

Alfred Adler (1931)

Névrose obsessionnelle

Traduction du Dr. H Scahffer, 1957

Ouvrage épuisé.

Un document produit en version numérique par Gemma Paquet, bénévole,
professeure à la retraite du Cégep de Chicoutimi
Courriel: mgsaquet@videotron.ca

dans le cadre de la collection: "Les classiques des sciences sociales"
fondée dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi
Site web: <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>

Cette édition électronique a été réalisée par Gemma Paquet, bénévole, professeure à la retraite du Cégep de Chicoutimi à partir de :

Alfred Adler (1931)

Névrose obsessionnelle (1931)

Une édition électronique réalisée à partir du livre d'Alfred Adler et d'Ernst Jahn, Religion et psychologie individuelle comparée suivi de La névrose obsessionnelle, Complément à l'étude de la névrose obsessionnelle et Les enfants difficiles, pp. 127 à 151 : "Névrose obsessionnelle" (1931). Préface et traduction du Dr. H. Schaffer, 1957. Paris : Éditions Payot, 1958, Bibliothèque scientifique, 174 pages.

OUVRAGE ÉPUISÉ.

En produisant une édition numérique de cet ouvrage, nous voulons protéger cet héritage intellectuel et contribuer à le diffuser à toute la francophonie.

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times, 12 points.

Pour les citations : Times 10 points.

Pour les notes de bas de page : Times, 10 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2001 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format
LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition complétée le 24 avril 2003 à Chicoutimi, Québec.



Table des matières

[Préface du traducteur](#), le Dr H. Schaffer (1957)

Alfred Adler, "[La névrose obsessionnelle](#)" (1931)

Alfred ADLER et Ernst JAHN

Religion
et psychologie individuelle comparée

suivi de

La névrose obsessionnelle
Complément à l'étude de la névrose obsessionnelle

et

Les enfants difficiles

Préface et traduction du Dr H. Schaffer

Payot. Paris, *Bibliothèque scientifique*

Préface et traduction du Dr H. Schaffer

Payot, Paris, 1958

Préface du traducteur

Dr. H. Schaffer

[Retour à la table des matières](#)

La médecine du XIXe siècle, uniquement préoccupée par la lésion anatomique et le trouble fonctionnel, ignorait l'âme et, de ce fait, abandonnait en grande partie à la religion le domaine psychique. Avec les découvertes de Freud et d'Adler, la naissance de la psychologie profonde créa, dès le début de XXe siècle, une nouvelle conception des choses. L'intégration dans les recherches de la psychopathologie d'une fonction psychique, de ses lois et de ses perturbations posait le croyant avec son orientation métaphysique, religieuse et le médecin de formation scientifique en face d'un problème dont les multiples aspects n'échappaient ni au psychothérapeute, ni au directeur de conscience. Une délimitation très précise de leur champ d'action était devenue nécessaire sur le plan pratique, une définition de leur optique s'avérait indispensable au point de vue théorique. Mais alors que Freud se refusait à toute explication avec la religion, la considérant comme une « illusion névrotique », Adler s'efforce de définir son propre point de vue, essentiellement scientifique comme on le verra, en reconnaissant une immense valeur à la notion de Dieu

en tant qu'expression du but idéal le plus élevé proposé à la perfection humaine. Dans la mesure où cet idéal se place au service de la notion sociale, se conformant à la définition d'une religion « dynamique » dans le sens bergsonien, elle représente pour Adler la concrétisation intuitive d'une nécessité inhérente à la vie psychique humaine - direction vers l'élévation, aspiration à la perfection - dont la psychologie individuelle comparée a défini les données scientifiques. Mais entre la foi d'une part et le savoir d'autre part la différence n'est pas seulement de qualité, ces notions se plaçant sur deux plans différents, dans deux catégories différentes de la pensée. Il s'agissait alors de préciser les positions, de fixer les points de contact, de mentionner les divergences.

L'édition originale de ce travail parut en 1933.

Dans la première partie, le théologien de formation luthérienne, le pasteur Jahn, expose le point de vue de l'Église. À l'aide de citations empruntées aux Écritures Saintes, Jahn démontre la valeur universelle et éternelle de certaines vérités psychologiques et humaines.

Extraites de leur contexte, ces citations perdent toutefois beaucoup de leur valeur. En voici, une, par exemple, tirée (page 35) de l'épître aux Romains (VII, 16-24) : « Malheureux homme que je suis ! Qui me délivrera de ce corps qui me voue à la mort ? » Il eût été souhaitable, semble-t-il, de reprendre en entier, comme nous le faisons, le passage où saint Paul exprime l'antinomie entre les besoins du corps et les aspirations de l'âme : « Or, si je fais ce que je ne veux pas, ce n'est plus moi qui accomplis l'action, mais le péché qui habite en moi. Je découvre donc cette loi. Quand je veux faire le bien, c'est le mal qui se présente à moi. Car je me complais dans la loi de Dieu au point de vue de l'homme intérieur. Mais j'aperçois une autre loi dans mes membres qui lutte contre la loi de ma raison et m'enchaîne à la loi du péché qui est dans mes membres. Malheureux homme que je suis ! Qui me délivrera de ce corps qui me voue à la mort ? »

Afin de permettre au lecteur de se reporter aux textes originaux, nous avons ajouté à ces citations les références bibliographiques respectives.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, le Pr Adler, fondateur de la psychologie individuelle comparée, se fait le défenseur d'une conception scientifique, basée sur des vues psychosociales, où l'idéal social représente la mesure de toute manifestation psychique. Car Adler considère le sentiment social comme la condition essentielle de toute activité humaine de valeur. L'amour pour nos semblables devient ainsi une nécessité bio psychologique.

