
« De l'étude systématique de l'hystérie à son traitement »

Intervention au séminaire « L'entretien clinique en psychothérapie et en psychanalyse »
Barbara Houbre-Petruzzellis – 2 février et 2 mars 2019

1. Paul Briquet (1796-1881) :

Briquet est nommé médecin-chef du service traitant les hystériques en 1846 à l'hôpital de la Charité après avoir exercé à Cochin. « Le traité clinique et thérapeutique de l'hystérie » paraît en 1859 et s'appuie sur 430 observations ainsi que de nombreuses publications antérieures.

L'un des apports majeurs de Briquet est de déplacer le siège de l'hystérie. En effet, il ne partage pas l'idée de l'antique théorie qui situe l'origine de l'hystérie au niveau de l'utérus. Elle correspond plutôt à une « névrose de l'encéphale » (p.3) « dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions ». C'est inspiré par les travaux des allemands, des anglais et des américains, pour qui l'origine de l'hystérie se situe au niveau de la moelle épinière, que Briquet énonce cette nouvelle approche. Mais pour lui si la moelle épinière est impliquée, c'est uniquement en tant que l'encéphale peut agir sur celle-ci. La moelle épinière reste passive. Le siège est donc bien l'organe cérébral en tant que les phénomènes hystériques donnent lieu à des manifestations passionnelles. L'apport de Briquet réside donc également dans le fait d'y associer les manifestations passionnelles, les émotions : l'hystérie en tant que maladie émotionnelle. L'approche médicale, physiologique est conjointe aux aspects psychologiques. Mais Briquet reste confronté à un problème majeur : l'émotion est ponctuelle (crise d'hystérie) alors que les symptômes somatiques, eux, peuvent perdurer dans le temps.

Le diagnostic de l'hystérie

Il repose sur des critères phénoménologiques précis essentiellement observables. Ainsi Briquet décrit une femme qui éprouve une émotion brusque et vive, suite à : « [...] la constriction de l'épigastre, [la femme] ressent de l'oppression, son cœur bat, quelque chose lui monte à la gorge qui l'étrangle, enfin elle ressent dans les membres un malaise qui les lui fait en quelque sorte tomber ou bien elle éprouve une agitation, un besoin de mouvement, qui lui fait en contracter les muscles. C'est bien là le modèle exact de l'accident hystérique le plus ordinaire, le plus commun, du spasme hystérique. ». Ainsi, une névrose hydrophobique ne peut être tenue pour une hystérie.

Briquet souhaite également apporter une certaine cohérence aux phénomènes hystériques jusque-là considérés comme désordonnés. Même s'ils peuvent sembler bizarres en apparence, ils répondent, selon lui, à des lois.

Les symptômes hystériques correspondent donc à la répétition d'une des passions que peut ressentir tout être humain (passions tristes ou violentes). Mais Briquet y associe l'idée de prédisposition, l'hystérique témoignant d'une susceptibilité spéciale du système nerveux. Par ailleurs, les manifestations hystériques ne sont pas la maladie principale, elles n'en sont qu'une adjonction. Et les crises ne sont pas sans conséquence : la répétition des manifestations finit « par amener des lésions soit dynamiques, soit matérielles, dans les organes à l'aide desquels elles s'opèrent, et ajoutent ainsi une nouvelle série d'accidents qui viennent compléter la scène dont se compose l'hystérie ». (p.4, *Le traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, Tome 1). Briquet fait ainsi de l'hystérie une maladie dynamique (p. 604) présentant une certaine circularité selon le schéma suivant : prédisposition cérébrale > sensibilité nerveuse > circonstance particulière suscitant la souffrance morale > crise convulsive d'hystérie > lésions de l'encéphale > accroissement de la sensibilité nerveuse > nouvelle crise d'hystérie > accroissement des lésions de l'encéphale, etc. Cette circularité permet d'associer la permanence de certains symptômes (hyperesthésie, anesthésies) à la fugacité des manifestations passionnelles telles les crises d'hystérie.

Briquet va donc distinguer causes prédisposantes et causes déterminantes pour en faire une étude statistique et épidémiologique, à la fois auprès des 430 patients qu'il peut observer dans son service, mais également à partir de cas relevés dans la littérature. Il n'est toutefois pas convaincu par cette discrimination, « la cause prédisposante pouvant très bien, par sa durée devenir cause déterminante et provoquer directement l'hystérie, sans l'intervention d'aucune circonstance nouvelle capable de jouer le rôle de cause déterminante. » (p. 17). La cause déterminante n'est donc pas systématiquement observée par Briquet dans l'émergence de la maladie.

Par ailleurs, il réduit la diversité des symptômes hystériques à un petit nombre : une sensibilité extrême du système nerveux, des hyperesthésies diverses, des anesthésies de la peau des muscles ou des sens, des spasmes ou des convulsions. Les théories de la « répétition » et de la « susceptibilité nerveuse » font de l'hystérie une maladie qui peut être distinguée à la fois quantitativement et qualitativement.

Les causes prédisposantes

Il pointe comme causes prédisposantes : le sexe, l'âge, l'état de santé des parents, la constitution physique et la disposition morale, les climats, la position sociale, le lieu de l'éducation, le mode d'éducation, l'alimentation, les professions, les passions, la continence¹, l'état de la menstruation, les maladies antécédentes et l'état de santé avant le moment où les causes déterminantes ont commencé à agir. Concernant le sexe, l'hystérie concerne tant l'homme que la femme, même si celle-ci est plus présente chez les femmes (« les femmes sont 20 fois plus exposées que les hommes à devenir hystériques » p. 36). Il l'impute à son système nerveux en particulier. Évoque surtout la sensibilité nerveuse des femmes du fait de leur rôle et place dans la société : élever les enfants et soigner la vieillesse. C'est dans ce mode de sensibilité que se trouve l'origine de l'hystérie. Ainsi, Briquet souligne l'importance du lien à l'autre dans l'hystérie, bien en amont de la psychanalyse.

Pour l'auteur les assertions d'Hippocrate et Gallien concernant l'âge sont fausses. En effet, l'hystérie est commune à un âge où les besoins utérins reçoivent satisfaction. En outre, l'hystérie est déjà présente dans l'enfance et n'a donc aucun rapport avec la maturité des organes génitaux. C'est plutôt le mode d'être du système nerveux qui permet d'expliquer le développement de l'hystérie. En effet, le décroissement, entre 25 et 40 ans, des manifestations hystériques est en opposition avec l'état d'activité des organes génitaux qui est encore forte, alors que Briquet observe une diminution de la prépondérance des actions de l'encéphale (sensibilité nerveuse et morale).

L'hystérie est héréditaire : 25% des hystériques ont des parents atteints de maladies nerveuses ou d'affections de l'encéphale (épilepsie, aliénation mentale, somnambulisme, DT, etc). Et la moitié des mères hystériques donne naissance à des enfants hystériques.

