 127  
Hecker, 187  
Helvétius, 117  
Hengelbrock, 149, 151, 154, 158  
Henle, 124  
Hermann, 46  
Heymans, 19, 132, 147  
Hippocrate, 122, 140  
Hobbes, 173  
Hoche, 125, 128  
Hoffmann, 120  
Horace, 173  
Houser, 99, 100, 101, 102  
Houzel, 46, 47, 71, 92  
Hubain-Gayte, 14, 19, 20, 21  
Hume, 155, 158  
Husain, 197, 237

## I

Ikonen, 98  
Institoris, 188

## J

Jacobson, 219, 234  
Jacquart, 203

Janet, 175, 177–83, 186, 187, 190,  
193, 196  
Jeamment, 105, 128, 226  
Jouanna, 113, 122  
Jouvent, 222  
Jung, 131, 136–40, 147, 184, 191,  
213, 214

## K

Kagan, 20  
Kahlbaum, 186, 187  
Kaiser, 184  
Kanner, 32, 58, 86  
Kant, 117, 129, 130, 140, 147,  
164, 206  
Kars, 65  
Kernberg, 144  
Khan, 169  
Khemici, 86  
Kinsey, 39  
Klein, 81, 217  
Konichek, 15, 188  
Kraepelin, 178, 185, 192, 200,  
210, 211, 212, 216, 222, 223  
Krafft-Ebing, 178, 180, 184  
Kravitz, 51  
Kreisler, 25, 30, 36, 82, 84, 99  
Kretschmer, 137, 138, 144, 180,  
199, 210, 211–16, 219, 221,  
223, 231, 238  
Kreuser, 184  
Kristeva, 168

## L

Lacan, 118, 219  
Lagache, 148, 167  
Lalande, 117, 204  
Lange, 121  
Lantéri-Laura, 115, 134, 157, 166,  
171, 189, 207, 209, 210, 232  
Lanz, 149, 151, 154, 158  
Laplanche, 50, 125, 170, 186  
Laruelle, 184  
Lasègue, 175, 182, 184  
Le Guen, 106  
Le Poulichet, 226  
Le Senne, 132  
Lebovici, 81  
Lecanuet, 21, 26  
Lefèbvre, 94  
Lemay, 70  
Léonard, 25  
Lépine, 106  
Letourneau, 123, 124, 146, 162  
Lévy-Soussan, 200  
Lezine, 33, 35, 84, 89  
Libbrecht, 180  
Lindner, 27, 35, 39  
Linné, 143  
Locke, 117  
Lombard, 120  
Lorry, 165, 166  
Loupe, 104  
Lovaas, 86  
Löwenstein, 184

Lückerath, 184

## M

M'Bailara, 222, 223  
Magendie, 161  
Magnan, 126, 146, 166, 210  
Magoudi, 226  
Maine de Biran, 118, 158  
Mairet, 184  
Malapert, 123, 132, 133–35, 140,  
147, 174, 231  
Maleval, 180, 186  
Marcelli, 71  
Markovits, 61  
Martin-Guehl, 91  
Marty, 38, 98, 236  
Maslow, 161  
Maurice, 62, 65  
McCrae, 135, 136  
McDougall, 42, 193, 236  
Meltzer, 32, 77–78, 80, 81, 101  
Mendelssohn, 157  
Menninger, 81, 93  
Merceron, 198, 237  
Mesmer, 116  
Mijolla (de), 200  
Mill, 130  
Minkowska, 212  
Minkowski, 211, 213, 214, 216,  
219, 220  
Mittleman, 81, 83  
Moebius, 184  
Moll, 43  
Monnoyer, 114  
Moreau, 119, 149, 173  
Morel, 60, 126  
Moser-Dürremer, 237  
Mueller, 114

## N

Navarre, 112  
Nicolas, 49  
Noble, 185  
Nollet, 126, 142  
Norman, 135, 136  
Nysten, 120

## O

Ochonisky, 75  
Ornitz, 57

## P

Pao, 93  
Papadopoulos, 202  
Paré, 231  
Parpillat, 92  
Pavlov, 125, 146, 190  
Pélicier, 173  
Pellegri, 205  
Perelmann, 184  
Perret-Catipovic, 93  
Petit, 180

Piaget, 15, 49, 189, 191  
Pichot, 113, 120, 135, 142, 144,  
187, 231  
Pigeaud, 118, 150, 152, 157, 159,  
160, 163, 202, 203, 204, 206,  
207, 208  
Pinel, 123, 163, 202, 207, 208  
Pinol-Douriez, 11, 78  
Platon, 131, 150, 159, 164, 173,  
201, 205, 206  
Plomin, 19  
Plutarque, 164  
Polybe, 122  
Pontalis, 50, 125, 170, 186  
Popper, 184  
Postel, 208  
Poussin, 64, 69, 80, 86  
Preyer, 48  
Pritchard, 129  
Pronovost, 71  
Pythagore, 150

## Q

Quartier, 19, 20  
Quintard, 184

## R

Racamier, 28, 37, 148, 217, 218,  
220, 234  
Rado, 226  
Rebourg-Roesler, 221, 237  
Rechartt, 98  
Reich, 231  
Reid, 118  
Reil, 60  
Reinhardt, 12  
Reiter, 86  
Rénéric, 91  
Revaz, 24, 196, 219, 222, 237  
Réveillé-Parise, 122  
Rey, 117  
Ribble, 28, 37, 46, 61, 126, 128  
Ribot, 116, 130, 131, 137, 138,  
147, 148, 158, 166, 178, 181,  
183, 186, 236

Richer, 184  
Richir, 158, 206  
Riese, 153  
Ritvo, 57  
Rollings, 62  
Rorschach, 131, 236  
Rosen, 93  
Rosenberg, 70  
Rosenthal, 95  
Rossel, 191, 196, 198  
Rostan, 121, 146  
Roudinesco, 60  
Rousseau, 157  
Roussillon, 107  
Rowell, 29

## S

Salager, 184  
Sarfati, 114  
Saussure (de), 134  
Sauvagnat, 192  
Schaeffer, 18  
Scharbach, 36, 48, 69, 80, 82, 83,  
84, 85, 88, 89  
Schilder, 48, 65, 75, 89  
Searl, 219  
Séglas, 179  
Sénèque, 152, 156, 164  
Shaftesbury, 157  
Sheldon, 120  
Shentoub, 36, 39, 77, 89  
Shodell, 86  
Silberstein, 49  
Smadja, 17, 56, 60, 100, 235  
Socrate, 205  
Soullairac, 36, 39, 77, 89  
Soulé, 25, 30, 36, 84, 99  
Spearman, 142  
Spinoza, 171, 173  
Spitz, 25, 28, 35, 36, 42, 46, 72,  
82, 85, 89, 99  
Sprenger, 188  
Stahl, 120  
Stambak, 33, 36, 84, 89  
Starobinski, 119, 159, 160, 161  
Stewart, 118  
Steyaert, 185, 186

Szwec, 17, 26, 39, 71, 77, 97, 98

## T

Tacite, 164  
Taine, 49  
Théophraste, 111, 147  
Thirion, 30  
Thomas, 19  
Thomas d'Aquin, 151  
Tordjman, 57, 64, 79, 85  
Trillat, 176, 186  
Tustin, 15, 31, 32, 60, 72–75, 78,  
79, 80, 101, 105

## V

Vallon, 170, 172  
Van Delft, 122  
Van Ree, 65  
Vasseur, 226  
Villa, 231  
Vincent, 65, 69  
Vinci (de), 114  
Vuilleumier, 181, 199

## W

Wallon, 11, 15, 16, 19, 57, 58–61,  
62, 64, 75, 78, 79, 95, 105, 220  
Walsh, 93  
Weill, 69  
Wiersma, 19, 132, 147  
Winnicott, 28, 41, 47, 51–52, 101,  
216, 219, 220, 225  
Wundt, 123, 124, 125, 130, 132,  
146, 166, 189

## Z

Zazzo, 27  
Zimmermann, 120, 123  
Zuckerman, 124, 125, 126, 127–  
29, 133, 135, 136, 138, 139,  
140, 141, 143, 144

## INDEX DES MATIÈRES

### A

- abattement, 206  
abstraction, 172, 173, 190, 191,  
193, 197, 235, 236  
abus, 177  
acétylcholine, 62  
acrimonie, 206  
actif (type), 131, 147  
activité, 19, 75, 76, 131, 132, 133,  
146, 147, 152, 157, 158, 172,  
209  
addiction, 65, 128, 226  
admiration, 153  
adolescence, 15, 25, 42, 60, 92–96,  
104  
affect, 140, 149, 156, 157, 158,  
235, 236  
affectif (type), 131, 147  
affection, 159  
affectivité, 131, 154, 167, 203,  
206, 208, 209, 235, 236  
stable, 136  
*agapé*, 169  
agréabilité, 139, 147  
agressivité, 48, 56, 64, 73, 81, 82,  
84, 85, 86, 87, 96  
agrippement, 13, 29, 43–48, 52, 53  
air, 144, 159  
alcoolisme, 23, 162  
alexithymie, 236  
alopophilie, 58  
aliénation, 126, 160, 163, 165,  
166, 174, 180, 182, 187, 207,  
231  
alimentation, 12, 13, 15, 16, 21–  
26, 43, 45, 159, 185  
allaitement, 28, 37  
Allemagne, 49, 124, 126, 130,  
135, 184, 187  
allolustrage, 55  
allopathie, 160, 171  
âme, 114, 115, 117, 118, 131, 150,  
153, 156, 157, 158, 159, 160,  
163, 164, 172, 203, 204, 205  
affective, 205  
agressive, 205  
concupiscible, 159  
désirante, 206  
irascible, 159, 206  
irrationnelle, 159  
rationnelle, 159, 171, 172, 206  
Amérique, 19, 86, 127, 219  
ami de la canaille (l'), 147  
amitié, 150  
amour, 153, 162, 169, 174, 220  
de la considération, 161  
de la fortune, 161  
de la paresse, 161  
du pouvoir, 161  
du repos, 161  
amoureux (l'), 167  
amygdale, 62  
analgésie, 62, 63, 64, 70, 80, 84,  
85, 88, 89, 90, 94, 181, 200  
analité, 24  
analyse factorielle, 128, 135–36,  
142  
anarchiste-naturiste (l'), 167  
anatomie, 114, 116, 118, 119  
anesthésie, 21, 30, 59, 79–80, 122,  
133, 177, 181, 189, 198, 200,  
213, 230  
organique, 182  
anesthésie affective, 222, 225  
Angleterre, 27, 130  
angoisse, 23, 28, 52, 59, 79, 103,  
106, 160, 170, 171, 218, 219,  
221, 224, 225, 230, 234  
d'anéantissement, 70, 72, 74, 75  
de castration, 41, 234  
de dislocation, 74  
de liquéfaction, 74  
de morcellement, 32, 33, 70,  
72, 96, 104, 106, 182, 183,  
197, 234  
de mort, 46, 225  
de persécution, 195  
de perte d'objet, 234  
de séparation, 34  
d'intrusion, 179  
théorie de l', 219  
animal, 42, 44, 45, 53, 54, 55, 61,  
63, 64, 74, 87, 113, 120, 146,  
171, 175, 191, 199  
animisme, 117  
anobjectal, 84, 105  
anorexie, 24, 70  
antagonisme, 21, 58, 62, 65, 79,  
107, 120, 148, 152, 153, 160,  
161, 165, 170, 171, 220, 226,  
229, 230, 234  
anthropologie, 111, 142, 173  
Antiquité, 19, 114, 141, 163, 166,  
172, 175, 201–7, 207, 208, 210,  
220, 224  
anxiété, 12, 28, 37, 40, 54, 127,  
210  
apaisement, 12, 13, 14, 16, 17, 18,  
20, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29,  
31, 34, 41, 42, 55, 59, 74, 84,  
97, 101, 227, 229, 234  
apathique (type), 131, 133, 134,  
147  
appareil, 146  
à penser les pensées, 80  
appétit, 150  
apprentissage (théorie de l'), 24,  
41, 86  
araignées (phobie des), 107  
aristotélisme, 119, 165, 173  
arlésienne, 228  
armature, 231  
armure, 231  
art, 112, 191  
ascèse, 152  
association, 24, 190, 236  
association libre, 199  
associationnisme, 148, 179, 182,  
189, 190  
assurance, 150  
asymbolie à la douleur, 65, 89  
atonie, 146  
attachement, 22, 29, 44, 45, 52  
attention, 91, 154  
audace, 205, 206  
autisme, 31, 32, 38, 48, 50, 51, 57–  
90, 94, 185, 216, 233, 237  
primaire anormal (APA), 32  
secondaire à carapace (ASC),  
32, 72  
auto-agrippement, 71  
auto-apaisement, 18, 19, 21  
autobercement, 39  
autocastration, 95  
autocognement, 48, 50, 51, 61, 69,  
85, 97, 101, 106  
autoconservation *Voir* pulsion  
autodestruction, 81–83  
auto-érotisme, 17, 18, 29, 34, 36,  
37, 41, 42, 43, 45, 48, 49, 69,  
76, 220, 228  
auto-exploration, 49, 51  
auto-hypnose, 78, 79, 80  
auto-isolément, 86  
automatisme, 185  
automutilation, 13, 21, 57–90, 228  
autopunition, 80–81  
autosensorialité, 34, 72, 79, 83,  
119  
autistique, 60  
autosensualité, 34  
autosoinnant, 226  
autostimulation, 50, 58, 62, 61–63,  
75, 76, 106  
autosuggestion, 194  
autoitoilettage, 53, 55  
autovulnérant, 83  
avarice, 153, 169  
aversion, 88, 90  
aversives (structures), 62  
avidité, 220