Le choix entre la notion de Dieu, invention la plus noble de l'esprit humain d'une part, et la notion sociale, cadeau le plus précieux de Dieu aux hommes, d'autre part, est l'enjeu, de la présente polémique.

Vis-à-vis de la psychothérapie, l'attitude du croyant, à l'heure actuelle, n'est pas très nettement définie : refus complet, considérant la psychothérapie comme un péché, réserve prudente ou bienveillante, alternent avec des tentatives de mettre la psychothérapie au service de la religion. Inversement, on peut constater chez certains thérapeutes la tendance à se servir de la religion comme moyen thérapeutique. Un très grand psychothérapeute n'a-t-il pas proposé à ses malades d'accommoder à leur personnalité névrosée la religion qui leur convient le mieux. Or, il ne faut pas oublier que si le directeur de conscience, s'adressant à la vie consciente du sujet, s'efforce de rapprocher l'homme de Dieu afin de sauver son âme et lui garantir son salut, le psychothérapeute, s'adressant aux éléments inconscients et incompris de son malade, dans le but de résoudre ses conflits, recherche en premier lieu sa guérison.

Dans ses relations interhumaines et dans un but de délecter les manifestations névrosées d'un formalisme religieux rigide, le directeur de conscience saura profiter de l'enseignement que lui offre la psychologie profonde.

Le psychothérapeute, par contre, doit savoir qu'il ne remplace pas la religion et qu'il ne peut accorder le pardon au pécheur. Il doit respecter la foi du malade et être conscient de ce que, bien souvent, l'homme trouve dans la religion un guide, des règles de conduite et une sécurité dont il saura tirer le plus grand profit.

Voici, précisés, certains des innombrables problèmes que suscite la confrontation de la religion avec la psychothérapie. Le lecteur ne manquera pas d'en évoquer d'autres. Il n'est pas dans l'intention des auteurs, comme il est dit dans l'épilogue, de résoudre ces problèmes, mais plutôt de les poser.

Les études qui suivent sont de nature médicale et psychopédagogique. Dans deux articles, « **La Névrose Obsessionnelle** » et « **Complément à l'étude de la Névrose Obsessionnelle** », parus respectivement en 1931 et 1936 dans la Revue Internationale de Psychologie Adlerienne, l'auteur, fidèle à sa conception d'un style de vie, schéma réactionnel façonné dans les premières années de l'existence de l'être humain, définit les caractéristiques de la personnalité de l'obsédé et les circonstances donnant lieu à l'apparition du symptôme morbide. Adler s'était déjà attaqué à ce problème dans le chapitre 15 de son ouvrage **Pratique et Théorie de la Psychologie Individuelle Comparée**¹. En face de certains problèmes de la vie qu'elles estiment insurmontables, ces personnalités névrotiques réagissent d'une façon impérative par les innombrables modalités de la maladie obsessionnelle, dont il s'agit pour le thérapeute de saisir, dans leur absurdité, le sens caché. Crainte d'être rabaisées, attitude hésitante en face de la solution des problèmes sociaux, activités stériles sur un

¹ Traduction française en préparation.

« champ de bataille » secondaire et socialement inutile, caractérisent ces personnalités. L'auteur nous fournit une série de subtiles analyses psychologiques traitant des différentes modalités de l'obsession : idée de tuer, de sauter par la fenêtre, besoin de se laver d'une façon incessante, scrupules, interrogations sans fin, etc.

La contrainte n'est pas imposée au malade par l'idée et encore moins par sa constitution, mais par les exigences de notre vie sociale. Le mécanisme de l'apparition d'une obsession ne peut être saisi qu'à l'aide de cette optique psychosociale et finaliste.

La guérison du névrosé s'obtient en le libérant de sa fausse causalité subjective, construite par lui-même, et en l'adaptant à la vie sociale réelle.

Les vues d'Alfred Adler sur le développement psychique de l'enfant, le façonnage de sa personnalité dans les premières années de sa vie grâce aux facteurs du milieu environnant et à la réalisation de ses possibilités organiques, mais en fonction d'une utilisation active de certains d'entre eux (formation du style de vie), le rôle de la mère en tant que premier partenaire dans le développement du sentiment social du tout petit, sont, à l'heure actuelle, universellement admises. L'aspect caractériologique de l'enfant gâté, passif - candidat éventuel à la névrose - de celui haï, détesté, mais actif, dont l'évolution risque de prendre le chemin de la délinquance - font, à notre époque, partie intégrante de la pensée collective. Peut-être est-il indiqué, au point de vue historique, de rappeler l'originalité de « l'étude sur les enfants difficiles » parue en 1926 et de faire connaître les textes qui ont donné lieu à une immense littérature psycho-pédagogique, dont l'importance grandit sans cesse. Le rôle de la mère, la fonction sociale du père, les erreurs d'une éducation mal comprise ou mal réalisée et leurs conséquences immédiates (énurésie, frayeurs nocturnes, manque d'initiative et de spontanéité chez l'enfant) ou lointaines (névrose, psychonévrose, délinquance, troubles psychosomatiques) sont ici clairement définis.