« Marie Maret a eu son père et un de ses oncles atteints d'aliénation mentale ; une de ses sœurs est prise de chorée². Elle était forte et de belle santé, lorsqu'elle fut prise à sept ans, et sans cause appréciable, d'une attaque ayant tous les caractères de l'attaque hystérique complète. A la suite de cet accident, il y a eu une sorte de paralysie avec anesthésie générale, qui s'est prolongée en s'accompagnant de phénomènes hystériques, jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle elle a diminué notablement, sans cependant jamais cesser complètement. A l'âge de 36 ans, à l'occasion de soucis, d'inquiétudes sérieuses et de fatigues, les attaques hystériques sont revenues, et se sont accompagnées de troubles généraux de l'hystérie. » (p. 65, 25^{ème} observation, « Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie »)

¹ Continence : état d'une personne qui s'abstient de tout plaisir charnel

² Chorée : maladie caractérisée par des mouvements involontaires de grande amplitude (danse de Saint-Guy)

L'influence de la constitution physique est jugée d'après l'apparence physique (taille, embonpoint, coloration de la peau, couleur des yeux, etc.). Briquet observe qu'il n'y a pas de prédisposition physique caractéristique. L'étude morale porte sur la disposition du caractère (calme, triste, vif, insouciant, doux, emporté, violent, etc.). Seule la sensiblerie est relevée. Les capacités intellectuelles n'influencent nullement l'apparition de la maladie. Par ailleurs, l'hystérie est présente dans toutes les couches sociales de la société : chez les riches comme chez les pauvres et elle est aussi fréquente à la ville qu'à la campagne. Une éducation trop dure conduit plus à l'hystérie qu'une éducation trop douce. Les professions n'ont une influence que si elles multiplient les occasions d'impressions pénibles sur le système nerveux. Enfin, les maladies des organes génitaux ne prédisposent pas plus que celles des autres organes.

Les causes déterminantes

Les modifications susceptibles d'influencer la production de l'hystérie sont celles qui agissent sur les organes encéphaliques. Elles renvoient pour la plupart à des événements plus ou moins difficiles que peuvent rencontrer les patients et qui infligent des souffrances morales. Après Briquet certains de ces événements seront qualifiés de « traumatiques ». Briquet les classe par ordre de fréquence : les chagrins de ménage ou de famille ; la suppression brusque des menstrues ; la frayeur (provoqué par un accident, la vue d'un suicide, d'un combat, l'attaque d'un chien, un incendie, etc.) ; les contrariétés plus ou moins vives et plus ou moins prolongées (provoquées par la belle-mère, grossesse illicite, etc.) ; les émotions morales vives (provoquées par les mauvaises nouvelles, surprises, contestations vives, etc.) ; l'affaiblissement produit par des maladies graves et longues ; l'ennui d'avoir quitté le pays natal et la famille ; les peines de cœurs ; les revers de fortune, perte d'argent ; la fatigue extrême ou travail excessif ; la vue des personnes qui ont une attaque d'hystérie. Ce dernier aspect souligne les effets de mimétisme, d'imitation propres à l'hystérie communément repérés par les auteurs de l'époque.

Briquet conclue : « Toutes les causes déterminantes vont donc agir soit directement, soit indirectement sur la portion de l'encéphale qui est réservée aux sensations affectives, et sur laquelle se porte tout ce qui détermine les passions » (p. 192, Tome 1). Les passions concernées sont plus spécifiquement les passions tristes : « Jamais dans l'hystérie, on n'éprouve ce sentiment de bien-être, d'expansion, de jeu libre des fonctions, auxquels donnent lieu les impressions agréables ; c'est toujours au contraire, ce sentiment de malaise, de souffrance, d'oppression, de resserrement que font naître les impressions désagréables ». Briquet repère ici les caractéristiques morales de l'hystérie dont on peut supposer qu'elles résultent des entretiens

menés avec les patients. Briquet étend donc sa compréhension de l'hystérie au-delà des phénomènes observables (crises convulsives) ou somatiques.

Du fait que l'encéphale soit durablement le centre de ces sensations pénibles, les réactions qui en naissent perdent alors leur régularité : « L'encéphale n'étant plus capable de les diriger, elle se feront, en quelque sorte, automatiquement et à l'insu de la conscience » (p. 193). Briquet sollicite ici un concept étudié par les grecs et repris par différents philosophes du XVIIème et XVIIIème siècle tels que Descartes, Leibniz, Kant ou encore Spinoza (d'où la référence aux passions tristes) fascinés par les automates et les machines : l'automatisme.

L'affection morale

Briquet cite en exemple un patient en proie à un chagrin prolongé. Ce dernier ressent alors une constriction de la région épigastrique avec différentes manifestations (troubles de l'estomac, spasmes, crampes d'estomac, etc.). Si l'encéphale est naturellement impressionnable, le patient ressent alors céphalalgie et pesanteur de tête. Si la nature du patient est de revenir toujours sur les mêmes pensées, les idées tristes vont provoquer des hallucinations, perte de mémoire et de la folie triste ou gaie. De telles manifestations affectent la circulation cérébrale, d'où vont découler les vertiges et congestions cérébrales. Si les pensées du patient se répercutent sur les membres, les muscles seront pris d'endolorissement, de courbature, d'agitation, tremblement qui peuvent aller jusqu'aux convulsions, aux paralysies et anesthésies. Briquet, fin clinicien, repère donc très tôt la rumination et l'effet des pensées sur les manifestations du corps et la production des hallucinations hystériques.

Prophylaxie

L'ensemble de la prophylaxie vise à diminuer la sensibilité nerveuse. Il s'agit d'indications propres à l'hygiène de vie de la personne pouvant affecter tant la santé morale (et donc nerveuse) que la santé physiologique. En amont de la naissance, l'hystérie pouvant se transmettre, un certain nombre de recommandations sont énoncées à la future mère : se retirer à la campagne, y faire un exercice régulier et modéré, occuper son esprit à des choses sérieuses, éviter les passions et émotions trop vives. La jeune mère ne doit pas allaiter son enfant (les éléments nutritifs étant de mauvaises qualités, ils pourraient augmenter la susceptibilité nerveuse de l'enfant). Il est donc préférable de confier l'enfant à une nourrice au caractère calme, de donner une éducation sobre et d'éviter le recours au tutoiement entre parents et enfants. Il faut également introduire l'usage du vin rouge et de la bière aussitôt que possible, prêter attention à l'hygiène du moral, aux lectures (ne doivent pas éveiller des sentiments trop affectueux). La

mère devra inspirer du mépris pour la sensiblerie. A la puberté, il faudra éviter les excès de la toilette, les bals, les spectacles, prévenir les conversations intimes entre amies, éviter les lectures trop sentimentales. Briquet conseille également l'étude de la musique (contrairement à J.-J. Rousseau). Toutes ces recommandations inspirent donc une certaine tempérance morale. La constitution physique, quant à elle, sera essentiellement modifiée par l'alimentation. A titre d'exemple, Briquet conseille des aliments nourrissants et peu excitants (bœuf, mouton, gigot, veau, faisans, saumon, truite, brochet, etc.). Les féculents sont plus recommandés que les fruits et les légumes. Le vin de Bordeaux ou à défaut de la bière peuvent être prescrits. La nutrition vise surtout à augmenter les parties de l'encéphale qui renvoient à la locomotion en même qu'elles diminuent celles qui concernent les sensations. Il est donc conseillé également de faire de la gymnastique de façon modérée, des travaux de jardinage ou des promenades. Les recommandations diverses concernant l'alimentation ou des activités de loisirs n'ont rien perdu de leur actualité.