### B

- balancement, 13, 17, 35–39, 50,  
60, 61, 85, 101, 105, 106  
barbare, 206  
barrière de contact, 46  
bavard (le), 147  
belle indifférence, 122, 185, 188  
bercement, 13, 25, 30, 35–39, 60,  
80, 97, 100, 101, 105  
besoin, 16, 28, 71, 161  
de contact, 45, 46, 47, 56  
de sentir vivement, 161  
de stimulation, 20, 28, 37, 50  
de vivre fort, 162  
bête, 211, 235  
bidimensionnel (espace), 71  
*Big five*, 135, 138

bile, 122, 123  
jaune, 112, 146  
noire, 112, 123, 146  
biologie, 16, 19, 66, 67, 68, 69, 76,  
97, 107, 117, 124, 131, 140,  
141, 142, 146, 168, 192, 224,  
227, 229, 232, 233, 238  
bipolarité, 210, 217, 222, 224  
bonheur, 210  
bonne fortune, 112, 147  
bonne naissance, 112, 147  
bonté, 133, 147  
borderline, 133, 226  
botanique, 116, 142  
boulimie, 24  
brutal (le), 147

## C

calme, 97–101, 136, 149, 155, 236  
caractère, 14, 111–47, 212, 231  
émotif, 129–40, 147, 210  
hystérique, 197  
carapace tonique, 92  
carence, 82, 85, 89, 141, 189  
caresse, 37  
catalepsie, 184, 185  
catatonie, 184, 185, 187  
catécholamine, 62  
catégoriel (modèle), 142, 222, 233,  
238  
catharsis, 150, 199  
cérébropathie spasmodique, 176  
cérébrotonique, 120  
cerveau, 114, 115, 176  
cervelet, 62  
chagrin, 159, 164, 206  
chaud, 113, 146, 169, 200  
chien, 125, 190  
chimie, 132, 144  
chimiothérapie, 66  
chirurgie, 116  
choc électrique, 65  
choses  
contre nature, 159  
naturelles, 159  
non-naturelles, 159  
christianisme, 151, 152, 167, 171  
cœnesthésie, 12, 91, 100, 118  
cœur, 114, 115, 160, 205, 206  
*cogito*, 118  
cognitivo-comportementalisme,  
172  
colère, 12, 66, 83, 149, 150, 153,  
156, 159, 160, 164, 169, 202,  
206, 209, 210  
colérique  
tempérament - *Voir*  
tempérament  
type -, 132  
colérique (type), 147  
coliques, 30  
communiste mystique (le), 167  
compensatoire (fonction), 50, 76,  
79, 92, 143  
complaisant (le), 147  
complexité, 32, 33, 87–90

comportementalisme, 64, 86, 87,  
88, 90, 107, 141  
compulsion, 76, 97, 101  
concrétisation, 191, 235  
concupiscence, 151  
condensation, 190  
conduite auto-offensive, 48–51  
conflit motivationnel, 53  
conformisme, 136  
confusion  
intérieur/extérieur, 83  
Moi/non-Moi, 83, 84, 85, 87,  
89  
conscience, 147  
consolabilité, 229  
constitution, 19, 20, 21, 121, 127,  
141, 146, 177  
émotive, 127, 146  
perverse, 166  
constitutionnalisme, 14, 126  
contact, 13, 43–48, 213, 214  
contemplatif, 131  
contentement, 210  
contrectation *Voir* pulsion  
contre-feu, 169, 170  
contre-investissement, 169, 170  
contrôle émotionnel, 135  
conversion, 55, 181, 194, 197,  
198, 199  
convulsion, 193, 200  
coucher, 105  
couleur, 237  
courage, 150, 153, 173  
crainte, 151, 156, 159, 160, 165,  
206  
crépusculaire (état), 185  
Creutzfeldt-Jakob (maladie de),  
192  
cri, 169  
crime passionnel, 168  
crise, 193  
culpabilité, 41, 80  
cybernétique, 30  
cycloïdie, 211–16  
cyclothymie, 201, 212  
cynique (le), 147

## D

danse, 59, 60, 78  
décharge, 28, 89, 198, 230  
défense (mécanisme de), 12, 16,  
17, 18, 19, 22, 24, 26, 28, 32,  
34, 40, 41, 44, 52, 72, 74, 77,  
78, 92, 97, 100, 101, 103, 106,  
168, 170, 171, 219, 224, 225,  
230, 234  
maniaque, 222  
défiant (le), 111, 147  
défiance mentale, 86, 94  
déficit émotionnel, 222  
dégénérescence, 126, 166  
délire, 167, 168, 185  
de jalousie, 167  
de négation, 182  
de préjudice, 167  
de relation des sensitifs, 180

d'interprétation, 167  
délirium hystérique, 180  
démantèlement, 32, 77–78, 79, 189  
démence, 192, 205, 208  
précoce, 184, 185, 211, 212,  
214  
démonstrativité, 122, 195, 198  
dépendance, 95, 106, 226  
déplacement, 190  
(activité de-) *Voir* substitution  
dépense, 40, 41, 67, 88  
dépression, 94, 218, 219, 225, 230  
excitée, 223  
inhibée, 223  
dépression anaclitique, 86  
désensibilisation, 107  
déséquilibre, 125, 126, 127, 146,  
166, 231  
désespoir, 210  
désinhibition, 20, 128  
désintrinsication, 70, 73, 82, 97  
désir, 28, 153  
excessif, 159  
détendu (pôle), 136  
détresse, 18  
détumescence *Voir* pulsion  
développement, 12, 13, 15, 21, 38,  
228, 230, 232  
trouble du -, 34, 57–90, 193,  
200, 228  
diable, 188  
diagnostic, 238  
diététique, 159  
Dieu, 152, 153, 171  
digestion, 15, 107  
dimensionnel (modèle), 142, 222,  
223, 233  
dissection, 114, 115  
dissimulé (le), 147  
dissociation, 78, 94, 148, 175, 178,  
183, 185, 192, 193, 194, 195,  
196, 197  
distraction, 21, 182, 218  
diversion, 153, 154, 155  
doctrinaire (le), 167  
dolorisme, 111  
données de base, 20, 238  
dopamine, 62, 63  
douleur, 13, 48, 57, 66, 75, 84, 89,  
93, 96, 111, 151, 164, 178, 179,  
193, 197, 200, 229, 235  
chronique, 195  
dualisme, 114, 117  
dureté, 73  
dyscrasie, 231  
dysesthésie, 178  
dysthymie, 218, 230

## E

eau, 144  
Éden, 98  
*ego*, 154, 204  
égocentrisme, 185  
égodystonie, 215  
égoïsme, 167  
Egopsychologie, 219

égosyntonie, 215  
 égotisme, 169  
 émotif (type) *Voir* caractère  
 émotion, 11, 12, 19, 20, 47, 55, 58,  
 73, 76, 78, 116, 117, 124, 128,  
 129, 130, 139, 140, 143, 146,  
 154, 157, 160, 164, 165, 171,  
 174, 181, 189, 201, 202, 207,  
 208, 209, 214, 215, 231, 235,  
 236  
 esthétique, 11, 166, 237  
 négative, 20, 135, 139, 211,  
 225  
 positive, 20, 135, 139, 210, 225  
 émotionnel (type), 130, 131, 134,  
 137, 147  
 émotionnellement labile  
 (personnalité), 133  
 émotivité, 19, 132, 133, 135, 136,  
 147, 203, 209  
 émoussement affectif, 185  
 empirisme, 114, 117, 123, 158  
 emportement, 159  
 empressé (l'), 147  
 encéphale, 121, 146, 176  
 endorphine, 58, 63–66, 94  
 endotoxicomanie, 94  
 énergique (type), 130, 147  
 ennui, 161  
 susceptibilité à l'-, 128  
 enthousiasme, 174  
 énucléation, 95  
 énurésie, 41  
 enveloppe, 53, 67, 71, 74, 75, 104  
 olfactive, 53  
 psychique, 47, 50, 71, 92, 234  
 sonore, 53  
 envie, 150, 159, 164  
 environnement, 20, 21, 141, 238  
 épilepsie, 186, 194  
 épiphyse, 114  
 épistémologie, 156, 172, 224  
 éprouvé, 46, 118, 128, 221, 236  
 épuisement, 170, 232  
 équilibration (appareil d'), 60  
 équilibre, 33, 59, 61, 100, 101,  
 125, 126, 146, 149, 150, 151,  
 152, 166, 169, 171, 229, 231,  
 236  
 sensori-tonique, 61  
 érotisme, 40  
 érotomanie, 167  
 esprits animaux, 115, 116  
 esthésie, 238  
 esthétique  
 émotion - *Voir* émotion  
 impression -, 77–78  
 estomac, 115  
 état central fluctuant, 65  
 état-limite, 196, 226  
 états mixtes, 219  
 étayage, 22, 24, 27, 31, 37, 43, 46,  
 50, 52  
 éthique, 112, 129  
 éthologie, 26, 29, 37, 42, 46, 56,  
 61, 72, 86, 199, 228, 230, 233  
 euphorie, 219, 222, 230

Europe, 19  
 évanouissement, 200  
 évolution, 211  
 exaltation, 112, 178, 210  
 examen psychologique, 238  
 excès, 26, 45, 113, 149, 150, 165,  
 169, 170, 206, 229, 234  
 excitabilité, 20, 122, 124  
 excitation, 18, 38, 83, 92, 97, 98,  
 122, 125, 136, 137, 141, 143,  
 167, 169, 178, 215, 217, 222,  
 229, 236, 237  
 négativante, 80, 100  
 sexuelle, 40  
 excrétion, 159  
 exercice, 159  
 expiatoire (fonction), 80–81, 94  
 expression émotionnelle, 139  
 extase, 210  
 extéroception, 12  
 extraversion, 135, 136–40, 147,  
 213, 214, 220