Les préoccupations et les conclusions de récents congrès de psychopédagogie, recommandant la bienveillance vis-à-vis de l'enfant difficile, le renoncement à toute intervention immédiate (punitive ou corrective) en face de tout défaut d'enfant, l'étude de sa personnalité, de sa compréhension en somme, en vue de son redressement, nous les trouvons judicieusement exposées dans ce travail, qui, publié en 1926, se place au premier rang de l'actualité psychopédagogique.

Dr H. SCHAFFER.

“La névrose obsessionnelle”

(1931)

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons l'intention de quitter le terrain général de la psychologie individuelle comparée et d'entrer dans un domaine spécial, celui de la médecine, sans toutefois oublier cette connexion qui relie l'individu à la société à laquelle il est rattaché d'une façon indissoluble. J'espère vous convaincre que notre exposé, ayant trait à des questions médicales, ne montre que des nuances qui, dans un but d'enseignement et de prise de conscience demandent une classification par groupes, groupes nosologiques parmi lesquels nous trouvons la névrose obsessionnelle.

Il est certain que pendant ces dernières décennies, mais aussi auparavant, les médecins s'intéressaient aux études psychologiques. Ceci s'explique par le fait que le médecin, rompu aux observations psychologiques, constate comme sous un microscope des modifications se retrouvant partout dans la vie,

modifications qui échappent au non initié. Un grand progrès fut réalisé par Westphal qui - à la suite de quelques travaux préliminaires en France et en Autriche (Krafft-Ebing) - se décida à grouper sous la dénomination de névrose obsessionnelle un ensemble de symptômes et de troubles nerveux. La littérature concernant cette question s'est, depuis, énormément enrichie. Je me contente de citer, au hasard, quelques noms : Bonhoefer, Bumke, Freud, Kronfeld, Stekel, sachant que j'omets sans doute des auteurs importants, ayant étudié ce même sujet, avec des opinions plus ou moins concordantes.

Je voudrais à présent mentionner la contribution de la psychologie individuelle comparée à cette question. Je dois revenir en arrière, car une des préoccupations essentielles de notre psychologie a toujours été de trouver le « pourquoi » d'une manifestation : Pourquoi le comportement d'un sujet est-il extraordinaire, nous frappant par son aspect morbide ? D'autres chercheurs s'efforçaient de saisir « comment » le symptôme pouvait se réaliser. Il ne faut pas oublier que dans les deux groupes de chercheurs la seconde question était également étudiée, avec toutefois une prédominance très nette d'une question sur l'autre.

Notre tendance à envisager le problème dans son ensemble nous incite à étudier pourquoi un homme se comporte de façon telle, qu'il ne résout pas ses problèmes vitaux de manière courante.

J'ai essayé de formuler cette conception finaliste de notre psychologie, peu de temps après la parution de mon étude sur l'état d'infériorité des organes (1908)², ouvrage où je me suis efforcé de démontrer qu'un enfant, naissant avec des organes faibles, réalise cette faiblesse, cette insécurité. Étant donné son fort sentiment d'insécurité, il tentera de se libérer de cette surcharge dans la superstructure psychique de son moi, cherchant les voies les plus diverses pour surmonter par d'innombrables variantes une oppression, afin d'arriver à un état de valorisation de sa personnalité, en connexion avec son monde environnant. J'ai essayé, depuis, de développer ma conception finaliste de la vie psychique, démontrant qu'il s'agit alors d'un dynamisme, tendu vers la solution des problèmes vitaux essentiels et j'ai constaté cette tendance du sujet à transformer ses vues sur le monde extérieur, de façon à lui permettre d'atteindre son idéal.

Il est hors de doute qu'il s'agit ici de problèmes vitaux, de questions capitales, réalisées suivant notre subjectivité et résolues de façons très diverses, en quelque sorte d'une manière arbitraire, ce qui explique les innombrables modalités de notre développement et de nos moyens d'expression. Dès 1908, j'ai exprimé l'opinion que chaque individu se trouve comme dans un état d'agression et j'ai cru devoir appeler « instinct agressif » cette attitude adoptée

² *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris, 1956.

par le sujet dans sa vie. En relisant ce travail (1908) on se rendra compte qu'il contient les fondements d'une école psychologique qui, ultérieurement, a donné naissance à une psychologie instinctuelle. Mais très vite j'ai pu voir qu'il ne s'agissait pas d'un instinct, mais d'une prise de position consciente ou inconsciente du sujet en face des problèmes de la vie, et partant j'ai compris la *composante sociale* dans la formation de la personnalité, dont le degré est toujours fonction de son *opinion* concernant la réalité et les difficultés de la vie. Dans sa prise de position ne se traduit pas la réalité, l'objet en soi, un principe de réalité, mais l'opinion du sujet sur les problèmes du monde extérieur et sur ses propres aptitudes à les résoudre.