Traitement

Le traitement est à adjoindre à la prophylaxie en cas d'apparition des symptômes. Briquet traite aussi bien les causes prédisposantes que les causes déterminantes. Il nous prévient : la cause déterminante se doit d'être supprimée sinon les efforts seront vains. Ainsi, les femmes malheureuses en ménage guérissent dès que le mari s'éloigne. Si un enfant est pris de jalousie à l'égard de ses frères et sœurs, il guérit dès que de l'attention lui est accordée. Le médecin doit donc impérativement s'enquérir des causes morales qui ont engendrée l'hystérie afin d'apaiser les émotions. Il préconise également la réparation de deux fonctions physiologiques : la digestion (par le biais du choix des aliments) et les menstrues (par la prise d'infusion, de décoctions, la réalisation de bains froids du siège, et si nécessaire, en faisant appel à un courant électrique par induction au travers des organes du bassin). Enfin, Briquet y associe le traitement médicinal par le recours aux excitants, anti-inflammatoires, antispasmodiques, stupéfiants et révulsifs.

Contrairement à ses confrères, Briquet considère que l'hystérie est très difficile à guérir. Pour lui il s'agit de modifier toute une économie (maladie dynamique), notamment en calmant la partie de l'encéphale atteinte.

Indications concernant le traitement médicinal reçu par les patients

« Fer réduit 20 centigrammes, extrait de noix vomique (7 centigrammes), sinapismes sur l'épigastre (traitement révulsif par application d'un cataplasme- farine + moutarde, afin de dégager les bronches), deux portions d'aliments. ». Ou encore : « Limonade vineuse, vin de

bordeaux (200 grammes), Fer réduit (20 centigrammes), extrait de noix vomique (45 centigrammes), deux portions d'aliments. » Le traitement est ajusté en fonction des effets observés. Des échanges avec les patients sont nécessaires pour connaître la fréquence des crises, leur survenue, le repérage d'un éventuel élément déclencheur, accompagné d'une auscultation poussée du corps.

L'ouvrage de Briquet a été largement diffusé en son temps. Ses idées ont influencé toute une génération de médecins. En arrachant l'hystérie à la femme, celle-ci a pu être considérée comme non sexuellement déterminée, le cerveau étant un organe propre à l'homme comme à la femme, tout comme les passions peuvent être vécues par l'un et l'autre. Ce dépassement a rendu Briquet attentif aux sources exogènes pouvant susciter des émotions, telles les causes déterminantes. Il repère judicieusement l'effet des incidents de toutes sortes (affectifs, déceptions, confrontation à la mort, etc.) mais indique également combien l'hystérie est une maladie du lien en notant chez les patients hystériques la préoccupation pour l'autre. On peut toutefois regretter que le diagnostic de l'hystérie repose en grande partie sur des critères observables (l'attaque d'hystérie convulsive). Nombre de médecins d'ailleurs, après Briquet, s'arrêteront aux aspects phénoménologiques, accordant une attention mineure aux caractéristiques endopsychiques, psychologiques des patients hystériques. Nous pouvons même nous demander à quelle point cette représentation n'a pas perduré dans le temps, éclipsant du même coup l'actualité de cette névrose. Briquet cependant ne s'y arrête pas, en notant l'affliction morale de ses patients et les effets de la pensée sur l'apparition des symptômes. A cet égard, Briquet laisse entrevoir ses qualités de clinicien et fait preuve d'une grande modernité. Enfin, son évocation de l'automatisme apporte une vision mécaniste mais dynamique de l'hystérie où la manifestation des passions est interdépendante du fonctionnement cérébral. L'évocation de l'automatisme dans le cadre de l'hystérie a d'ailleurs peut être inspirée Janet.

2. Pierre Janet (1859-1947)

Janet compte parmi les auteurs qui ont apporté une contribution majeure à l'étude de l'hystérie. Sa triple formation en philosophie, en lettres et en médecine lui permet d'élaborer une théorie aboutie rendant compte de la complexité des phénomènes cliniques. Lors de ses études en philosophie, c'est la psychologie, discipline naissante qui l'intéressera. Il soutient sa thèse « L'automatisme psychologique » en 1880 (publiée en 1886) et devient professeur de philosophie au Havre dès 1883. Son intérêt pour les études scientifiques lui est inspiré par son

oncle, Paul Janet, qui crée au collège de France la chaire de psychologie expérimentale. C'est d'ailleurs sur son incitation qu'il s'inscrit à l'école de médecine de Paris (à l'âge de 30 ans, en 1889). Paul Janet, lui-même philosophe, a formé Bergson et publie sur l'automatisme, la mémoire, les liens entre pensée et cerveau mais également le somnambulisme et l'hypnotisme³. Ainsi, l'oncle de Pierre Janet connaît les travaux sur l'automate et les automatismes de l'esprit. L'automatisme renvoie alors en philosophie à des mouvements dont la cause est intérieure à l'être et qui présente une régularité. L'automatisme concerne aussi bien les mouvements moteurs que le langage. L'explication de l'automatisme est alors majoritairement physiologique, ce qui pousse Paul Janet à s'intéresser également à la neurologie. C'est d'ailleurs sur ses recommandations que Pierre Janet va étudier la médecine. Ce dernier reconnaît qu'en 1882⁴ il n'avait alors aucune notion des enseignements de Charcot à la Salpêtrière ou de Bernheim à Nancy. Charcot et Janet font connaissance en 1885 au Havre où Charcot se rend pour rencontrer Léonie (alors patiente de Pierre Janet). Charcot accueille Janet en tant qu'étudiant en médecine dans son service en 1890. Il lui propose d'y créer un laboratoire de psychologie. Charcot perçoit la psychologie d'une façon très personnelle en la définissant comme « la physiologie rationnelle de l'écorce cérébrale » (Leçon du 17 janvier 1888). Il espère que cette discipline permettra d'éclairer la compréhension de l'hystérie. En 1893 sous la présidence de Charcot, Janet soutient sa thèse de médecine « Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques ». Pierre Janet ne quittera la Salpêtrière qu'en 1910 à la demande de Déjerine, qui souhaite rompre avec l'époque de Charcot et les controverses sur « le dressage » des patients hystériques afin de provoquer une névrose artificielle.

Pierre Janet s'intéresse donc aux productions des philosophes mais également à celles des aliénistes et des neurologues. Sa formation en philosophie lui offre une capacité de synthèse des différents courants, sans jamais complètement adhérer aux thèses des uns ou des autres. Ainsi, Pierre Janet critique Bernheim pour qui seule la suggestion permet d'expliquer l'efficacité thérapeutique de l'hypnose. Mais il critique également Charcot qui provoquait des hystéries « de culture ». Charcot était alors fidèle au principe de Claude Bernard : reproduire artificiellement le symptôme afin de comprendre les lois qui régissent le symptôme naturel. On peut toutefois souligner que lors de ses thèses de philosophie et de médecine Janet procédera également par expérimentation.