## F

fâcheux (le), 147  
 facteur, 132, 135, 147  
 faculté, 117, 129, 131, 133, 203,  
 208, 207–11, 211, 224  
 faim, 15, 23, 46, 105, 161, 200  
 de stimuli, 37, 62, 125, 128,  
 229  
 familiarité, 102  
 fèces, 73, 74  
 femme, 95, 121, 165, 177  
 fibre vivante, 117  
 fixation, 15, 185  
 flatteur (le), 147  
 flegme, 112, 146  
 flexibilité cireuse, 185  
 fœtus, 74, 100, 103, 105  
 foie, 115  
 folie, 184, 186  
 circulaire, 209  
 fonction, 204  
 force, 116, 124, 125, 146  
 vitale, 147  
 forme, 134, 144  
 France, 28, 118, 126, 132, 177,  
 186, 210, 233  
 frayeur, 164  
 frénésie, 169  
 froid, 113, 146, 169, 200  
 frontal (cortex), 62  
 frustration, 54  
 fuite, 220  
 fumer, 17, 56  
 fureur, 209

## G

GABA, 63  
 gaieté, 137, 224  
 galénisme, 113, 115, 230  
 générosité, 153  
 génétique, 96  
 génitalité, 192

*Gestalt*, 132, 134, 144  
 gourmandise, 162  
 Graal, 164  
*grasping* *Voir* agrippement  
 guérisseur, 116  
 guerre, 14, 19, 85, 135  
 gyros cingulaire, 62

## H

haine, 83, 150, 153, 164, 174, 220  
 hallucination, 171, 183, 185, 189  
 du sein, 71  
 hébéphrénie, 187  
 hébéphréno-catatonie, 186  
 histrionique (personnalité), 197,  
 201, 237  
 holding, 47, 56  
 homéopathie, 150, 152, 160, 171  
 homéostasie, 21, 30, 61, 100, 226,  
 230  
 homéostatique (hypothèse), 62, 76,  
 128, 229  
 homme chagrin (l'), 147  
 homme exalté, 112, 147  
 homme sans scrupule (l'), 147  
 humble, 131  
 humeur, 113, 119, 141, 146, 229,  
 231  
 trouble de l'-, 167, 200–225  
 humide, 113, 146  
 humorisme, 119, 124, 146  
 hygiène, 52, 159, 160  
 hygiénisme, 161  
 hyperactivité, 63, 71, 90–92  
 hyperalgésie, 178, 200  
 hyperémotivité, 127, 135, 180,  
 210, 212  
 hyperesthésie, 12, 13, 14, 122,  
 127, 133, 136, 137, 140, 167,  
 171, 174, 177, 198, 211, 213,  
 230, 231, 232, 233  
 affective, 200, 209, 213, 217,  
 222, 223, 224, 230  
 émotionnelle, 167  
 hyperexcitabilité psychique, 137  
 hyperexpressivité émotionnelle,  
 197  
 hyperkinésie *Voir* hyperactivité  
 hyperphagie, 220  
 hyperréactivité, 20, 57  
 émotionnelle, 210, 211, 212,  
 230  
 hypersensibilité, 20, 57, 178, 215  
 hypersexualité, 220  
 hypnose, 101, 181  
 hypocampe, 62  
 hypocondrie, 221  
 hypo-esthésie, 133  
 hyporéactivité, 57  
 hypothalamus, 62  
 hystérie, 14, 55, 122, 171, 174,  
 175–200, 200, 218, 225, 235

## I

idéaliste passionné (l'), 167

identification adhésive, 48, 71, 77  
 idiotisme, 208  
 image du corps, 48, 89  
 imagination, 204  
 impressionnabilité, 127, 176  
 impulsif (type), 126, 133  
 impulsivité, 63, 127  
 inanition, 159  
 incendie, 182  
 incongru (l'), 147  
 inconscient, 190  
 incontinence affective, 222  
 inhibition, 20, 125, 127, 141, 211, 222, 229  
 innervation corporelle, 140  
 inquiétude, 127  
 Inquisition, 188  
 insensibilité, 57, 137, 188, 200, 213  
 insomnie, 80, 82  
 instabilité  
   émotionnelle, 135, 139  
   psychomotrice *Voir*  
   hyperactivité  
 instinct, 101  
   de mort, 97, 98  
   social, 161  
 intellectuel (type), 130, 131, 147  
 intelligence, 126, 133, 146, 147, 162, 193, 204  
 intempérance, 153  
 température, 231  
 intempêtif (l'), 147  
 intensité, 19, 75, 124, 146, 210, 221, 222  
 intentionnalisme, 83  
 intériorité, 158  
 intéroception, 12, 59  
 interprétation, 171  
 intestins, 115  
 intrication, 69, 82  
 introspection, 118, 158  
 introversion, 131, 137, 138, 139, 214  
 intuition (type), 137, 147  
 inventeur (l'), 167  
 irrationnel, 116  
 irritabilité, 20, 21, 116, 117, 120, 127, 146, 174, 210, 229  
 irritable-impulsif (type), 133  
 isolement, 61

## J

jalousie, 150, 164, 169  
 Jérusalem, 164  
 jeu, 168  
 joie, 12, 115, 139, 150, 153, 160, 164, 174, 202, 206, 210  
 jugement, 156, 207  
 justice, 153

## K

kinesthésie, 37, 49, 52, 53, 61, 131  
 kleinisme, 101  
 krouomanie, 58

## L

lâcheté, 205, 206  
 lait, 74  
 langage, 86–87, 236  
 latérales (structures), 62  
 lésion auto-infligée, 93  
 libido, 17, 18, 22, 24, 38, 40, 41, 81, 99, 151, 168  
 localisation, 203, 204  
 logorrhée, 169  
 loquace (le), 147  
 Lumières, 116  
 lupus érythémateux disséminé, 192  
 lypémanie, 208

## M

magie, 116  
 magnétisme animal, 116  
 magnicide (le), 167  
 manie, 14, 91, 200–225, 225, 230, 231, 237  
 maniérisme, 185  
 manipulation, 86–87  
 marche, 37  
 masochisme, 58, 69–70, 81  
   mortifère, 70  
 masturbation, 13, 17, 27, 36, 39–43, 43, 69, 101, 220, 226  
 maternage, 67, 106  
 matière  
   inerte, 117  
   vivante, 117  
 MBD, 91  
 mécanisme, 117  
 mécanisme de défense *Voir*  
   défense  
 médecine, 118, 142, 158–62, 227, 228  
 médicament, 22, 164  
 médisant (le), 147  
 mélancolie, 119, 123, 174, 201, 202, 208, 209, 211, 217, 219, 222  
 mélancolique  
   tempérament - *Voir*  
   tempérament  
   type -, 133  
 mélange, 150  
 mémoire, 204, 207  
 méninges, 115  
 menstruations, 93, 95, 165  
 mentalisation, 97, 143, 172, 189, 191, 194, 191–200, 235, 236  
 mépris, 169  
 mère, 13, 72, 98, 105, 228  
 mérycisme, 25  
 mésencéphaliques (structures), 62  
 mesquin (le), 147  
 méthodes projectives, 11, 221, 222  
 métronome, 102  
 milieu, 159  
*Minimal Brain Damage*, 91  
*Minimal Brain Dysfunction*, 91  
 mobilité, 125

modalité sensorielle, 11, 37, 52–53, 77, 88  
 mode relationnel, 234  
 Moi, 18, 100, 169, 172, 215  
   empirique, 119, 204  
   -peau, 53  
   transcendantal, 119, 204  
 mollesse, 73  
 monisme, 117  
 moral, 129  
 moral insanity, 129  
 mort, 218, 225  
 morve, 73, 74  
 mosaïque première, 20  
 motilité, 146  
 motricité, 12, 18, 68, 83, 91, 181  
 mouvement, 117, 131  
 Moyen Âge, 151, 203  
 Münchhausen (syndrome de), 96  
 musculature, 71, 107, 116  
 musique, 166  
 mutisme, 185  
 mystique (le grand), 167

## N

narcissisme, 36, 111, 226  
   primaire, 99, 102  
 naxolone, 62  
 négativisme, 185  
 nerf, 114, 115, 116, 229  
 nerveux  
   tempérament - *Voir*  
   tempérament  
   type -, 132  
 nerveux (type), 147  
 neurasthénie, 174  
 neurobiologie, 57–67, 69, 76, 89, 90, 94, 107, 126, 123–29, 130, 132, 140, 166, 229, 230, 233  
 neuroleptique, 62  
 neurologie, 12, 33, 105, 181, 184, 186, 187, 191, 195  
 neurone, 115  
 neuropsychiatrie, 187  
 neuroscience, 142  
 neuroticisme, 139  
 neutralisante (fonction), 21, 51, 77–80, 107, 148  
 névrose, 22, 122, 175, 176, 183–91, 192, 196  
   du vide, 169  
 névrosisme, 135, 147  
 nihilisme, 111  
 nirvana, 76, 83, 98, 100, 125  
 niveau optimum de stimulation, 20, 38, 61, 127, 229, 230  
 noradrénaline, 62  
 normalité, 13, 38, 42, 172, 210, 212, 228, 230, 231  
 nourrissage essentiel, 72  
 nourrisson, 15, 19, 21, 23, 99, 104, 117, 127, 141  
 nourriture *Voir* alimentation  
 nouveauté, 102  
 novelliste (le), 147

## O

objet, 220, 234  
autistique, 48, 73  
maternel tyrannique, 81  
relationnel, 168  
transitionnel, 13, 17, 51–52, 73  
odorat, 52, 114, 188, 237  
(Édipe (complexe d’), 41, 97  
oligarque (l’), 147  
opération concrète, 173  
opérateur (pensée), 38, 97, 189  
oralité, 22, 23, 24, 44, 52  
orgasme, 34, 55, 59, 75  
pharmacogénique, 226  
orgueilleux (l’), 147  
orthosympathique (système), 65  
oubli, 205, 206  
ouïe, 37, 53, 57, 114, 237  
ouverture (à l’expérience), 139, 147  
oxygène, 144