La psychologie individuelle comparée place donc l'individu dans l'ensemble des relations sociales, situation où il cherche à atteindre une réalisation aussi parfaite que possible. De cette façon la psychologie individuelle comparée a été amenée à jauger le contenu social du style de vie, ainsi que je l'ai décrit dans « Le sens (scientifique) de la vie »³, et à mesurer dans chaque mouvement du chemin vers la supériorité cette aptitude à la collaboration.

En ce qui concerne le sujet même de cet exposé, je dois mentionner que j'ai fait en 1912 à Zurich, à la Société Médicale, une conférence sur la névrose obsessionnelle qui a été publiée dans mon ouvrage : « Pratique et Théorie de la Psychologie Individuelle Comparée »⁴. Dans ce travail, je crois avoir fait un pas en avant qui se reflète d'ailleurs aujourd'hui, sous un aspect modifié, dans toutes les conceptions des autres écoles psychiatriques.

J'ai pu me rendre compte que l'apparition d'un symptôme névrotique est toujours liée au fait que le sujet essaye d'éluder un problème vital ; et ce parce que, dans le sens de sa recherche de la supériorité, étant donné les fondements affectifs de son orientation, il se sent incapable de lui trouver une solution.

L'obsédé manifeste des signes d'angoisse toutes les fois où il ne développe pas ses symptômes dans une situation donnée. Il est obligé de faire quelque chose, d'exécuter un acte absurde, qu'il juge d'ailleurs comme tel, acte qui lui paraît insensé, l'éloignant des exigences de la vie sociale, mais qu'il est contraint d'exécuter. La non-exécution de cet acte ferait immédiatement apparaître son angoisse. Le sujet atteint de névrose obsessionnelle présente toujours un sentiment d'insécurité, celui de ne pas « être à la hauteur », qui, au point de vue biologique, est toujours sensé, mais ne représente jamais un stade psychologique final. L'angoisse est une des plus concrètes formes du sentiment d'infériorité servant à un but donné, à savoir la recherche de se protéger. Une malade souffrant d'agoraphobie était assez avancée dans le traitement et put sortir. Rentrant un soir chez elle, elle fut effrayée par la présence d'un

³ *Le sens de la vie*, Payot, Paris, 1950.

⁴ Traduction française en préparation.

homme qui se trouvait devant sa porte. Elle lui cria : « Pourquoi ne partez-vous pas ? Ne savez-vous pas que j'ai peur. » L'utilisation de la peur en tant que moyen de domination joue dans la vie sociale un rôle important. Dans mon étude de l'année 1912 j'ai insisté sur le fait que l'obsédé se trouve sur un champ de bataille secondaire : c'est là qu'il déploie tous ses efforts et non pas là où nous espérons le rencontrer. Nous obtenons ainsi l'impression d'une lutte contre des moulins à vent. L'obsédé déploie une activité donquichottesque, s'occupant de problèmes qui ne sont pas de notre monde, probablement pour pouvoir perdre son temps, ce temps qui est son pire ennemi, car il exige toujours quelque chose de lui et il l'incite à chercher la solution de problèmes semblant le dépasser. On peut en effet constater qu'il existe effectivement une préparation insuffisante pour la solution du problème pose et que cette lacune - qui existe réellement et non seulement dans l'opinion du sujet - l'empêche d'avancer. Il adopte alors *l'attitude hésitante*. Dans cette attitude hésitante, le névrosé s'attarde sur un champ de bataille secondaire. Dans ces conditions pareille attitude traduit la crainte d'une défaite. Car si l'obsédé est sûr de son affaire, il avance, il n'est plus gêné par ses idées obsessionnelles et arrive à résoudre ses problèmes. Souvent c'est dans un secteur de sa vie, dans la vie professionnelle, dans la vie scientifique, dans la vie amoureuse qu'il présente une très forte tendance à cacher ses échecs, en se rendant sur le champ de bataille secondaire pour opposer à la contrainte de la vie la contre-contrainte de son obsession.

À cette occasion, je me vois obligé de remonter dans le passé du malade, car ce que fait un sujet, il le fait toujours avec le matériel de ses expériences antérieures. Chaque individu dispose, dès la 4^e ou 5^e année de sa vie, d'une forme vitale solide, ayant ses propres mécanismes. Il assimile à sa façon les événements, les utilise et les dirige comme bon lui semble, tirant alors des conclusions qui correspondent à son schéma d'aperception. D'un événement, seulement certains détails seront considérés comme importants, détails ne gênant pas le *style de vie*. J'ai d'autre part, mentionné que l'extériorisation de la tendance à la sécurité se manifeste rarement d'une façon aussi *nette* que dans la névrose obsessionnelle, fait déjà constaté par beaucoup d'auteurs, sans pourtant avoir été compris, étant donné que ces auteurs ne disposaient pas de la mesure de la psychologie individuelle comparée. La croyance dans la toute-puissance des idées, la pensée mythique, l'utilisation de la pensée primitive archaïque, qui ne provient pas de « l'inconscient collectif » et qui n'est pas de l'atavisme, mais qui représente un tour de passe courant, enfantin, pour obtenir un sentiment de puissance, tout ceci provient d'une extraordinaire recherche de la supériorité, décrite par moi comme étant semblable à une idée divine. Le sujet atteint de névrose obsessionnelle tend vers la plus manifeste expression d'une ressemblance à Dieu, qu'il ne peut évidemment pas atteindre dans la vie sociale, ne disposant pas de ce qui est essentiel dans ce cas, à savoir l'intérêt social.