³ Puig-Verges, N. & Schweitzer, M. G. (2008). De l'automatisme physiologique à l'automatisme psychopathologique chez Pierre Janet. Continuités et ruptures depuis la référence à Paul Janet jusqu'aux reformulations des neurosciences. *Annales médico-psychologiques*, 166, 206-212.

⁴ Janet, P. (1946). Auto-biographie psychologique. *Les études philosophiques*, 1(2), 81-87.

Les apports de Janet ont le mérite d'articuler l'explication psychologique (psychodynamique) et la thérapie. Pour parvenir à cela, il va longtemps privilégier l'étude de cas, méthode encouragée par son oncle.

2.1. Thèse de philosophie : L'Automatisme psychologique

Alors qu'il débute sa thèse de philosophie, Pierre Janet souhaite réaliser des travaux sur l'hallucination et il demande au médecin Gibert de lui adresser des patients hallucinés. Gibert n'est pas en mesure de lui en recommander mais il indique à Janet qu'il existe des faits psychologiques bien plus remarquables. C'est ainsi que Pierre Janet s'initie « aux merveilles du somnambulisme magnétique » (p.82⁵). Il s'exerce sur Léonie et auprès d'elle, observe la provocation du sommeil à distance. Ces premières recherches sur le magnétisme animal l'orientent donc vers l'étude des pratiques hypnotiques qui sont alors très courantes. Pour cela il recueille des observations cliniques dans les hôpitaux du Havre où il travaille bénévolement.

Dans l'ouvrage « Cerveau et pensée » (1867), Paul Janet y énonce l'hypothèse d'un automatisme psychologique, de nature morale, et rompt avec un arrière-plan organique, physiologique⁶. Son neveu poursuivra cette idée. Au moment où il écrit sa thèse, la notion d'automatisme chez les philosophes s'oppose alors à l'acte libre (Bergson) et aux facultés supérieures. En effet, la régularité du mouvement exclut la possibilité du libre arbitre. Mais c'est justement ce point que Pierre Janet va discuter en rejetant les thèses mécanicistes qui supprime l'état de conscience. Ce sera l'un de ses principaux apports.

Janet va distinguer deux types d'automatisme : (1) l'automatisme complet ou total, qui occupe toute la pensée consciente, et (2) l'automatisme partiel qui régit un petit groupe de phénomènes qui semblent échapper à la conscience. Pour comprendre les mécanismes en jeu, il va réaliser un ensemble d'expérimentation auprès de patientes hystériques placées en état de sommeil hypnotique.

L'automatisme total ou complet

⁵ P. Janet (1946). Auto-biographie psychologique. Les études philosophiques, 1(2), p. 81-87.

⁶ « Si je viens à ressentir une grande douleur morale dans le moment où je suis occupé d'un travail intellectuel, je deviens incapable de le continuer, et si je veux m'y forcer je ne me sens mes idées ni si vives ni si faciles, ni si suivies qu'auparavant. Une passion exclusive rend les actes raisonnables plus pénibles à accomplir. C'est là un rapport psychologique et non organique. Supposez que ce trouble superficiel devienne plus profond, que mon libre arbitre soit suspendu, que mes idées affranchies de leur discipline habituelle, se produisent fatalement, suivant une sorte d'automatisme : me voilà sur le chemin de la folie. Que ce délire momentané devienne chronique, c'est la folie même. Or de cette génération de faits, où est la nécessité d'une altération organique ? Chacun sort de l'autre par la puissance de l'âme et en vertu des lois d'association ou de répulsion qui président au développement des phénomènes moraux » (p.81 Paul Janet (1867) Le cerveau et la pensée, Paris : Germer Baillière)

Il s'agit d'une activité automatique qui occupe entièrement l'esprit de la personne. Autrement dit, la personne réalise une action, de façon automatique, sur suggestion de l'hypnotiseur avec la parfaite conscience de l'action à l'état de veille ou lors du sommeil hypnotique (« Je sens que j'ai un bras en l'air » « Je sens que mon bras remue », etc.). La conscience est donc toujours présente. Mais dans l'état de somnambulisme (ou sommeil hypnotique) Janet observe un point important : à l'état de veille le sujet ne se souvient pas de ce qui s'est passé durant le somnambulisme. Il cite Braid à ce propos qui caractérise également le somnambulisme par l'oubli au réveil et l'appelle « un dédoublement de la conscience » (pages 73 et 74⁷). Les auteurs de l'époque pratiquant l'hypnose rejoignent donc le constat effectué plus tôt par Mesmer concernant la division de la conscience.

Les phénomènes induits par suggestion dans l'automatisme complet :

1. Les phénomènes d'apparence cataleptique (maintien d'un bras levé durant le somnambulisme ou à l'état de veille, mimétisme, etc.) ; 2. Les actes et hallucinations déterminées par la parole ; 3. Les actes ou hallucinations avec point de repère (« quand je frapperai dans mes mains, tu te lèveras et tu feras le tour de la chambre » p. 151) ; 4. Les actes et hallucinations complexes ou à développement automatique (une idée initiale impulse une longue suite d'actes ou hallucinations) ; 5. Les hallucinations générales ou modifications de toute la personnalité par suggestion (ainsi Léonie, qui joue la petite fille de 10 ans qu'elle était, mimant les situations, échangeant avec des personnes oubliées, appelant sa poupée, etc.). Janet note dans ces situations que la personne joue des détails qu'elle croyait avoir oublié et ne pouvait raconter.

Janet cherche à identifier les caractéristiques des personnes hypnotisables. Il suggère que les individus suggestibles présentent un rétrécissement du champ de la conscience. Ainsi, la personne à laquelle Janet suggère de faire de tour de la pièce s'exécutera mais sans percevoir les commentaires ou rires sur son passage. A l'opposé, le chef d'orchestre, qui entend simultanément tous les instruments, voit les acteurs jouer sur la scène et lit la partition de l'opéra, présente un champ de conscience très élargi. Au contraire, les personnes suggestibles ne perçoivent qu'une seule image à la fois. C'est ce trait spécifique qui joue sur la diminution de leur volonté. Il constate également que plus les sujets réalisent de synthèse, moins ils sont suggestibles. Plus ils sont attentifs à la réalité qui les entoure, moins ils répondent aux suggestions. Janet associe ici le retrait de la réalité et la suggestibilité. Il situe donc l'automatisme

⁷ P. Janet (1889). L'automatisme psychologique : essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris : Félix Alcan.

au fondement de la suggestion. Ainsi plus le champ de la conscience s'élargit et plus la pensée fait des combinaisons nouvelles (ce que nous pourrions appeler des associations), plus l'automatisme est réduit, moins le sujet est suggestible.