## P

pack, 59  
paix *Voir* calme  
palpitations, 106  
pansexualisme, 16, 29, 50  
paradoxe, 12, 14, 20, 21, 79–80, 113, 138, 197, 223, 229  
paralyse, 181, 195  
générale, 184  
paranoïa, 111, 167, 168, 195  
hystérique, 180  
parasymphatique (système), 65  
parcimonieux (le), 147  
pare-excitations, 38, 98, 100  
paresse, 206  
passion, 14, 117, 121, 129, 159, 148–73, 175, 176, 201, 202, 209, 229, 231, 235  
passionné (type), 129, 132, 133, 134, 147  
passivité, 75, 77, 152, 157, 158, 172, 177  
pathologie, 13, 26, 38, 42, 172, 212, 230  
*pathos*, 111, 157  
peau, 71  
seconde -, 71, 92  
pénis, 41  
pensée (type), 137, 147  
perception, 18, 106, 158, 189  
permanence, 71, 103  
persécution, 178, 182  
perturbation, 151, 159, 163  
perversion, 167  
peur, 12, 41, 66, 139, 150, 202  
*pharmakon*, 226  
philosophie, 118, 149–58, 163, 168, 172, 187, 228  
*phrénitis*, 202  
phrénologie, 123  
physiologie, 159, 161  
pinéale (glande) *Voir* épiphyse  
pitié, 150, 156

placebo (effet), 22  
plaisir, 15, 17, 40, 41, 66, 67, 88, 151, 168  
pleurs, 21, 98, 169  
poltron (le), 147  
polypnée, 107  
position dépressive, 81  
pouce, 28  
présocratiques, 150  
primaire, 132  
principe de constance, 125, 128  
principe de plaisir, 76, 88  
principe de stabilité, 125, 126, 128  
privation, 23, 61, 127, 128  
procédé autocalmant, 17, 25, 34, 38, 54, 56, 60, 92, 97, 102, 170, 171, 172, 226, 228, 238  
processus opposants, 66, 69  
profiteur éhonté (le), 147  
propagandiste (le), 167  
proportion diathésique, 213  
proportion psychesthésique, 137, 213, 238  
proprioception, 12, 57, 59, 91  
proto-pensée, 189  
pseudo-alimentation, 54  
pseudo-sexualité, 54  
pseudo-sommeil, 54  
pseudo-toilette, 54  
psychanalyse, 17, 18, 22, 24, 27, 29, 34, 41, 90, 97, 99, 128, 141, 171, 175, 183, 184, 216, 217, 228, 229, 230, 231, 233, 235, 236  
psychiatrie, 163–68, 174, 187, 228, 232  
psychologie, 142  
psychopathique (personnalité), 126  
psychophysiologie, 11, 114, 123, 237  
psychose, 167, 183–91, 196  
circulaire, 211  
déficitaire, 87  
endogène, 211  
hystérique, 185  
infantile, 51  
manico-dépressive, 211, 212  
passionnelle, 167, 168, 231  
psychosomatique, 17, 18, 26, 34, 38, 92, 97, 170, 226, 227, 235, 236  
psychostimulant, 92  
psychothérapie, 153  
psychotisme, 135, 136, 147  
puberté, 93  
pudeur, 160  
puissance, 112, 147  
pulsion, 18, 101, 168, 170  
but, 23  
d’autoconservation, 22, 24, 44, 97  
d’agrippement, 46  
de contraction, 43  
de détumescence, 43  
de mort, 38, 67, 70, 81–83, 93, 97, 98, 99, 100, 101, 125, 228, 233

de vie, 70, 93, 100  
sado-masochiste, 69  
source, 23

punition, 84  
pupilles, 65  
pyramide des besoins, 161

## Q

qualité élémentaire, 113, 146  
quaternaire, 122  
quiétude, 99, 150

## R

rage aveugle, 83  
raison, 129, 162, 163, 165, 171, 172  
raisonnement, 204, 205  
rapidité, 124, 146  
rat, 62  
rate, 115  
réactivité, 19, 229  
émotionnelle, 19, 20, 211, 216, 222, 223  
réalité, 189, 213, 211–16, 219  
extérieure, 224  
intérieure, 220, 224  
recherche d’aventures et de frissons, 128  
recherche d’expériences, 128  
recherche de sensations, 127, 128, 135  
réductionnisme, 233  
référence personnelle, 237  
réformateur religieux (le), 167  
refoulement, 194  
regrets, 164  
réminiscence, 189  
remords, 164  
répétition, 18, 24, 53, 78, 80, 94, 101–3, 105, 189  
réplétion, 159  
repos, 159  
représentation, 105, 156, 189  
répression, 152  
répugnant (le), 147  
résilience, 171  
retard mental, 36, 83, 187, 188, 194  
rétention, 159  
retentissement, 132, 147  
rêve, 190  
richesse, 112, 147  
risque (conduites à), 226  
romantisme, 111, 119, 129, 157, 210, 237  
roue mobile de Reil, 60  
rougissement, 12  
rustre (le), 147  
rythme, 21, 36, 37, 38, 53, 80, 101, 105  
cardiaque, 12, 65, 102  
de la marche, 102  
orgastique, 102  
respiratoire, 12, 65, 102

## S

sadisme, 45  
  originaire, 70  
saignée, 151  
salive, 65, 73, 74  
sang, 112, 113, 114, 115, 146, 151, 160, 229  
satiété, 15  
satisfaction, 18, 23, 28, 31, 34, 36, 98, 102  
scarification, 93, 95, 104  
schéma corporel, 65, 84, 89  
schizoidie, 137, 212, 211–16  
schizophrénie, 29, 94, 184, 196, 212, 214, 215, 216  
  infantile, 31  
schizothymie, 212  
scission, 196  
sclérose en plaques, 192  
scolarité obligatoire, 194  
sec, 113, 146  
secondaire, 132  
sécurité de base, 103  
sein, 28  
self-sensation, 72  
sémiotique, 191, 236  
sens, 11, 52–53, 118, 145  
  commun, 114  
  intérieur, 118  
  interne, 119  
  intime, 119  
  proximaux, 57, 71  
sensation, 11, 15, 16, 17, 20, 21, 44, 113, 138, 139, 148, 235  
  de soi, 119  
  d'exister, 75–76  
  -forme autistique, 73  
  -objet autistique, 73  
  -trace, 73  
  type -, 137, 147  
sensationnel, 11  
sensationnisme, 117  
sensibilisme, 117  
sensibilité, 19, 20, 113, 116, 117, 120, 126, 130, 131, 133, 146, 147, 158, 177, 178, 198, 207, 229  
  périphérique, 58  
  viscéro-tonique, 58  
sensitif (type), 131, 133, 134, 137, 147, 213  
sensorialité, 132  
sensori-motricité, 15  
sensualisme, 117  
sentiment, 130, 146, 147, 154, 157, 237  
  esthétique élémentaire, 237  
  type -, 137, 139, 147  
sentimental (type), 132, 147  
septale (aire), 62  
sérotonine, 63, 84, 90, 94  
sexualité, 198, 220  
  infantile, 17, 18, 228  
signature, 20  
simulation, 182, 195  
singe, 29, 43, 45, 61  
sociabilité, 19, 133, 147  
soif, 161, 200  
solidisme, 119, 146  
sollicitude anxieuse primaire, 25  
somatisation, 236  
somatotonique, 120  
sommeil, 17, 25, 34, 35, 38, 41, 52, 55, 102, 105, 159  
sorcière, 188  
souffrance, 152, 162, 172, 232  
soumis aux affects, 136  
spectre, 222, 232  
sport, 226  
stabilité émotionnelle, 135  
stade, 17  
  du miroir, 118  
stéréotypie, 13, 61, 78, 80, 185  
stigmaté, 178  
stimulation, 49, 61, 83, 128  
  labyrinthique, 37  
stoïcisme, 111, 151, 152, 154, 164, 165, 173, 201, 206, 208  
stress, 42, 79  
structuralisme, 134, 143, 197, 232, 233, 234  
structure, 134  
  névrotique, 186, 197  
  œdipienne, 197  
  psychotique, 183, 186  
stupeur, 184, 185  
stupide (le), 147  
Sturm und Drang, 210  
sublimation, 152, 171  
substitution (activité de), 43, 53–56  
succion, 13, 17, 21, 25, 26, 30, 26–34, 35, 36, 43, 45, 51, 52, 72, 88, 101, 105, 237  
  non nutritive, 21, 26  
  nutritive, 21, 26  
sucette, 29, 30, 36, 100  
sueur, 12, 107  
suggestibilité, 185  
suicide, 93  
sujet, 154  
  partiel, 81  
superstitieux (le), 147  
symbole, 183, 188, 189, 191, 198, 199, 235, 236  
symbolisme organique, 235  
symétrie, 237  
symptôme, 144, 232  
syntonie, 91, 211–16, 221  
syphilis, 184  
système, 134  
  auditif, 47  
  circulatoire, 146  
  digestif, 120  
  hépatique, 146  
  lymphatique, 146  
  musculaire, 120, 131, 146  
  nerveux, 114, 115, 117, 119, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 129, 131, 140, 141, 146, 158, 175, 192, 198, 210  
  respiratoire, 47

vasculaire, 115, 120, 146  
visuel, 47

## T

tachycardie, 107  
tard instruit (le), 147  
témérité, 206  
tempérament, 14, 19, 136, 111–47, 212, 229, 231, 238  
  affectif, 232  
  athlétique, 116  
  bilieux, 112, 116, 123, 146  
  colérique, 124, 125, 130, 131, 146, 147  
  cycloïde, 137  
  de l'enfant, 14, 19–21, 128  
  flegmatique, 112, 124, 125, 130, 131, 146, 147  
  lymphatique, 121, 123  
  mélancolique, 112, 116, 120, 124, 125, 130, 131, 146, 147  
  musculaire, 120, 146  
  nerveux, 113, 120, 121, 123, 146, 229  
  sanguin, 112, 116, 121, 123, 124, 125, 130, 131, 146, 147, 229  
  schizoïde, 137  
tempérance, 150  
température, 160  
temporal (cortex), 62  
tendresse, 210  
tendu (pôle), 136  
tension, 18  
  artérielle, 65  
terre, 144  
terreur, 174  
tétine, 27  
théâtralité, 185  
ton nerveux, 124  
tortionnaire (le), 167  
toucher, 33, 37, 46, 47, 52, 61, 88, 114  
toxicomanie, 23, 168, 226  
tranquillité, 149  
transe, 78  
transfert transmodal, 77  
traumatisme, 26, 38  
travail, 159  
tremblement, 107, 169  
tristesse, 137, 139, 153, 160, 174, 202, 205, 206, 210, 222, 224  
tronc cérébral, 62  
troubles alimentaires, 24  
type de résonance intime, 131  
typologique (modèle) Voir catégoriel

## U

urine, 73, 74  
utérus, 175

## V

- vaniteux (le), 111, 147
- vantard (le), 147
- variabilité interindividuelle, 20
- veille, 159
- veines, 114
- versatilité, 173
- vertige, 60, 169
- vestibulaire, 37, 57
- vigilance (niveau de), 55, 80
- violence fondamentale, 84
- viscère, 115
- viscérotonique, 120
- vitalisme, 117
- voix, 30, 102
- volitionnel (type), 130, 147
- volontaire (type), 131, 147
- volonté, 126, 133, 146, 147, 156
- vomi, 73, 74
- vomissement, 25
- vue, 37, 52, 53, 114