Je peux donc passer outre à certaines opinions prétendant que l'obsédé serait avant tout caractérisé par une maladie de l'objet. Ces malades ont au contraire, besoin des autres et expriment leur sentiment d'infériorité d'une façon très nette par leur insécurité, leur peur et leur besoin d'attirer d'autres gens dans leur style de vie, manifestant ainsi très nettement leur complexe d'infériorité. L'obsédé essaye de surmonter cette peur et s'efforce de se montrer sous une forme vitale correspondant au chemin qu'il s'est tracé dans la vie, mais aussi comme quelqu'un *qui est semblable à Dieu, se plaçant au-dessus de tous les autres en les dépréciant tous*. Il façonne ainsi un complexe de supériorité, cachant son complexe d'infériorité et il se considère ainsi suffisamment noble, étant donné que seule son obsession l'empêche de remplir sa mission triomphale. Sa supériorité imaginaire apparaît d'une façon très claire dans ses idées obsessionnelles.

Ce que certains auteurs décrivent sous la dénomination d'ambivalence, de doute, d'opposition entre le caractère et l'affectivité, est à considérer uniquement, ainsi que je l'ai déjà démontré, comme une antinomie des moyens, mais non du but final. Il s'agit ici d'une question de la plus grande importance pour la compréhension de la doctrine des névroses. La psychologie individuelle comparée, qui a souvent souligné l'unité de la vie et des tendances de la personnalité, s'est vue obligée de s'expliquer avec l'idée de l'ambivalence, en démontrant que celui qui se détourne de la réalité pour s'élever dans son imagination et dans son activité à une ressemblance divine doit montrer dans ses dynamismes psychiques un point de départ et un point d'arrivée. La psychologie individuelle comparée a toujours insisté sur le fait qu'elle considère la vie psychique comme un mouvement, et que la forme, l'expression et la fonction sont à considérer comme des mouvements figés. Nous ne devons donc pas nous étonner si quelqu'un, essayant de s'élever d'un point inférieur vers un point supérieur, laisse apparaître deux aspects apparemment discordants. Il est d'autre part caractéristique de constater que ce type de personnalité ne traduit jamais un dynamisme idéal, parmi les milliers de modalités qui singularisent le style de vie. On pourra toujours remarquer le contraire dans ces apparents dynamismes, semblant poursuivre un idéal de courage, de vérité, etc. Il est dommage que, pour ces modalités de mouvement psychique, nous ne disposions pas de termes et de notions plus nuancées ; car dans ce cas l'erreur ne se serait pas produite. On pourra également constater cette satisfaction procurée par la souffrance, qui finalement lui assure ce sentiment d'originalité, cette sensation de ressembler à Dieu, sentiment représentant la joie de celui qui, ayant payé sa rançon, se soustrairait à un mal encore plus grand : la défaite évidente dans la vie.

J'ai déjà insisté sur le fait que, dès la première enfance, et dans toute circonstance l'obsédé a su trouver un chemin lui permettant de développer un sentiment de sa valeur personnelle, en fonction d'influences auxquelles il a été exposé. C'est ainsi que le sujet atteint de névrose obsessionnelle développe

très tôt un sentiment de la plus grande valeur personnelle, sans rendement, et base sur des raisonnements parfois tout à fait absurdes. Dans une anamnèse bien conduite, on retrouvera toujours chez ces malades l'idée d'être sans défauts, un pédantisme excessif, une intrication de problèmes apparemment très difficiles avec la solution d'autres beaucoup plus simples et sans rapport entre eux, des pratiques religieuses rigides qui démontrent l'intention du malade de « tenter Dieu », la tendance à ressentir des situations comme difficiles pour finalement les résoudre triomphalement, des rivalités qu'on espère pouvoir vaincre, des exagérations grotesques d'une bonne tradition familiale, etc. L'obsédé a toujours été un homme montrant un tempérament nerveux. Dans mon livre *Le Tempérament Nerveux* paru en 1911⁵, j'ai décrit ce type de sujet, un homme qui se sent isolé, ne pensant qu'à lui-même, plein d'intérêt et d'amour pour lui-même, ne présentant aucun intérêt pour le bien de la collectivité et plaçant son but personnel loin au-dessus des autres, sans arriver à imaginer sa réalisation dans le courant social du monde.

J'ai désigné, sous le terme de « tendance à la sécurité » dans la névrose, un trait caractériel particulièrement marqué dans l'obsession, trait qui représente non seulement un dispositif de défense, et certainement pas une défense contre des désirs sexuels refoulés, mais une forme d'expression psychique arrangée et répétée infiniment afin de pouvoir atteindre son but, la supériorité personnelle, suivant des moyens névrotiques.