Il conclut en supposant que la suggestion n'a en elle-même pas de pouvoir qui lui soit propre. En cela, il s'oppose aux conceptions de Bernheim. Ce ne sont que des perceptions déposées dans un esprit avec des caractéristiques spécifiques. Alors toutes les idées, suggérées ou non, déterminent la conduite.

L'automatisme partiel

L'automatisme semble parfois ne régir qu'une partie des phénomènes qui sont isolés de la conscience de la personne. L'automatisme partiel ne se réfère donc qu'à des phénomènes qui sont ignorés par le sujet lui-même et qui sont en apparence inconscients. Les actes inconscients renvoient à une « action ayant tous les caractères d'un fait psychologique sauf un, c'est qu'elle est toujours ignorée par la personne qui l'exécute au moment même où elle l'exécute » (p. 225). Ce n'est donc pas un acte oublié car c'est un acte dont la personne n'a jamais eu conscience. La notion d'actes inconscients (au sens « non-conscients ») était déjà une idée répandue auprès des philosophes.

La notion d'inconscient dans sa valence négative

Leibniz (1646-1716) est l'un des premiers à évoquer la notion d'inconscient. C'est une conscience atténuée. Il nomme « les petites perceptions inconscientes » en tant que « changements dans l'âme dont nous ne nous apercevons pas » (*Nouveaux essais sur l'entendement humain*). Il s'agit de perceptions tellement petites qu'elles en deviennent inconscientes. Il a recours à l'exemple suivant: « Lorsque j'entends le bruit de la mer, j'entends confusément le bruit de chaque vague et goutte d'eau qui sont des différentielles inconscientes dont la perception claire du bruit de la mer serait l'intégrale ».

Kant (1724-1804) reprend la notion de Leibniz pour l'étendre à l'action (pas seulement la perception). Il cite ainsi l'exemple du pianiste qui discute avec son ami. Concentré sur la conversation, la pianiste joue par automatisme, de façon inconsciente. Condillac (1714-1780) va également noter que lorsque nous nous concentrons sur un aspect de notre environnement, le reste devient inconscient.

Bergson (1859-1941) poursuit cette même approche négative en liant conscience et concentration. Ainsi, pour Bergson la conscience se retire des tâches automatiques. La

conscience ne se maintient que pour les tâches qui exigent un choix. Ainsi les tâches automatiques sont inconscientes. Mais Bergson en donne aussi une approche plus positive en assimilant l'inconscient à la mémoire. En effet, nos souvenirs sont inconscients à moins que nous les sollicitons.

Ainsi, pendant que Léonie discute, Janet place dans sa main anesthésique un stylo sans qu'elle s'en aperçoive. Puis Janet lui pose des questions à voix basse mais sans que Léonie paraisse l'entendre et la main répond en écrivant. « Quel âge avez-vous ? Dans quelle ville sommes-nous ici... ? », des questions arithmétiques, etc. La main répond, sous forme d'écriture automatique. C'est un peu comme si le champ de la conscience était scindé en deux parties : l'une reste consciente, l'autre semble être ignoré par le sujet. Mais à nouveau Janet ne partage pas l'idée que l'acte ne puisse être accompagné d'aucune conscience. L'acte suggéré s'exécute mais à l'insu du sujet : ce sont alors des actes subconscients. Le subconscient est pour Janet une seconde conscience. Des images ou perceptions peuvent donc exister en dehors de la conscience des sujets. Il s'agit d'une seconde personnalité qui se révèle au-dessous de la conscience normale. Pour Janet, cette personnalité n'est ni plus ni moins que « le personnage du somnambulisme qui se manifeste également pendant l'état de veille ». Mais les deux personnalités ne s'excluent pas, il ne s'agit pas d'un dédoublement parfait (1888⁸). Janet précise : « [...] le rapport entre les deux personnalités n'est pas un rapport réciproque ». Si la personnalité éveillée disparaît durant la vie somnambulique, le personnage somnambulique continue d'exister pendant l'état de veille.

Exécution subconsciente de suggestions post-hypnotiques :

« Il s'agit de Lucie, cette jeune femme de 19 ans, qui avait tous les jours de grandes crises d'hystéro-épilepsie et que j'avais endormie pour la première fois au milieu d'une attaque. Après avoir étudié sur elle les suggestions ordinaires pendant l'état hypnotique qui réussissaient d'une manière remarquable, je lui donnai des ordres à accomplir après le réveil et je fus frappé de la manière singulière dont elle les exécutait. Elle avait à ce moment, l'apparence la plus naturelle, parlait et agissait en se rendant bien compte de tous les actes qu'elle faisait spontanément ; mais au travers de tous ces actes naturels, elle accomplissait comme par distraction, les actes commandés dans le sommeil. Non seulement, comme la plupart des sujets elle les oubliait après les avoir accomplis, mais elle ne paraissait pas les connaître au moment même où elle les

⁸ P. Janet (1888). Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. Revue philosophique de la France et de l'Étranger, 25, 238-279.

exécutait. Je lui dis de lever les deux bras en l'air après son réveil : à peine est-elle dans l'état normal qu'elle lève les deux bras au-dessus de sa tête, mais elle ne s'en inquiète pas ; elle va, vient, cause, tout en maintenant ses deux bras en l'air. Si on lui demande ce que font ses bras, elle s'étonne d'une pareille question et dit très sincèrement : « Elles ne font rien du tous mes mains, elles sont comme les vôtres. ». (p. 255)⁹

Janet croit peu à la physiologie lors de l'écriture de sa thèse. Il ne pense pas que celle-ci puisse être à même d'expliquer les phénomènes curieux qu'il observe. Il souhaite donc les expliquer d'un point de vue psychologique. D'où la notion d'automatisme psychologique. C'est là l'une des originalités de sa thèse. L'automatisme est psychologique. Il opère donc une coupure au niveau psychologique. Ce n'est plus le corps d'un côté et l'esprit de l'autre, mais plutôt un esprit dédoublé, une conscience dédoublée.

2.2. L'hystérie et son traitement

L'hystérie est pour Janet le terrain le plus favorable à l'automatisme psychologique. Janet note que le recours au somnambulisme permet d'arrêter les crises d'hystérie. « Mes observations sont très nettes sur ce point : trois séances de somnambulisme arrêtaient complètement les crises de Lucie ; Rose n'avait pas de crise quand je l'hypnotisais et les recommençait quand je cessais ; bien mieux, Léonie, après un grand nombre de magnétisations, avait perdu tous les symptômes d'hystérie et ne conservait que le seul somnambulisme. Mais l'hystérie reste encore latente, facile à reconnaître presque toujours à des troubles sensoriels, en tous les cas, prête à se manifester fortement à la première occasion, comme il arriva à Léonie au moment de la ménopause. Une remarque inverse qui ne me paraît pas suffisamment connue est encore de très grande importance : quand l'hystérie guérit sérieusement et non pas seulement en apparence, le somnambulisme et la suggestibilité disparaissent » (p. 446)¹⁰.