## BIBLIOGRAPHIE

- Abadie S. (2007). « Procédés autocalmants, gestion d'un manque affectif : deux raisons possibles à la dépendance sportive ». *Bulletin de psychologie*, 60(2), 488, 135-141.
- Abraham K. (1908). « Les différences psychosexuelles entre l'hystérie et la démence précoce ». In *Œuvres complètes*, vol. I (pp. 41-52). Trad. fr. Paris : Payot et Rivages, 2000.
- Abraham K. (1912). « Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins ». In *Œuvres Complètes*, vol. II (pp. 212-226). Trad. fr. Paris : Payot, 2000.
- Abraham K. (1916). « Examen de l'étape pré-génitale la plus précoce du développement de la libido ». In *Œuvres complètes*, vol. II (pp. 11-34). Trad. fr. Paris : Payot, 2000.
- Achille-Delmas F., Boll M. (1922). *La personnalité humaine : son analyse*. Paris : Flammarion.
- Adelon N. P. (1824). *Physiologie de l'homme*, vol. IV. Paris : Compère Jeune.
- Adelon N. P. et al. (1828). *Dictionnaire de médecine*. Paris : Béchet.
- Adomnicaï I. (2002). « Lieux psychiques du corps, processus corporels de la pensée : la proposition psychosomatique ». In Boubli M., Konicheckis A. (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 43-58). Paris : Dunod.
- Ajuriaguerra (de) J. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- Akiskal H. S. (1995). « Le spectre bipolaire : acquisitions et perspectives cliniques ». *L'Encéphale*, VI, 3-11.
- Andral G. (dir.) (1836). *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, vol. XV. Paris : Baillière.
- André J. (dir.) (1999). *De la passion*. Paris : PUF.
- André J. (2002). « La vie sensorielle ». In André J., Baudin M. (dir.), *La vie sensorielle : la clinique à l'épreuve des sens* (pp. 9-18). Paris : PUF.
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Bordas.
- Aristote (1956). *Partie des animaux*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Aristote (1990). *Poétique*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Aristote (1991) *Rhétorique*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Aristote (2007) *Éthique à Nicomaque*. Trad. fr. Paris : Vrin.
- Armstrong E. A. (1950). « The nature and function of displacement activities ». *Sympos. Soc. exp. Biol.*, 4, 361-387.
- Athanassiou C. (1996). *La défense maniaque*. Paris : PUF.
- Auerbach E. (1941). « De la *passio* aux passions ». In *Le culte des passions* (pp. 51-81). Trad. fr. Paris : Macula, 1998.
- Aulagnier P. (1979). *Les destins du plaisir*. Paris : PUF.
- Bain A. (1861). *On the study of character*. London : Parker, Son, and Bourn, West Strand.
- Basquin M. (1984). « La chimiothérapie des auto-mutilateurs ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32(4), 209-212.
- Bénézech M. (1997). « Petite nosographie médico-légale de la passion ». *Perspectives Psychiatriques*, 36, 28.
- Berger G. (1950). *Traité pratique d'analyse du caractère* (14<sup>e</sup> éd. : 2003). Paris : PUF.
- Bergeret J. (1974). *La personnalité normale et pathologique* (4<sup>e</sup> éd. : 1985). Paris : Dunod.
- Bergeret J. (1984). *La violence fondamentale* (rééd. : 1996). Paris : Bordas.
- Bergeret J. (2004). « Le psychanalyste et la notion de "caractère" ». In Bouhsira J., Dreyfus S., Fine A. (dir.), *Caractère(s)* (pp. 45-67). Paris : PUF.
- Bergeret J., Houser M. (2001). *La sexualité infantile et ses mythes*. Paris : Dunod.
- Bergeret J., Houser M. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris : Dunod.

- Bermon E. (2003). « La théorie des passions chez saint Augustin ». In Besnier B., Moreau P.-F., Renault L. (dir.), *Les passions antiques et médiévales* (pp. 173-198). Paris : PUF.
- Bernard C. (1864). « De l'irritabilité ». *Revue des cours scientifiques de la France et de l'étranger*, 24, 305-309.
- Besso L. (1969). « Contribution à l'approche psychodynamique du problème des rapports entre l'hystérie et la schizophrénie ». *Archives Suisses de Neurologie, Neurochirurgie et de Psychiatrie*, 105, 1, 115-144.
- Bick E. (1969). « L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces ». In Williams M. H. (dir.), *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (pp. 135-139). Trad. fr. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1998.
- Bick E. (1986). « Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objet précoces ». In Williams M. H. (dir.), *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick* (pp. 141-155). Trad. fr. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1998.
- Binet A. (1903). « Malapert P., Le caractère ». *L'Année psychologique*, 10, 10, 492-507.
- Bing F. (1994). « La théorie de la dégénérescence ». In Postel J., Quételet C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 233-238). Paris : Dunod.
- Bion W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Trad. fr. Paris : P.U.F., 1979.
- Bion W. R. (1963). *Éléments de la psychanalyse*. Trad. fr. Paris : PUF, 1979.
- Bleuler E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Trad. fr. Paris : E.P.E.L./G.R.E.C., 1993.
- Bleuler E. (1922). « Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie ». *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78, 373-399.
- Boekholt M. (2000). « En guise d'écho : De l'affect à la pensée à travers le Rorschach des jeunes enfants ». *Psychologie clinique et projective*, 6, 255-264.
- Bohm E. (1951). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach*. Trad. fr. Paris : PUF, 1955.
- Boige N. (2002). « De l'objet transitionnel à l'addiction ? Regard d'un pédiatre ». *Spirale*, 22, 77-88.
- Botella C., Botella S., Haag G. (1977). « En deçà du suçotement ». *Revue française de psychanalyse*, 41, 5-6, 985-992.
- Boubli M. (2002). « Autosensualité, procédés autocalmants et créativité ». In Boubli M., Konicheckis A. (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 59-94). Paris : Dunod.
- Boubli M., Konicheckis A. (2002). « Présentation ». In Boubli M., Konicheckis A. (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 1-4). Paris : Dunod.
- Bourgeois M., Haustgen T. (2006). « Des passions (à propos du deuxième centenaire de la thèse d'Esquirol, 1805). En hommage à Georges Lantéri-Laura ». *Annales médico-psychologiques*, 164, 419-428.
- Bourgeois M., Verdoux H., Henry-Demotes-Mainard C. (1995). « Clinique des troubles bipolaires de l'humeur (le spectre bipolaire) ». In Lemperière T. (dir.), *Les troubles bipolaires* (pp. 21-57). Paris : Acanthe, Masson.
- Bouvard M., Martin-Guehl C., Rénéric J.-P. (2002). « Troubles hyperactifs chez l'enfant ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-201-B-10, 9 p.
- Bowlby J. (1958). « The nature of the child's tie to his mother ». *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby J. (1969). *Attachement et perte*, vol. I. Trad. fr. Paris : PUF, 1978.
- Bowlby J. (1973). *Attachement et perte*, vol. II. Trad. fr. Paris : PUF, 1978.
- Brassine C., Lefèbre A. (2007). « L'auto-agression itérative de l'enveloppe cutanée : une défense paradoxale ». *Psychologie clinique et projective*, 13, 313-346.
- Brauner A., Brauner F. (1972). *Vivre avec un enfant autistique*. Paris : PUF.
- Briquet P. (1859). *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris : Baillière.

- Bullinger A. (1995). « Handicaps et inadaptations ». *Les Cahiers du CTNE-RHI*, 67-68, 59-69.
- Bullinger A. (1996). « Habiter son organisme ou la recherche de l'équilibre sensoritonique ». In Wolf D. (dir.), *Polyhandicap. Les comportements défis : auto-agression ou auto-stimulation ?* (pp. 9-18). Lucerne : Editions du Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée.
- Bullinger A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (2<sup>e</sup> éd. : 2005). Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Bursztejn C. (2001). « L'hyperactivité motrice avec déficit de l'attention : Maladie neurodéveloppementale ou construction nosographique ? » *Enfances & PSY*, 3, 15, 137-145.
- Bursztejn C., Golse B. (2006). « L'hyperactivité avec trouble de l'attention : questions cliniques et épistémologiques ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, 29-37.
- Buss A. H., Plomin R. (1975). *A temperamental theory of personality*. New-York : Wiley.
- Buss A. H., Plomin R. (1984). *Temperament : early developing personality traits*. Hillsdale NJ : Earlbaum.
- Cabanis P. J. G. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*, vol. I (rééd. : 2005). Paris : L'Harmattan.
- Canguilhem G. (1958). « Qu'est-ce que la psychologie ? ». In *Etudes d'Histoire et de Philosophie des Sciences* (pp. 365-381). Paris : Vrin, 1994.
- Caratini R. (2000). *Initiation à la philosophie*. Paris : L'Archipel.
- Carraz Y., Ehrhardt R. (1973). « L'automutilation chez des enfants en institution ». *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 21(4-5), 217-227.
- Carton S. (2002). « La recherche de stimulations fortes : de la sensation corporelle à l'émotion différenciée ». In André J., Baudin M. (dir.), *La vie sensorielle : la clinique à l'épreuve des sens* (pp. 87-98). Paris : PUF.
- Cattell R. B. (1943). « The description of personality : I. Foundations of traits measurement ». *Psychological Review*, 50, 559-594.
- Chabot M., Husain O., Reeves N., Choquet F. (2003). « La maladie bipolaire au Rorschach et au TAT : diversité ou homogénéité ? » *Psychologie clinique et projective*, 9, 255-283.
- Chaperot C. (1998). « Hystérie, hallucinations acoustico-verbales, sémiologie psychiatrique et traitement neuroleptique ». *L'Information psychiatrique*, 6, 595-602.
- Charbonneau G. (2003). « Pour une phénoménologie des sentiments corporels ». In Granger B., Charbonneau G. (dir.), *Phénoménologie des sentiments corporels*, vol. I : Douleur, souffrance, dépression (pp. 17-23). Argenteuil : Le Cercle Herméneutique.
- Chaslin P. (1912) *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris : Asselin et Houzeau.
- Chiland C. (1976). « Narcisse ou le meilleur des mondes possibles ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 13, 223-236.
- Chiland C. (1984). « L'automutilation : de l'acte à la parole ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 32, 4, 169-170.
- Choquet F., Husain O. (à paraître, 2012). « La couleur et l'affect : une équation discutable ». In Rossel F., Husain O., Revaz O. (dir.) *Les phénomènes particuliers au Rorschach*, vol. II. Paris : Hogrefe.
- Ciccone A. (2005). « L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53, 24-31.
- Cloninger S. C. (1996). *La personnalité*. Trad. fr. Paris : Flammarion, 1999.
- Colin H. (1890). *Essai sur l'état mental des hystériques*. Thèse de doctorat (manuscrit non publié). Paris.
- Condillac (1754). *Traité des sensations*. Paris : Fayard, 1984.
- Condillac (1755). *Traité des animaux*. Paris : Fayard, 1984.

- Corraze J. (1994). « La question de l'hystérie ». In Postel J., Quételet C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 283-294). Paris : Dunod.
- Cotard J. (1882). « Du délire des négations ». *Archives de neurologie*, 11, 152-170 et 12, 282-296.
- Cournut J. (1999). « L'énergie de la passion ». In André J. (dir.), *De la passion* (pp. 7-26). Paris : PUF.
- Crosali Corvi C. (2010). *La dépression. Affect central de la modernité*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Dalle B., Weill M. (1999). « Psychanalyse et schizophrénie ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-291-A-10, 10 p.
- De Luca M. (2006). « Les scarifications : le regard de la métamorphose ». *L'Évolution psychiatrique*, 71, 2, 285-297.
- De Wit H. (1982). *Histoire du développement de la biologie*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 1992.
- Debray Q., Nollet D. (2001). *Les personnalités pathologiques*. Paris : Masson.
- Dechambre A. (dir.) (1864). *Grand Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris : Asselin/Masson.
- Delassus J.-M. (2001). *Le génie du fœtus*. Paris : Dunod.
- Delassus J.-M. (2005). *Psychanalyse de la naissance*. Paris : Dunod.
- Delion P. (2004). « Préface ». In Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (2<sup>e</sup> éd. : 2005) (pp. 7-20). Ramonville Saint-Agne : Eres.
- Delion P., Golse B. (2004). « Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-210-C-10, 6 p.
- Demaret A. (1979). *Éthologie et psychiatrie*. Bruxelles : Mardaga.
- Deniker P., Quintard J.-C. (1961). « Les signes pseudonévrotiques dans les formes limites de la schizophrénie ». *Encéphale*, 50, 3, 307-323.
- Descartes R. (1649). *Les passions de l'âme*. Paris : Gallimard, 1988.
- Despinoy M., Pinol-Douriez M. (2002). « Sensations et perceptions dans la clinique psychanalytique ». In Boubli M., Konichek A. (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 5-26). Paris : Dunod.
- Diatkine G. (2008). « La disparition de la sexualité infantile dans la psychanalyse contemporaine ». *Revue française de psychanalyse*, LXXII, 3, 671-685.
- Dini S., Quartier V. (2008). « Le développement de la personnalité : interaction entre le tempérament de l'enfant et l'environnement ». *Psychologie et éducation*, 34(1), 39-44.
- Dolto F. (1965). *Psychanalyse et pédiatrie* (2<sup>e</sup> éd. : 1971). Paris : Seuil.
- Dubois R., Arsenault P.-A. (1980). « L'automutilation en milieu institutionnel ». *Revue canadienne de psycho-éducation*, 9, 1, 32-50.
- Duché D. J., Braconnier A., Khemici M. (1979). « Etude des comportements automutilateurs chez des enfants encéphalopathes sans langage ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 27, 12, 521-527.
- Dumesnil F. (1984). « Analyse différentielle de cinq pathologies précoces et des automutilations qui en découlent ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32(4), 183-195.
- Dumesnil F. (1989). *Autisme, psychoses précoces et automutilation*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Dumont M., Markovits H. (1982). « Les gestes stéréotypés chez les handicapés de la vue, dans un groupe de pairs ». *Apprentissage et Socialisation*, 5, 1.
- Duparc F., Vasseur C. (dir.) (2006). *Les conduites à risque au regard de la psychanalyse*. Paris : In Press.
- Dupré E. (1925). *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris : Payot.