Lorsque nous rencontrons un malade ressentant en lui « une contrainte », par exemple celle de sauter par la fenêtre, nous pouvons conclure qu'il élabore cette contrainte en tant que moyen de sécurité, afin d'arriver à ce sentiment de supériorité par un combat triomphal contre son symptôme morbide. Dans cette situation, il trouve une excuse pour son échec dans la vie. Nous ne pouvons pas parler d'un conflit dans le sens propre de ce mot, car nous trouverons toujours le sujet en train de se détourner des problèmes de la vie, empruntant un chemin pavé de bonnes intentions et de sentiments de culpabilité. Ces bonnes intentions et ces sentiments de culpabilité sont dépourvus de toute vie et ne représentent rien pour le malade. Pour nous importe s'il met ces sentiments de culpabilité en vitrine, essayant ainsi par la vue de sa culpabilité de se montrer plus noble, plus distingué et plus élevé que tous les autres, en élevant au rang de choses importantes et dignes des futilités. Mais derrière cette faiblesse avouée il n'y a rien de sérieux et cela ressort du fait que, comme dans la mélancolie, le malade se contente d'affirmer ses sentiments de culpabilité, sans jamais passer à un « repentir actif ».

J'arrive à présent à une constatation importante qui semble avoir échappé aux auteurs. On parle toujours d'une contrainte, se manifestant dans l'idée obsédante comme si l'idée obsédante ou l'action impulsive en était chargée,

⁵ Le tempérament nerveux, Payot, Paris.

contrainte qui, de temps en temps, remonterait à la surface, quittant les couches profondes de l'âme - puissance démoniaque, étrangère à la personnalité et soustraite au mode normal de la pensée - pour se saisir de sa victime. Cette conception anthropomorphique (Jérusalem, « L'aperception fondamentale ») n'est nullement soutenue par l'idée de Freud (qui, avec une grâce extraordinaire, attribue à chaque instinct les traits humains d'un moi) même si ce qu'on connaît déjà (manque de sentiment social, sentiment d'infériorité, tendance à la supériorité) se retrouve exprimé chez lui en un langage original (anal, sadique, sentiment de culpabilité). La contrainte ne se trouve pas dans l'idée ou dans l'action, mais ailleurs, dans le domaine de notre vie normale sociale. C'est de cette vie sociale extérieure que nous viennent les poussées et les contraintes. Le malade doit éviter les réalités de la vie, étant donné qu'il ne se sent pas à la hauteur et que son ambition extraordinaire doit éviter une défaite manifeste. Il recule de plus en plus devant les menaces de la vie qu'il sent dirigées contre lui, pour finalement se trouver dans un coin de l'existence, où il n'est plus exposé à des examens et où il échafaude des idées qui lui donnent un sentiment de supériorité, une impression de toute-puissance. Mettant en branle toutes ses forces, il a pu surmonter quelque appréhension inventée par son imagination. C'est là que réside le sens de cette tendance à la sécurité que j'ai décrite. La contrainte ne se trouve donc pas dans le symptôme obsessionnel, mais en face de la réalité menaçante de notre vie. J'ai, d'autre part, constaté d'une façon formelle que le brusque ressaisissement du malade constitue un de ces traits caractéristiques de son enfance, trait qu'on retrouve dans les différentes phases de son existence.

Je citerai, à présent, le cas d'un homme, âgé de 45 ans, se trouvant dans une bonne situation sociale. Vous comprendrez facilement que ces sujets, visant constamment la supériorité, peuvent présenter dans la vie de vrais succès. Nous ne nous étonnerons donc pas de trouver ces malades assez souvent dans des positions sociales élevées ; ils arrivent facilement à quelque chose dans la vie, mais malgré tout ne se montrent jamais satisfaits. Il en était ainsi pour cet homme de 45 ans, venu me consulter pour une idée obsessionnelle, celle de sauter par la fenêtre. Il se présenta dans un état physique tout à fait rassurant, santé excellente, mais souffrant, malgré tout, depuis 25 ans, de cette idée obsessionnelle, surtout lorsqu'il se trouvait à des étages supérieurs. Il n'est pourtant jamais passé à l'acte puisque bien vivant devant moi, il n'a jamais sauté par la fenêtre ; il a vaincu sa contrainte. Il est donc le vainqueur sur lui-même.

Pour un penseur de moindre vigueur, semblable explication paraîtrait au premier abord recherchée ou artificielle. Il est suffisamment connu que, bien souvent, nous nous vantons d'avoir pu vaincre nos propres tendances et surmonter nos propres désirs. Le malade éprouvera un sentiment de toute-puissance lorsqu'il pourra se dire : « Je dois porter toute cette montagne de peines, quel pauvre Atlas je suis ».