Janet rejoint donc l'avis d'autres auteurs de son époque : l'influence du somnambulisme est nulle chez les personnes bien portantes. L'état de maladie mentale, la « misère psychologique », correspond donc à un rétrécissement du champ de la conscience qui est lui-même dû à la faiblesse de synthèse et à la désagrégation du composé mental en phénomènes plus petits.

⁹ P. Janet (1888). Les actes inconscients et la mémoire pendant le somnambulisme. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger*, 25, 238-279.

¹⁰ P. Janet (1886). Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 22, 577-592.

Évoquant le rétablissement d'une patiente¹¹ :

« Il me restait beaucoup d'expérience et d'études à faire sur cette [seconde personnalité] si intéressante et [...] créée pour ainsi dire expérimentalement, quand un incident fort heureux pour la malade vint tout interrompre. Il était tout naturel de faire servir la domination que j'avais acquise sur L. à son propre intérêt et à sa guérison, et peu à peu par des commandements précis, répétés pendant le somnambulisme, j'avais fait disparaître les symptômes les plus graves de l'hystérie, les maux de tête, les convulsions, les points hystérogènes, etc. La maladie diminuait de jour en jour, mais à mon grand étonnement, le sommeil hypnotique diminua en même temps. [...] Peu de jour après, d'ailleurs, le sommeil hypnotique qui avait cessé d'être intéressant disparut entièrement et il me fut impossible d'endormir le sujet par aucun procédé. L. depuis ce jour se porte fort bien et n'a pas eu de crise depuis trois mois ; les expériences psychologiques ont donc été faites ici pour le plus grand bien du sujet lui-même. » (p. 591-592)

Janet va donc être l'un des premiers à démontrer le rôle des croyances suggérées et des auto-suggestions (manifestation spontanée de symptômes) dans l'hystérie. Pour lui cette disposition à la suggestibilité provient d'un affaiblissement préalable des fonctions cérébrales dû à la maladie organique et aux prédispositions héréditaires. Il va réunir la plupart des accidents de la névrose sous l'appellation d'idées fixes étudiées dans son travail de thèse de médecine.

Justine et le Choléra

L'idée fixe de Justine est la crainte du Choléra (1894¹²). L'idée fixe est isolée du reste de la vie consciente du sujet. Il note, lors des crises d'hystérie (durant lesquelles la patiente se contorsionne en hurlant « le Choléra me prend ») que seul un souvenir spécial¹³ occupe la conscience de la patiente et constitue toute son existence psychologique. Lorsque l'idée du Choléra est présente, elle occupe donc tout le champ de conscience. Pour cette patiente, Janet a recours à la suggestion. Mais il reconnaît que l'idée automatique du Choléra est plus puissante que ses suggestions. Les effets se maintiennent quelques jours puis les attaques reviennent.

Il essaie donc un autre procédé : la décomposition de l'idée. Il fait sien l'axiome « diviser pour mieux régner ». Il s'intéresse alors successivement à un seul élément de l'attaque : les

¹¹ P. Janet (1886). Les actes inconscients et le dédoublement de la personnalité pendant le somnambulisme provoqué. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 22, 577-592.

¹² P. Janet (1894). Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 37, 126-168.

¹³ Sa mère était garde malade : elle est frappée à l'âge de 17 ans par la vue de deux cadavres de cholériques

contractures d'abord, puis l'hallucination olfactive (puanteur des cadavres), les hallucinations, etc. Mais certains éléments résistent, telles les hallucinations visuelles. Il les modifie alors par *substitution*. Janet passe plusieurs séances à habiller les cadavres, à les transformer. Il voile ainsi le réel par des signifiants. Progressivement le cadavre se transforme en général Chinois, que Janet fait se lever et marcher. Les attaques de Justine se transforment en cris, mêlés d'éclats de rire. Puis l'idée de Choléra fini par ne plus provoquer d'attaque ni perte de conscience ou de souvenir. Toutefois, il note que si Justine est devenue beaucoup plus calme qu'auparavant, elle est en réalité beaucoup plus malheureuse. En effet, l'idée obsède continuellement la patiente et elle s'en plaint. Justine est passée de l'hystérie à la psychasthénie (conscience douloureuse et plaintive de ses symptômes).

Janet s'interroge : de quoi a peur encore Justine si les cadavres, les odeurs, etc. ont disparu ? Sa réponse est sans équivoque : c'est le mot (p. 131). Il note, à nouveau, le sentiment de dédoublement de personnalité dans ce mot qui revient sans cesse à l'esprit de Justine : « C'est ma tête qui dit le mot Choléra, ce n'est pas moi. ». Janet transforme alors par suggestion le mot cho-lé-ra pour en faire le nom propre du général. Il fait écrire le mot en écriture automatique qui commence par -cho- pour le terminer par -colat-. Janet réalise un authentique travail sur le signifiant ! Il note que Justine fini par s'embrouiller : « Quel est donc ce mot qui me tourmentait, dit-elle, je le cherche depuis 8 jours, il se sépare, je ne peux plus le rassembler, c'est co... coton, non, c'est Choléra, c'est un mot étranger, que signifie t-il ? ».

L'idée fixe a donc disparu. Mais Janet ne proclame pas la guérison. En effet, plus l'idée fixe du choléra disparaît plus il voit surgir des idées fixes secondaires de différents types (1) les idées fixes par association (qui dérivent de l'idée principale) ; (2) les idées fixes stratifiées (surgissement d'une nouvelle idée fixe sans rapport avec la première) ; (3) les idées fixes accidentelles (par suggestion). Janet souligne donc la limite de la suggestion qui peut être utile dans certains cas et s'avérer dangereuse dans d'autres. Il explique d'ailleurs que l'élimination des idées peut perdurer longtemps sans jamais trouver de point d'arrêt.

Il préconise alors la méthode éducative par le travail, non en tant que distraction mais en tant que « gymnastique qui accroît par l'exercice la puissance de synthèse mentale, seule capable de s'opposer efficacement à la suggestibilité et aux idées fixes » (p. 153, 1894). Les travaux demandant concentration et attention sont les plus à même d'atteindre cet objectif, avec une graduation progressive dans le temps et en intensité. Il note à nouveau une limite : l'adhésion du patient à la réalisation de ces exercices. Concernant le cas de Justine, après de nombreux résultats infructueux Janet a une très belle surprise quand il se met à lui faire faire des exercices musicaux, car alors elle se passionne pour la musique et se met à étudier du piano. Justine fait

de grands progrès. Trois semaines peuvent s'écouler sans qu'aucun n'accident ne surgisse, jusqu'à l'apparition des menstrues. Il note également l'amélioration de sa mémoire, la diminution des anesthésies, l'amélioration de sa digestion, la diminution de son obésité alors qu'elle mange plus qu'auparavant, repousse des cheveux, etc. Il conclue : « Aujourd'hui nous avons pu lui imposer grâce au travail cérébral, une hygiène correcte et une vie tout à fait calme. » (p. 155)¹⁴. Janet s'interroge sur l'origine des symptômes. La vue seule des cadavres, ne peut, selon lui, tout expliquer. Il cite comme autre cause : (1) la maladie organique (telles les maladies infectieuses) qui altère le système nerveux et le cerveau mais surtout (2) une prédisposition générale du cerveau par transmission filiale (dégénérescence mentale héréditaire) qu'il conclue par l'étude des ascendants et descendants de Justine.