- Eisenberg L., Kanner L. (1956). « Early infantile autism, 1943-1955 ». *American Journal of orthopsychiatry*, 26, 556-566.
- Ellenberger H. F. (1970) *Histoire de la découverte de l'inconscient*. Trad. fr. Paris : Fayard, 1994.
- Esquirol E. (1805). *Des passions considérées comme Causes, Symptômes et Moyens curatifs de l'Aliénation mentale*. Paris : Didot Jeune.
- Eysenck H. J. (1947). *Les dimensions de la personnalité*. Trad. fr. Paris : PUF, 1950.
- Eysenck H. J., Eysenck M. W. (1985). *Personality and individual differences. A natural science approach*. New-York : Plenum Press.
- Fain M. (1992). « La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique ». *Revue française de psychosomatique*, 2, 5-24.
- Fain M. (1993). « Spéculations métapsychologiques hasardeuses à partir de l'étude des procédés autocalmants ». *Revue française de psychosomatique*, 4, 59-67.
- Falret J.-P. (1854). *Leçons cliniques de médecine mentale*. Paris : Baillière.
- Fenichel O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*, vol. I. Trad. fr. Paris : PUF, 1987.
- Féré C. (1892). *La pathologie des émotions*. Paris : Alcan.
- Ferrari P. (1983). « Approche pluridisciplinaire de l'autisme et des psychoses infantiles précoces ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 31 (5-6), 225-37.
- Fischer-Hauchecorne A. (1992). « Automutilations et auto-offenses dans la psychose et la déficience mentale ». Mémoire pour le certificat d'études spéciales de psychiatrie. Université de Bordeaux.
- Follin S., Chazaud J., Pilon L. (1961). « Cas cliniques de psychoses hystériques ». *L'Évolution psychiatrique*, 26, 257-286.
- Fouillée A. (1895). *Tempérament et caractère*. Paris : Alcan.
- Frédéric-Libon C. (2007). « Phénomènes autistiques en clinique infantile ». *Psychologie clinique et projective*, 13, 197-209.
- Freud A. (1946). « The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances ». *The Psychoanalytic study of the child*, 2, 119-132.
- Freud A. (1965). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Trad. fr. Paris : Gallimard, 1968.
- Freud S. (1896 a). « L'hérédité et l'étiologie des névroses ». In *OCP*, vol. III (pp. 105-120). Trad. fr. Paris : PUF, 2005.
- Freud S. (1905 d). « Trois essais sur la théorie de la sexualité ». In *OCP*, vol. VI (pp. 59-181). Trad. fr. Paris : PUF, 2006.
- Freud S. (1915 c). « Pulsions et destins de pulsions ». In *OCP*, vol. XIII (pp. 163-187). Trad. fr. Paris : PUF, 2005.
- Freud S. (1916-17). « Leçons d'introduction à la psychanalyse ». In *OCP*, vol. XIV. Trad. fr. Paris : PUF, 2000.
- Freud S. (1920 g). « Au-delà du principe de plaisir ». In *OCP*, vol. XV (pp. 273-338). Trad. fr. Paris : PUF, 2002.
- Freud S. (1924 c). « Le problème économique du masochisme ». In *OCP*, vol. XVII (pp. 9-23). Trad. fr. Paris : PUF, 2006.
- Freud S. (1926 d). « Inhibition, symptôme, angoisse ». In *OCP*, vol. XVII (pp. 203-286). Trad. fr. Paris : PUF, 2006.
- Freud S. (1939 a). « L'homme Moïse et la religion monothéiste ». In *OCP*, vol. XX (pp. 75-218). Trad. fr. Paris : PUF, 2010.
- Freud S., Breuer J. (1895). « Études sur l'hystérie ». In *OCP*, vol. II (pp. 9-332). Trad. fr. Paris : PUF, 2009.
- Gaillat R. (2004). « La caractéro-personnologie ». *La Personnalité*, 46, 5-119.
- Galien (1995). *L'âme et ses passions*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.

- Galien (à paraître, 2012). *Tempéraments*. Éd., trad. et notes par V. Barras et T. Birchler.
- Ganser S. (1902). « Contribution à la théorie des états crépusculaires hystériques ». In Sauvagnat F. (dir.), *Divisions subjectives et personnalités multiples* (pp. 71-80). Trad. fr. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2001.
- Garrabé J. (1992). *La schizophrénie : Un siècle pour comprendre* (2<sup>e</sup> éd. : 2003). Paris : Seuil.
- Garrabé J. (1999). « La taxinomie actuelle des troubles dissociatifs ». *L'Évolution psychiatrique*, 64, 717-726.
- Gazon V. (2006). « De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité ». *Annales médico-psychologiques*, 164, 620-624.
- Gibello B. (1984). *L'enfant à l'intelligence troublée* (7<sup>e</sup> éd. : 1997). Paris : Bayard.
- Gillibert J. (1977). « De l'auto-érotisme ». *Revue française de psychanalyse*, 41, 5-6, 773-949.
- Giurgea C. E. (1986). *L'héritage de Pavlov : un demi-siècle après sa mort*. Bruxelles : Mardaga.
- Goethe J. W. *Traité des couleurs*. Trad. fr. Paris : Triade, 1973.
- Golse B. (2002). « Le bébé à l'épreuve des sens ». In André J., Baudin M. (dir.), *La vie sensorielle : la clinique à l'épreuve des sens* (pp. 19-38). Paris : PUF.
- Goodman A. (1990). « Addiction. Definition and Applications ». *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Gori R. (2002). *Logique des passions*. Paris : Denoël.
- Gourevitch D. (1993). « Affectif et cognitif. Études de quelques cas galéniques ». In Grivois H. (dir.), *Affectif et cognitif dans la psychose* (pp. 27-37). Paris : Masson.
- Gourevitch D. (1994). « La psychiatrie de l'antiquité gréco-romaine ». In Postel J., Quételet C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 3-23). Paris : Dunod.
- Green A. (1967). « Self-mutilation in schizophrenic children ». *Archives of general psychiatry*, 17, 234-244.
- Green A. (1980). « Folie et psychose ». In Caroli F. (dir.), *Spécificité de la psychiatrie. Hommage à Henri Ey* (pp. 79-92). Paris : Masson.
- Greenacre P. (1944). « Infant reactions to restraint problems in the rate of infantile aggression ». *Journal of orthopsychiatry*, 14, 204-218.
- Greenacre P. (1954). « In problem of infantile neurosis : a discussion ». *Psychoanalytic study of the child*, 9, 16-71.
- Grivois H. (1993). « Affectif-cognitif ». In Grivois H. (dir.), *Affectif et cognitif dans la psychose* (pp. 1-10). Paris : Masson.
- Grunberger B. (1971). *Le narcissisme. Essai de psychanalyse* (rééd. : 1993). Paris : Payot.
- Guislain J. (1846). « La nature, considérée comme force instinctive des organes ». *Annales de la Société de Médecine de Gand*, XVII, 5-204.
- Haag G. (1984). « Autisme infantile précoce et phénomènes autistiques. Réflexions psychanalytiques ». *Psychiatrie de l'enfant*, XXVII, 2, 293-354.
- Haag G. (2005a). « Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles ». In Golse B., Delion P. (dir.), *Autisme : état des lieux et horizons* (pp. 119-144). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Haag G. (2005b). « Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste ». In Golse B., Delion P. (dir.), *Autisme : état des lieux et horizons* (pp. 145-162). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Hallé J. N. (1799). « Mémoire sur les observations fondamentales d'après lesquelles peut être établie la distinction des tempéraments ». Paris : *Soc. Méd. Émul. Mém.* III, 342-366.
- Haller (von) A. (1757-66). *Elementa physiologiae corporis humani*. Lausanne, Bern : Bousquet, d'Arnay, Grasset.
- Hansenne M. (2004). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck.

- Hardy M.-C. (1986). « Pour une nouvelle approche de la manie ». *Annales médico-psychologiques*, 144, 4, 357-373.
- Harlow H. F. (1958). « The nature of love ». *Am. Psychol.*, 13, 673-685.
- Haustgen T. (1995). « Aspects historiques des troubles bipolaires dans la psychiatrie française ». *L'Encéphale*, VI, 13-20.
- Hengelbrock J., Lanz J. (1971). « Examen historique du concept de passion ». Trad. fr. in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 77-91, 1980.
- Hermann I. (1943). *L'instinct filial*. Trad. fr. Paris : Denoël, 1973.
- Heymans G., Wiersma E. (1909). « Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung ». *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane*, 51, 1-72.
- Houzel D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris : In Press.
- Hubain-Gayte M. (2006). « Le tempérament du nourrisson : un concept à redécouvrir ou à réinventer ? ». *Devenir*, 18, 3, 221-243.
- Hume D. (1757). *Dissertation sur les passions*. Trad. fr. Paris : Flammarion, 1991.
- Husain O., Merceron C., Rossel F. (dir.) (2001). *Psychopathologie et polysémie : Études différentielles à travers le Rorschach et le TAT*. Lausanne : Payot.
- Husain O., Reeves N., Choquet F., Chabot M., Revaz O. (2006). « À la recherche d'une organisation maniaco-dépressive au TAT ». *Psychologie clinique et projective*, 12, 429-458.
- Ikonen P., Rechart E. (1978). « Les vicissitudes de Thanatos ». In Grunberger B., Chasseguet-Smirgel J. (dir.) : *Les pulsions : amour et faim, vie et mort* (pp. 167-186). Trad. fr. Paris : Tchou, 1980.
- Instititoris H., Sprenger J. (1486). *Le Marteau des sorcières*. Trad. fr. Grenoble : Jérôme Million, 1990.
- Jacquart D. (1994). « La réflexion médicale médiévale et l'apport arabe ». In Postel J., Quételet C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 37-47). Paris : Dunod.
- Janet P. (1895). « Un cas de possession et l'exorcisme moderne ». *Bulletin de l'Université de Lyon*, 8, 2, 41-57.
- Janet P. (1911). *L'état mental des hystériques* (rééd. : 1983). Marseille : Laffitte Reprints.
- Jeammet P. (1995). « Psychopathologie des conduites de dépendance et d'addiction à l'adolescence ». *Cliniques Méditerranéennes*, 47/48, 155-175.
- Jeammet P. (2000). « Les conduites addictives : un pansement pour la psyché ». In Le Poulichet S. (dir.), *Les addictions* (2<sup>e</sup> éd. : 2002) (pp. 93-108). Paris : PUF.
- Jouanna J. (2006a). « La postérité du traité hippocratique de la Nature de l'homme : la théorie des quatre humeurs ». In Müller C. W., Brockmann C., Brunschön C. W. (dir.) : *Ärzte und ihre Interpreten : Medizinische Fachtexte der Antike als Forschungsgegenstand der Klassischen Philologie* (pp. 117-141). München, Leipzig : K. G. Saur Verlag.
- Jouanna J. (2006b). « Aux racines de la nature de l'homme ». Séance solennelle de rentrée des cinq académies du 24 octobre 2006 sur le thème l'homme et la nature, Paris.
- Jung C. G. (1907). « Psychologie de la démence précoce : essai ». In *Psychogenèse des maladies mentales* (pp. 11-188). Trad. fr. Paris : Albin Michel, 2001.
- Jung C. G. (1920). *Types psychologiques*. Trad. fr. Genève : Georg, 1993.
- Kaiser O. (1902). « Beiträge zur Differenzialdiagnose der Hysterie und Katatonie ». *Allg. Z. Psychiatr.*, 58, 957-969.
- Kanner L. (1943). « Autistic disturbances of affective contact ». *Nerv Child*, 2, 217-50.
- Kant E. (1798). *Anthropologie du point de vue pragmatique*. Trad. fr. Paris : Flammarion, 1993.
- Kernberg O. F. (1984). *Les troubles graves de la personnalité*. Trad. fr. Paris : PUF, 1989.
- Khan M. R. (1980). « Meurtre, frénésie et folie. Notes sur Dostoïevski et sur "L'Idiot" ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 225-233.