Comme tout névrose, le malade ne regarde pas le point essentiel du problème, mais les à-côtés ; il biaise vers la peur, car il en a besoin pour la surmonter, oubliant son extraordinaire recherche de la toute-puissance et son sentiment d'infériorité qui l'obligent à emprunter des voies plus faciles, semblables à une lutte contre des moulins à vent, dont il sort vainqueur, triomphant de ses propres difficultés psychiques, mais non de la réalité. Examinons son passe. La psychologie individuelle comparée a pu établir une nouvelle branche de la recherche scientifique, celle de la compréhension des premiers souvenirs d'enfance. Ces premiers souvenirs d'enfance nous parlent et nous renseignent : notre malade était le benjamin et le préféré de sa mère, toujours anxieux, comme tous les enfants gâtés. Cette anxiété s'est encore amplifiée au moment où il a commencé à fréquenter l'école. Un jour où un garçon plus rude le menaça et l'attaqua, cette peur se manifesta de façon plus nette encore, et c'est alors que, rassemblant toutes ses forces, dans son extrême angoisse, il se précipita sur le garçon et le jeta à terre. Celui qui, dans ce souvenir d'enfance, saura saisir le dynamisme psychique, se dira que cet homme n'a fait que cela pendant toute sa vie : il a ou d'abord peur, puis surmontant sa peur, a pu acquérir un sentiment de supériorité.

J'ai, d'autre part, constate que la personnalité de l'obsédé ne se façonne jamais d'une manière mécanique. Les instincts ont, dans la psychologie individuelle comparée, une possibilité de choix, ils peuvent penser, ont une conscience, connaissent une direction, ont enfin un pouvoir créateur et une intentionnalité. En un mot, tout ce que nous trouvons dans la vie psychique du moi est transféré dans la psychologie instinctuelle sur le compte de l'instinct. Or, cela ne facilite en rien la compréhension de cette manifestation morbide. Pour ces raisons, nous ne pouvons rechercher dans l'instinct le point de départ de la névrose obsessionnelle, l'instinct étant dépourvu de direction, pas plus que nous ne pouvons rendre l'hérédité responsable de cette maladie, car tout ce qui apparaît dans la névrose : caractère, affectivité, émotion, se façonne au sein de la société. Il nous fait également songer aux éventuelles erreurs que présente la pensée ou l'esprit humain lorsque nous voulons comprendre les divergences des symptômes névrotiques et comprendre que, dans l'apparition de ces erreurs, la causalité ne joue pas. Personne n'est obligé de produire une névrose, on n'y est contraint ni par l'hérédité, ni par les instincts, mais incite par un facteur de probabilité. L'enfant gâté, type toujours prédominant parmi les névroses, ne procède pas d'une façon causale lorsque, d'une multitude d'événements, il en extrait un, le considérant comme le point de départ de son développement ultérieur dans la vie. La guérison du névrosé s'obtient en le libérant de cette fausse causalité, construite par lui-même, et en l'adaptant à la vie sociale réelle. Nous avons pu constater, d'autre part, que le style de vie du névrose - la concrétisation la plus nette, mais aussi la plus futile, d'une recherche de ressemblance à Dieu - accepte tout ce qui lui convient et exclut tout ce qui ne lui convient pas. Je voudrais vous citer un exemple, qui toute-

fois aura besoin d'autres examens et d'autres explications, et vous démontrer une multitude de phénomènes psychiques, aujourd'hui encore attribués au domaine de l'instinct. Il s'agit d'un malade, étudiant en médecine, ayant toujours désespéré de pouvoir rivaliser avec son frère. Ce frère a grandi dans des conditions plus faciles, étant plus âgé et moins gâté en tant que demi-frère ; il a pu avancer courageusement dans la vie. Notre malade se trouvait toujours dans l'ombre de ce frère aîné. Le voici actuellement au milieu de ses études universitaires, où il arrive brillamment à assimiler l'enseignement théorique. Or, lorsqu'il dut continuer ses études, toujours sous l'impression du frère plus brillant, il estima qu'il ne pouvait pas fréquenter les salles de dissection et assister à des opérations. Examinant cette relation qui le faisait surestimer son frère, nous comprenons qu'à partir de cette crainte, à partir de cette aversion, de cette hésitation de continuer ses études, certaines manifestations de la vie se trouvaient particulièrement accentuées. On pourrait comparer cette estimation des valeurs concernant certains événements avec les figures sonores de Chladni qui apparaissent différemment suivant les modalités de la charge sonore d'une plaque de verre. La peur d'assister à une opération équivaut au problème des études. Son regard dans l'avenir lui montre le sauvetage de son sentiment de personnalité, comme si un jour il pouvait se dire : « Si je n'avais pas eu cette peur inexplicable, j'aurais pu dépasser mon frère ». C'est ainsi qu'il remit à plus tard la décision de sa victoire, se défendant contre la menace de son ambition personnelle visant uniquement, ce qui est facile à comprendre, la hauteur de son frère, mais non celle d'une ressemblance divine. Pour lui, seul son frère compte, et non le succès à tout prix, tel que nous le retrouvons chez l'obsédé. Ceci nous permet de dire que la névrose obsessionnelle ne peut se développer qu'en cas de plus grande distance par rapport au sentiment social. Le jeu d'un automatisme, qui est probablement une particularité de la vie psychique humaine et que nous retrouvons souvent chez des sujets à peu près normaux, se laisse deviner dans le choix et l'accentuation de ces côtés des événements correspondant au style de vie, en déformant son opinion sur les événements en sa faveur.