En 1919, Janet a toujours recours à l'hypnose et la suggestion. « Le traitement par la suggestion est évidemment comme la moralisation un traitement psychologique, mais un traitement psychologique plus avancé. Il ne s'agit pas d'un appel involontaire et inconscient aux pouvoirs de la pensée comme dans la Christian Science ; il s'agit d'une utilisation parfaitement consciente et voulue des lois psychologiques. » (1919, *L'utilisation de l'automatisme*).

2.3. Les hallucinations

A l'âge de la maturité, Janet revient à ses premières amours et publie plusieurs articles sur l'hallucination en comparant notamment les hallucinations des somnambuliques¹⁵ (hystériques) et des persécutés (psychotiques). Il souhaite montrer que l'hallucination est un trouble qui va au-delà de la perception comme les illusions et qui s'étend sur la mémoire et la croyance¹⁶.

L'hallucination onirique

La proximité entre les hallucinations des somnambuliques et celles qui semblent remplir les rêves conduit Janet à les appeler « hallucination oniriques ». Un même rapprochement est effectué par Freud dans « Les études sur l'hystérie » (1895), en évoquant les délires oniriques des hystériques. Lors des hallucinations hystériques, note Janet, tous les autres objets perceptifs

¹⁴ P. Janet (1894). Histoire d'une idée fixe. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger*, 37, 126-168

¹⁵ Hallucinations des somnambuliques : celles qui surviennent lors des crises somnambuliques – Irène présente une amnésie du décès de sa mère et rejoue lors des crises les actes qui se sont déroulés la nuit où sa mère est partie – « En répétant ces actes elle paraissait voir sa mère agonisante, voir le cadavre, le sang dans la bouche, les jambes relavées, etc. »

¹⁶ Janet, P. (1932). Les croyances et les hallucinations. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 113, 279-331.

de la réalité sont supprimés. Seule l'hallucination compte. La réalité est oblitérée. L'hypnotiseur, la pièce où se trouve le patient, les objets qui l'entourent « disparaissent ». Le patient se retire dans la scène hallucinée. La scène est également la répétition d'un événement antérieur qui a été vécu autrefois. L'amnésie de l'événement et la réminiscence lors des crises d'hystérie sont liées. Lorsque l'amnésie décline il en va de même pour les crises. C'est « l'attitude de l'hallucination à la place de l'attitude de la mémoire ». L'acte plutôt que le souvenir, comme le formulera également Freud. Janet, fin clinicien, observe également une modification du souvenir. L'acte n'est jamais la répétition fidèle de la perception première. La réminiscence lors des crises est modifiée. En outre, la réminiscence raconte une histoire, elle est narrative. Elle est émaillée d'idées fixes à propos d'un événement qui est transformé d'une manière particulière. Ainsi, les activités psychologiques supérieures n'interviennent pas dans les hallucinations oniriques. Janet objecte à Esquirol le fait que l'hallucination est une perception sans objet puisque l'hallucination onirique ou l'hallucination-réminiscence imite la perception. Avant d'être un trouble de la perception, il s'agit d'un problème plus complexe qui, au moment « de l'événement initial qui n'a pas permis la construction du récit suivant les lois de la mémoire, qui a laissé la situation sans terminaison, sans liquidation et qui détermine le besoin de la recommencer perpétuellement d'une manière aussi imparfaite » (p. 290). Les hallucinations révèlent donc pour Janet un trouble de la mémoire.

L'hallucination du persécuté

Dans les hallucinations-délires, Janet constate qu'il n'y a pas de suppression des objets de l'environnement comme dans l'hallucination-onirique. Autrement dit, lors de l'hallucination, le persécuté a accès à la réalité. Le champ de la conscience est élargi puisque l'hallucination s'insère dans la perception de la réalité (« Les voix viennent de ces arbres », « Le diable est assis sur cette chaise »). Un dilemme se pose alors : Janet doit-il considérer ces hallucinations comme des perceptions ou comme un trouble de la perception (du type illusion perceptive) ? S'il s'agit d'illusions perceptives il est face à une contradiction : les illusions perceptives ne s'accompagnent d'aucune certitude contrairement à celle soutenue par les patients persécutés. Janet constate également que ces hallucinations ne renvoient à aucune scène vécue, par opposition aux hallucinations-oniriques. Pour lui une perception doit répondre à deux impératifs pour être qualifiée comme telle : être extérieure et correspondre à une certitude sociale¹⁷. Mais les hallucinations des patients persécutés ne répondent pas à ces qualificatifs.

¹⁷ Mais avec un tel critère nous pouvons nous demander comment Janet aborderait les hallucinations collectives.

L'extériorité de la perception n'est pas toujours présente (certains entendent des voix qui proviennent de leur corps : estomac, poitrine, cœur, etc.) et même si les patients sont certains de ce qu'ils entendent, la certitude n'est pas partagée socialement.

Dès lors, Janet aborde l'hallucination comme un trouble qui n'a rien de commun avec une perception véritable. Il ne peut pas s'agir non plus d'une illusion perceptive même si les patients vivent l'hallucination comme une perception extérieure. Janet met en doute les déclarations et paroles des patients¹⁸ : si le persécuté affirme qu'il entend une voix humaine énoncer des mots (« Vache, cochon, putain »), en fait il devrait plutôt déclarer qu'il pense sans arrêt à ces mots. Il n'y a donc pas authentiquement d'illusion perceptive. L'hallucination relève plutôt de la *croissance* qui signe sa distance avec la perception de la réalité. Si les auteurs de l'époque pensent le contraire c'est parce qu'ils vivent sous l'emprise du postulat d'Esquirol¹⁹.

La croissance est pour Janet l'union entre la formule verbale et l'action des membres extérieurs²⁰. L'être humain passe en premier lieu par le stade assératif où une affirmation donne ainsi une existence aux choses : « *L'être* est ce que l'on croit, ce que l'on affirme sans réflexion. Une chose existe quand nous la croyons, et elle n'existe pas quand nous ne la croyons pas [...] » (p. 307)²¹. C'est pour Janet une « *affirmation immédiate, forte, brutale, sans nuances* » que l'on retrouve chez certains patients de façon constitutionnelle ou alors chez les sujets ramenés à ce stade par la maladie. Le stade assératif est donc plutôt déficitaire pour Janet. Ultérieurement, « Quand l'affirmation devient réfléchie elle acquiert des caractères nouveaux qui transforme la notion vague de *l'être* en la notion plus précise de *réel*. Cette croissance a plus de stabilité, mais elle a surtout plus de variété. » (p. 308). Notons la disjonction de *l'être* et du *réel*. Janet débute alors la difficile tâche de distinguer les différents degrés de réalité (ou de croissance) qu'ils placent sur un continuum : (1) le réel complet : possibilité d'accès à des objets matériels par le biais de l'action immédiate, (2) le presque réel : l'action est reportée dans le temps, (3) le demi-réel : dans l'ordre décroissant de réalité : le futur lointain, le passé, les symboles -collectifs ou personnels-, les obsessions et (4) le presque non réel : les imaginations, les simples idées (auxquelles on ne sait

¹⁸ « Je suis loin d'être convaincu que le malade entende ou ait entendu une voix humaine crier à ses oreilles : « Vache, chameau, putain » de la même manière que nous entendons quelqu'un parler près de nous. A mon avis le persécuté n'a jamais entendu rien de pareil, même quand il dit pour nous impressionner : « C'est tout à fait comme votre voix quand vous me parlez maintenant. » Il est bien probable qu'il n'y a pas là une illusion perceptive [...] » (p. 316). Dans cet extrait Janet, vraisemblablement décontenancé, trahit sa réaction face aux affirmations des hallucinations des persécutés.