- Kinsey A. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia : Saunders.
- Kinsey A. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia : Saunders.
- Konicek A. (2002). « Des sens aux sens, sensorialité et signification ». In Boubli M., Konicek A. (dir.), *Clinique psychanalytique de la sensorialité* (pp. 125-156). Paris : Dunod.
- Kraepelin E. (1913). « La folie maniaque-dépressive ». In *Traité de psychiatrie*, vol. 3 (8<sup>e</sup> éd.). Trad. fr. Grenoble : Millon, 1993.
- Krafft-Ebing (von) R. (1879). *Traité clinique de psychiatrie*. Trad. fr. Paris : Maloine, 1897.
- Kreisler L., Fain M., Soulé M. (1974). *L'enfant et son corps* (5<sup>e</sup> éd. : 1995). Paris : PUF.
- Kretschmer E. (1921). *La structure du corps et le caractère*. Trad. fr. Paris : Payot, 1930.
- Kretschmer E. (1927). « Der heutige Stand der psychiatrischen Konstitutionsforschung ». *Jahreskurse f. aertzliche Fortbildung*, H. 5.
- Kreuser F. (1913). « Zur Differenzialdiagnose zwischen Hebephrenie und Hysterie ». *Allg. Z. Psychiatr.*, 70, 873-936.
- Kris E. (1954). « Problems of infantile neurosis. A discussion ». *Psychoanalytic study of the child*, 9, 16-71.
- Kristeva J. (1999). « La passion hystérique ». In André J. (dir.), *De la passion* (pp. 27-62). Paris : PUF.
- Lacan J. (1949). « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique ». *Revue française de psychanalyse*, 13, 4, 449-455.
- Lagache D. (1936). « Passions et psychoses passionnelles ». In *Les hallucinations verbales et travaux cliniques. Œuvres I* (pp. 135-154). Paris : PUF, 1977.
- Lalande A. (1926). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* (rééd. : 2002). Paris : PUF.
- Lange C. G. (1885). *Les émotions*. Trad. fr. Paris : Alcan, 1895.
- Lantéri-Laura G. (1990). « Névrose et psychose : question de sens, question d'histoire ». *Autrement*, Série Mutations, 117, 23-31.
- Lantéri-Laura G. (1993). « Les troubles de l'humeur dans la psychiatrie française moderne ». In Grivois H. (dir.), *Affectif et cognitif dans la psychose* (pp. 49-57). Paris : Masson.
- Lantéri-Laura G. (1997). « Remarques critiques sur la notion de passion en psychiatrie ». *Perspectives Psychiatriques*, 36, 8-13.
- Lantéri-Laura G. (1998). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Paris : Éditions du temps.
- Lantéri-Laura G. (2000). « Généalogie du structuralisme ». *L'Évolution psychiatrique*, 65, 477-497.
- Lantéri-Laura G., Bouttier J.-G. (1994). « L'évolution des idées sur le système nerveux central et ses rapports avec le développement de la psychiatrie moderne ». In Postel J., Quételet C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 295-313). Paris : Dunod.
- Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse* (7<sup>e</sup> éd. : 1981). Paris : PUF.
- Laruelle L. (1908). *Les psychoses hystériques*. Gand : Van der Haeghen.
- Lasègue C. (1884). *Études médicales*. Paris : Asselin.
- Le Guen C. (2005). « Des affects à l'angoisse dans l'œuvre freudienne ». In Bouhsira J., Parat H. (dir.), *L'affect* (pp. 11-46), Paris : PUF.
- Le Poulichet S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*. Paris : PUF.
- Le Senne R. (1945). *Traité de caractérologie*. Paris : PUF.
- Lecanuet J.-P. (2002). « Des rafales et des pauses : les suctions prénatales ». *Spirale*, 22, 37-47.
- Lemay M. (1980). « Réflexions sur l'autisme ». *Bull. Scient. Hôpital Rivière-des-prairies*, 3(1), 85-91.

- Léonard T., Foulon C., Guelfi J.-D. (2005). « Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-105-D-10, 21 p.
- Lépine J.-P., Chignon J.-M. (1994). « Sémiologie des troubles anxieux et phobiques ». *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-112-A-10, 13 p.
- Letourneau C. (1868). *Physiologie des passions*. Paris : Baillière.
- Lévy-Soussan P. (2007). *Psychiatrie* (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Med-line.
- Lezine I., Stambak M. (1959). « Quelques problèmes d'adaptation du jeune enfant en fonction de son type moteur et du régime éducatif ». *Enfance*, 12, 95-115.
- Libbrecht K. (1994). *Les délires de l'hystérique : Une approche historique*. Trad. fr. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2001.
- Lindner S. (1879). « Le suçotement des doigts, des lèvres, etc. chez les enfants ». Trad. fr. 1971, in *Revue française de psychanalyse*, 35, 4, 593-608.
- Lombard L.-M. (dir.) (1855). *Le cuisinier et le médecin, et le médecin et le cuisinier ; ou le médecin cuisinier et le cuisinier médecin ; ou l'art de conserver ou de rétablir sa santé par une alimentation convenable*. Paris : L. Curmer.
- Loupe A. (2001). « Automutilations transitoires à l'adolescence ». *Revue française de psychanalyse*, LXV, 2, 463-475.
- Lückerath J. (1911). « Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie ». *Allg. Z. Psychiatr.*, 68, 312-329.
- M'Bailara K. (2009). « Une relecture des troubles bipolaires à travers la réactivité émotionnelle ». *Le Journal des psychologues*, 273, 24-27.
- Magnan V. (1891). *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris : Éditions du Progrès médical.
- Maine de Biran P. (1812). *Essai sur les fondements de la psychologie*. Paris : Vrin, 2001.
- Mairet A., Salager E. (1910). *La folie hystérique* (rééd. : 1999). Paris : L'Harmattan.
- Malapert P. (1906). *Les éléments du caractère et leurs lois de combinaison* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Alcan.
- Maleval J.-C. (1981). *Folies hystériques et psychoses dissociatives* (2<sup>e</sup> éd. : 1991). Paris : Payot.
- Maleval J.-C. (2001). « Préface ». In Libbrecht K., *Les délires de l'hystérique* (pp. 9-19). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Marty P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris : Payot.
- Marty P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.
- Marty P. (1993). « Spéculations métapsychologiques hasardeuses à partir de l'étude des procédés autocalmants ». *Revue française de psychosomatique*, 4, 59-67.
- Maurice P., Beaupré M., Trudel G. (1980). « L'automutilation et son traitement chez les déficients mentaux : approche behaviorale ». *Revue Québécoise de Psychologie*, 1, 1, 59-73.
- McDougall J. (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- McDougall J. (1982). *Théâtres du Je*. Paris : Gallimard.
- McDougall J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris : Gallimard.
- Meltzer D. (1975). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Trad. fr. Paris : Payot, 1980.
- Meltzer D. (1992). *Le claustrium*. Trad. fr. Larmor-Plage : Editions du Hublot, 1999.
- Menninger K. A. (1935). « A psychoanalytic study of signifiacnce of self-mutilations ». *Psychoanalytic Quarterly*, 4, 408-466.
- Merceron C., Rossel F., Cedraschi C. (1989). « Aménagement particulier des états-limites : les organisations faux-self de la personnalité à travers le Rorschach et le TAT ». *Psychologie médicale*, 21 (7), 871-878.
- Merceron C., Rossel F., Cedraschi C. (2001). « Réflexions sur la notion de faux-self : mise en évidence de deux niveaux de fonctionnement ». In Husain O., Merceron C., Rossel F. (dir.),

- Psychopathologie et polysémie: études différentielles à travers le Rorschach et le TAT* (pp. 216-235). Lausanne : Payot.
- Mijolla (de) A. (dir.) (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy.
- Minkowska F. (1923). « Recherches généalogiques et problèmes touchant aux caractères (en particulier à celui de l'épileptoidie) ». *Annales médico-psychologiques*, 2, 149-170.
- Minkowski E. (1927). *La schizophrénie* (rééd. : 1997). Paris : Payot.
- Mittleman B. (1954). « Motility in infants, children and adults ». *The Psycho-analytic study of the child*, 9, 142-177.
- Monnoyer J.-M. (1988). « La pathétique cartésienne ». In Descartes R., *Les passions de l'âme* (pp. 64-75). Paris : Gallimard.
- Moreau J.-L. (dir.) (1830). *Encyclopédie méthodique, médecine, par une société de médecins*, vol. XIII. Paris : Veuve Agasse.
- Moreau P.-F. (2003). « Les passions : continuités et tournants ». In Besnier B., Moreau P.-F., Renault L. (dir.), *Les passions antiques et médiévales* (pp. 1-12). Paris : PUF.
- Morel P., Bourgeron J.-P., Roudinesco E. (2000). *Au-delà du conscient : histoire illustrée de la psychiatrie et de la psychanalyse*. Paris : Hazan.
- Mueller F.-L. (1960). *Histoire de la psychologie* (4<sup>e</sup> éd. : 1985). Paris : Payot.
- Navarre O. (2003). « Introduction ». In Théophraste, *Caractères* (pp. 13-36). Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Nicolas S. (2005). « La place de l'ouvrage de W. Preyer dans l'histoire de la psychologie ». In Preyer W., *L'âme de l'enfant* (pp. 5-29). Paris : L'Harmattan.
- Nysten P.-H. (1814). *Dictionnaire de médecine, et des sciences accessoires à la médecine*. Paris : Brosson.
- Ochonisky J. (1984). « L'automutilation a-t-elle un sens ? » *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 32(4), 171-181.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement : Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic* (10<sup>e</sup> révision). Trad. fr. Genève, Paris : OMS, Masson, 1994.
- Ornitz E. M., Ritvo E. R. (1976). « The syndrome of autism : a critical review ». *American Journal of Psychiatry*, 133, 609-621.
- Papadopoulos T. (1990). « Mélancolie et manie dans l'œuvre d'Arétée de Cappadoce » *L'Évolution psychiatrique*, 55, 2, 427-436.
- Paré A. (1840). « Des tempéraments ». In *Œuvres Complètes* (pp. 33-39). Paris : Baillière.
- Parpillat G. (1996). « Instabilité et psychosomatique ». *Thérapie psychomotrice et recherches*, 107, 21-2.
- Pavlov I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres : Routledge and Kegan Paul.
- Pélicier Y. (dir.) (1977-8). *L'Univers de la Psychologie*, vol. I. Paris : Lidis.
- Pellegrin P. (1993). « Folie des médecins et folie des philosophes dans l'Antiquité ». In Grivois H. (dir.), *Affectif et cognitif dans la psychose* (pp. 11-26). Paris : Masson.
- Perelmann A. (1926). « Zur Frage der Verwandtschaft zwischen Hysterie und Schizophrenie ». *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 100, 311-322.
- Perret-Catipovic M. (2005). « Blessures auto-infligées à l'adolescence : un survol de la littérature ». *Adolescence*, 52(2), 447-456.
- Pichot P. (1995). « Histoire du concept de tempérament ». *Revue Internationale de Psychopathologie*, 17, 5-23.
- Pichot P. (1996). *Un siècle de psychiatrie*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Pichot P. (2002). « Le concept de trouble de la personnalité ». In Féline A., Guelfi J.-D., Hardy P. (dir.), *Les troubles de la personnalité* (pp. 18-31). Paris : Flammarion.