¹⁹ Esquirol a défini l'hallucination comme une perception sans objet

²⁰ La suggestion est en l'une des illustrations possibles : L'hypnotiseur énonce une formule verbale (« A mon signal vous lèverez la main droite au-dessus de la tête ») que l'hypnotisé exécute par le recours à l'action.

²¹ Janet, P. (1932). Les croyances et les hallucinations. *Revue philosophique de la France et de l'Étranger*, 113, 279-331.

quel réalisme/croyance accorder) et les pensées qui traversent l'esprit et auxquelles on n'accorde aucune importance. Ainsi, dans la cadre de l'hallucination, à la « [...] formule verbale dans le langage intérieur s'ajoute une croyance qui lui donne un certain degré de réalité, qui la situe sur l'échelle des réalités. Si cette attribution était parfaitement correcte, le malade devrait situer sa formule très bas au niveau des représentations internes et devrait dire : « Je pense constamment aux mots, vache, cochon, putain, je pense qu'on m'adresse ces injures. » Malheureusement la croyance et surtout le degré de la croyance sont des choses plus vagues, moins bien distinguées les unes des autres que les perceptions. » (p.316).

Sa description insiste donc sur le caractère relatif que peut prendre la réalité mais Janet ne renonce cependant pas à la réalité objective en tant que point de visée, en séparant la croyance (subjective) de la perception (objective). La hiérarchie entre les différentes réalités et la notion de « réel complet » en témoignent. Les imaginations et les pensées incidentes ont dès lors une valeur moindre. La psychanalyse fait précisément le pari inverse en ne tenant pas certains événements psychiques pour des épiphénomènes²².

Toutefois, ce questionnement de la réalité n'est pas si éloigné des réflexions de Freud qu'il déplie dans les « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques » (1911)²³ et « La négation » (1925). Freud citera d'ailleurs les travaux de Janet concernant « la perte de la fonction du réel dans la névrose »²⁴. Mais il présente un autre abord ; qui n'est pas déficitaire, mais plutôt constitutif. Pour Freud, l'objet matériel ne pré-existe pas au sujet. Ce qui est premier c'est la perception puis l'hallucination de cette perception par remémoration (répétition), en l'absence même de l'objet. Cette hallucination constitue dans un premier temps la réalité . C'est une réalité « endopsychique » pourrions-nous dire. « L'opposition entre subjectif et objectif n'existe pas dès le début. Elle s'établit seulement par le fait que la pensée possède la capacité de rendre à nouveau présent ce qui a été une fois perçu, par reproduction dans la représentation, sans que l'objet ait besoin d'être encore présent au dehors. La fin première et immédiate de l'épreuve de réalité n'est pas de trouver dans la perception réelle un objet correspondant au représenté mais de le *retrouver*, de se convaincre qu'il est encore présent. » (p.137-138²⁵). Si le sujet se tourne ensuite vers la réalité c'est donc pour retrouver la sensation première et non un objet de la réalité qui préexisterait au sujet.

²² Lacan, J. (1936). Au-delà du « Principe de réalité ». In J. Lacan (Ed.) Les écrits I (p. 72-91). Paris : Seuil.

²³ Freud, S. (1911). Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques. In Freud, S. (Ed.) Résultats idées, problèmes : Tome 1. Paris : Puf (7^{ème} édition : 2001).

²⁴ Freud cite Janet dans son article « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques ». Il évoque l'ouvrage « Les névroses » paru en 1909.

²⁵ Freud, S. (1925). La négation. In Freud, S. (Ed.) Résultats, idées, problèmes. Paris : PUF. (6^{ème} édition : 2002).

Janet commente également les hallucinations anidéïques (dépourvues de signification) de G. De Clérambault. Pour ce dernier, elles découlent d'un fonctionnement automatique du cerveau qu'il qualifie d'« automatisme mental ». L'automatisme mental est alors un « trouble fondamental » possédant trois caractéristiques : il est primitivement neutre sur le plan affectif (ne comporte aucune hostilité en lui-même), il est anidéïque (a-thématique) et il est non-sensoriel. Ainsi, « L'élément idéique est minimum, l'élément affectif est absent, l'origine mécanique est nette.» (p. 300, De Clérambault)²⁶. Pour De Clérambault l'hallucination est antérieure au délire qui est alors construit sur elle. L'hallucination anidéïque précède le délire. Janet s'oppose à cette conception et aux déclarations des patients. Selon lui, les hallucinations sont toujours en rapport avec les sentiments et idées antérieures du sujet même s'il déclare le contraire. Janet ne peut reconnaître qu'il puisse exister des hallucinations dépourvues de signification, qui n'expriment ni la pensée ordinaire, ni le délire du malade. Par ailleurs, il rejoint Séglas pour qui toute hallucination est toujours teintée d'amour et de haine. L'hallucination est donc déjà le délire et ne peut donc être empreinte d'automatisme.

Les travaux de Janet sur l'hallucination fournissent un indicateur clinique qui peut être précieux pour le diagnostic différentiel. Si dans la névrose, l'hallucination oblitère la réalité, elle s'y intègre dans la psychose. Nous sommes bien loin des représentations classiques des tenants de l'ego-psychologie pour qui la perte de la réalité est un indicateur de la psychose. Toutefois, Janet bute sur la notion de réalité extérieure. Il admet que la croyance d'une chose est nécessaire à son existence mais l'homme doit pouvoir se dégager du stade asséritif en se confrontant aux perceptions extérieures. Il n'est pas possible, dans ce contexte, d'aborder l'hallucination en tant qu'illusion perceptive. L'impossibilité à penser l'hallucination comme anidéïque relève du même nœud : comment admettre que l'hallucination ne se réfère à aucun souvenir ? Qu'aucune croyance ou pensée ne puisse la précéder ? Il faudra attendre encore quelques années, pour que soit théorisé ce qui avait été esquissé par Freud : à savoir que les premières hallucinations psychotiques se présentent sans aucune référence à une représentation interne.

* * * * *

²⁶ De Clérambault, G. (1930). Annales médico-psychologiques, octobre 1930