- Pigeaud J. (1981). *La maladie de l'âme. Étude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique* (3<sup>e</sup> éd. : 2006). Paris : Les Belles Lettres.
- Pigeaud J. (1987). *Folie et cures de la folie chez les médecins de l'Antiquité gréco-romaine*. Paris : Les Belles Lettres.
- Pigeaud J. (1988). « La psychopathologie de Galien ». In Manuli P., Vegetti M. (dir.), *Le opere psicologiche di Galeno* (pp. 153-183). Napoli : Bibliopolis.
- Pigeaud J. (1994). « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française ». In Postel J., Quézel C. (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 133-151). Paris : Dunod.
- Pigeaud J. (2001). *Aux portes de la psychiatrie : Pinel, l'Ancien et le Moderne*. Paris : Aubier.
- Pinel P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Les empêcheurs de penser en rond / Seuil, 2005.
- Platon (1970). *Timée*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Popper E. (1919). « Zur Differenzialdiagnose schizophrener und hysterischer Zustandsbilder ». *M Schr. Psychiat. Neurol.*, 16, 362-366.
- Poussin G. (1978). « Les conduites automutilatrices ». *Psychiatrie de l'enfant*, 21, 1, 67-131.
- Preyer W. (1882). *L'âme de l'enfant. Observations sur le développement psychique des premières années*. Trad. fr. Paris : L'Harmattan, 2005.
- Racamier P.-C. (1953). « Etude clinique des frustrations précoces ». *Revue française de Psychanalyse*, 17, 3, 328-350.
- Racamier P.-C. (1957). « De l'angoisse à la manie ». In *De psychanalyse en psychiatrie* (pp. 165-192). Paris : Payot, 1979.
- Racamier P.-C. (1980). « De l'objet non-objet. Entre folie, psychose et passion ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 235-241.
- Rebourg C. (1992). « La manie ou l'exaltation sensorielle : la notion d'éprouvés corporels bruts au Rorschach ». *Psychologie médicale*, 24, 11, 1134-1136.
- Reich W. (1933). *L'analyse caractérielle*. Trad. fr. Paris : Payot, 1992.
- Reinhardt J.-C. (1990). *La genèse de la connaissance du corps chez l'enfant* (2<sup>e</sup> éd. : 2007). Paris : PUF.
- Revaz O. (2003). « Le sexe du serpent ». In Dominguez C., Briones R. (dir.) : *XVI Congreso internacional Género y religión. Masculino-Femenino y Hecho Religioso* (pp. 413-430). Granada : Universidad de Granada.
- Revaz O. (2005a). « Un cas particulier de référence à la réalité : la critique ». *Bulletin de psychologie*, 58, 480, 617-626.
- Revaz O. (2005b). « L'auto-critique et la critique de l'objet ». In Rossel F., Husain O., Merceron C. (éds.), *Les phénomènes particuliers au Rorschach*, vol. 1 (pp. 95-130). Lausanne : Payot.
- Revaz O., Moser-Dürmeier C., Fayet R.-M., (à paraître, 2012). « La référence personnelle ». In Rossel F., Husain O., Revaz O. (dir.) *Les phénomènes particuliers au Rorschach*, vol. II. Paris : Hogrefe.
- Revaz O., Rossel F. (2007). « Dissociation "hystérique" et scission schizophrénique : une contribution des techniques projectives ». *Psychologie clinique et projective*, 13, 93-122.
- Rey R. (1993). « L'âme, le corps et le vivant ». In Grmek M. D. (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, vol. 2 (pp. 117-155). Trad. fr. Paris : Seuil, 1995.
- Ribble M. (1939). « The significance of infantile sucking for the development of the individual ». *Journal of nervous and mental diseases*, 90, 455-463.
- Ribble M. (1943). *The rights of infants*. New-York : Columbia University Press.
- Ribot T. (1896). *La psychologie des sentiments* (12<sup>e</sup> éd. : 1925). Paris : Alcan.
- Ribot T. (1907). *Essai sur les passions* (rééd. : 2007). Paris : L'Harmattan.
- Richir M. (2011). « Affectivité ». *Encyclopédie Universalis*.

- Riese W. (1965). *La théorie des passions à la lumière de la pensée médicale du XVII<sup>e</sup> siècle*. Bâle : Karger.
- Rorschach H. (1921). *Psychodiagnostic*. Trad. fr. Paris : PUF, 1967.
- Rosenberg B. (1982). « Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie ». *Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, 5, 41-96.
- Rosenthal R. J., Rinzler C., Wallsh R., Klausner E. (1972). « Wrist-cutting syndrome : the meaning of a gesture ». *American Journal of Psychiatry*, 11, 1363-1368.
- Rossel F., Fischer M. (à paraître, 2012). « Les troubles de la représentation envisagés sous l'angle piagétien : à partir d'une réflexion sur le symbole ». In Rossel F., Husain O., Revaz O. (dir.) *Les phénomènes particuliers au Rorschach*, vol. II. Paris : Hogrefe.
- Rostan L. (1822). *Cours élémentaire d'hygiène*, vol. I. Paris : Béchet.
- Roussillon R. (2005). « Affect inconscient, affect-passion et affect-signal ». In Bouhsira J., Parat H. (dir.), *L'affect* (pp. 117-135), Paris : PUF.
- Sarfati G.-E. (2009). « Des normes du sens commun à une politique du sens commun ». In Gautier C., Laugier S. (dir.), *Normativités du sens commun* (pp. 161-199). Paris : PUF.
- Sauvagnat F. (dir.) (2001). *Divisions subjectives et personnalités multiples*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Schaeffer J. (2008). « Cent ans après les *Trois essais*, que reste-t-il des trois scandales ? » *Revue française de psychanalyse*, LXXII, 3, 761-776.
- Scharbach H. (1984). « Automutilation ». *Annales médico-psychologiques*, 142, 3, 404-415.
- Scharbach H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris : PUF.
- Schilder P. (1950). *L'image du corps*. Trad. fr. Paris : Gallimard, 1968.
- Searl N. (1929). « The flight to reality ». *The International Journal of Psycho-analysis*, 10, 2-3, 280-291.
- Sénèque (1971). *De Ira*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Sheldon W. (1942). *Les variétés du tempérament : une psychologie des différences constitutionnelles*. Trad. fr. Paris : PUF, 1951.
- Shentoub S. A., Soulairac A. (1961). « L'enfant automutilateur ; les conduites automutilatrices dans l'ensemble du comportement psychomoteur normal - étude de 300 cas ». *Psychiatrie de l'enfant*, 3(1), 37-38, 111-45.
- Shodell J. J., Reiter H. H. (1968). « Self-mutilative behavior in verbal and non-verbal schizophrenic children ». *Arch. Gen. Psychiatry*, 19, 453-455.
- Smadja C. (1993). « A propos des procédés autocalmants du Moi ». *Revue française de psychosomatique*, 4, 9-26.
- Smadja C. (2002). « Une histoire critique du symbolisme organique ». *Revue française de psychosomatique*, 21, 7-25.
- Spitz R. (1950). « Auto-erotism ». *Psychoanalytic study of the child*, 3-4, 85-120.
- Spitz R. (1965). *De la naissance à la parole*. Trad. fr. Paris : PUF, 2004.
- Starobinski J. (1980). « Le passé de la passion. Textes médicaux et commentaires ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 21, 51-76.
- Starobinski J. (1985). « Recettes éprouvées pour chasser la mélancolie ». *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 32, 71-89.
- Steyaert M. (1992). *Hystérie, folie et psychose*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo.
- Szwec G. (1993). « Les procédés autocalmants par la recherche répétitive de l'excitation. Les galériens volontaires ». *Revue française de psychosomatique*, 4, 27-51.
- Szwec G. (1998). *Les galériens volontaires*. Paris : PUF.
- Théophraste (2003) *Caractères*. Trad. fr. Paris : Les Belles Lettres.
- Thirion M. (2002). « La controverse de la sucette. Les médecins peuvent-ils donner un avis ? » *Spirale*, 22, 53-64.
- Thomas A., Chess S. (1977). *Temperament and development*. New-York : Bruner/Mazel.

- Tordjman S., Antoine C., Cohen D. J., Gauvain-Piquard A., Carlier M., Roubertoux P., Ferrari P. (1999). « Etude des conduites auto-agressives, de la réactivité à la douleur et de leurs interrelations chez les enfants autistes ». *Encéphale*, XXV, 122-134.
- Trillat E. (1986). *Histoire de l'hystérie*. Paris : Seghers.
- Tustin F. (1972). *Autisme et psychose de l'enfant*. Trad. fr. Paris : Seuil, 1977.
- Tustin F. (1986). *Le trou noir dans la psyché*. Trad. fr. Paris : Seuil, 1989.
- Tustin F. (1990). *Autisme et protection*. Trad. fr. Paris : Seuil, 1992.
- Vallon S. (2001). « La passion et la haine ». In Aïn J. (dir.), *Passions. Aliénation et liberté* (pp. 35-56). Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Van Delft L. (1993). *Littérature et anthropologie. Nature humaine et caractère à l'âge classique*. Paris : PUF.
- Villa F. (2004). « Le caractère dans la théorie freudienne: une "sous-espèce de la sublimation" dans les transpositions pulsionnelles ». In Bouhsira J., Dreyfus S., Fine A. (dir.), *Caractère(s)* (pp. 11-43). Paris: PUF.
- Vuilleumier P. (2005). « La conversion hystérique en images ». *Cerveau & Psycho*, 11, 67-69.
- Wallon H. (1925). *L'enfant turbulent* (rééd. : 1984). Paris : PUF.
- Wallon H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant* (rééd. : 2002). Paris : PUF.
- Winnicott D. W. (1931). « Exemple clinique d'une symptomatologie consécutive à la naissance d'un petit frère ». In *L'enfant, la psyché et le corps* (pp. 143-147). Trad. fr. Paris : Payot, 1999.
- Winnicott D. W. (1935). « La défense maniaque ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 19-36). Trad. fr. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1936). « Contribution à une discussion sur l'énurésie ». In *L'enfant, la psyché et le corps* (pp. 203-209). Trad. fr. Paris : Payot, 1999.
- Winnicott D. W. (1945). « Le développement affectif primaire ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 57-71). Trad. fr. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1951). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 169-186). Trad. fr. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Trad. fr. Paris : Payot, 1969.
- Winnicott D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Trad. fr. Paris : Gallimard, 1975.
- Wundt W. (1874-1880). *Principes de psychologie physiologique*, vol. 2. Trad. fr. Paris : L'Harmattan, 2005.
- Zazzo R. (1979). « L'attachement. Une nouvelle théorie sur les origines de l'affectivité ». In Zazzo R. (dir.) : *L'attachement* (pp. 20-54). Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- Zuckerman M. (1983). *Biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety*. Hillsdale : Lawrence Earlbaum.
- Zuckerman M. (1991). *La III<sup>e</sup> révolution du cerveau : psychobiologie de la personnalité*. Trad. fr. Paris : Payot & Rivages, 2003.