De plus, nous avons constaté que les sentiments si fréquents du malade lui donnant l'impression d'être rabaissé, ne constituaient qu'une perte de temps. Ce qui a été dénommé tendance sadique dans l'obsession n'est rien d'autre qu'une des innombrables nuances par lesquelles quelqu'un essaye de triompher de ses semblables, rien d'autre qu'une recherche de domination camouflée, une tendance à la dépréciation des autres où la composante sadique indubitable se trouve compensée par la frayeur qu'elle déclenche chez le sujet, ainsi que par les sentiments de culpabilité qu'elle a fait naître. Il faut dire que les notions de sadisme et d'érotisme anal ne sont que des généralisations déplacées, invoquées à la faveur de la doctrine et qu'il faut les rejeter d'emblée. Par sa stupide recherche de dépasser tous les autres d'une façon frappante et rapide, l'obsédé se trouve rapproché de l'élément de cruauté, comme d'ailleurs aussi par sa tendance à employer des mots orduriers, sans que cela le rapproche de

l'activité, et uniquement dans un but de dépréciation des autres. Or, tout cela a déjà été souligné maintes fois par la psychologie individuelle comparée.

Un autre point qu'il faut traiter ici est le doute, dont la signification nous a été fournie par notre psychologie, mais qui donne encore lieu à des malentendus. Il est bien connu que, dans la psychologie, le doute se présente comme une entité spécifique. Lorsqu'on voit son symptôme en connexion avec l'ensemble et non plus d'une façon isolée, et qu'on se demande ce que représente ce doute en face de quelque problème d'ordre social, on trouve que tout demeure inchangé et que rien n'est modifié tant que ce doute persiste.

J'ai décrit cette manifestation sous le nom *d'attitude hésitante* et la considère comme un essai de lambiner, de perdre son temps afin d'en gagner.

Quant à la causalité, si peu importante pour la compréhension de la vie psychique - importante en cas de mécanisme physiologique mais non psychologique - et la structure de la névrose obsessionnelle, je me suis suffisamment penché sur ce sujet pour rendre compréhensible le choix du symptôme obsessionnel. Un bref exposé de cas doit vous définir la nature de la névrose obsessionnelle à l'aide d'exemples pratiques et démontrer que l'utilisation de notre point de vue représente une contribution importante à l'étude de ces maladies.

La contrainte de devoir sauter par la fenêtre se retrouve très souvent chez les malades. Un chanteur, conscient de sa très belle voix, s'est trouvé découragé par les succès de son père et de son frère aîné ; il était constamment préoccupé d'éloigner cette idée l'empêchant, suivant ses dires, de devenir le « grand ténor ». Il n'était rassuré que lorsque quelqu'un se tenait près de lui, présence, évidemment, inadmissible sur scène.

Un autre cas également curieux, est celui d'une jeune fille, ne pouvant aller en société, où elle était torturée par la contrainte d'imiter le chant du coq. Nous retrouvons ici la notion de la protestation virile exprimée d'une façon qui la dispensait de prouver sa supériorité masculine. Jeune fille, elle se sentait inférieure dans la société. Cette attitude n'a pas de motivation causale. Beaucoup de jeunes filles et beaucoup d'hommes sont convaincus de l'infériorité de la femme. Il ne faut donc pas nous étonner si une jeune fille ambitieuse ressent, dans ses rapports sociaux, une contrainte l'incitant à se soustraire à la société. Il est peu probable qu'il s'agisse ici de tendance sadique, mais du fait, beaucoup plus vraisemblable, qu'elle trouve dans les rapports entre femme et homme, dans le principe masculin une sorte de divinisation. Elle commence alors une lutte contre des moulins à vent, s'attribuant le rôle d'un être masculin qui la dispense d'autres preuves de sa supériorité. Ceci se retrouve toujours dans la névrose obsessionnelle : recherche de la supériorité et exclusion de tout rapport social.

Un autre exemple concerne une jeune fille, chez laquelle les manifestations obsessionnelles apparaissaient à un moment où, dans sa recherche du succès sur le côté utile de la vie, elle subissait un échec. Car la névrose, et tous ses accès, apparaissent toujours lorsque le malade se sent incité à prouver sa supériorité. Elle était la seconde fille, mise à l'ombre par sa sœur aînée, mais d'une intelligence supérieure et brillante élève, brillante d'ailleurs plus tard dans sa profession. Pendant très longtemps, on ne put rien remarquer de ses idées obsessionnelles ; il est vrai qu'elle avait une très grande tendance à dominer les autres. À partir du moment où, ayant perdu sa profession à la suite d'une entreprise malheureuse, et lorsqu'un homme, lui plaisant, lui faisait comprendre qu'il préférait sa sœur, ses idées obsessionnelles se firent jour. La jeune fille développa alors une idée obsessionnelle curieuse, lui faisant craindre, en rencontrant une femme portant un sac à provisions contenant des légumes, qu'une vieille pièce de monnaie couverte de vert-de-gris tombe de sa poche dans ce sac, empoisonnant ainsi toute la famille. Elle cherchait de façon grotesque à s'attribuer un rôle divin et à sauver ces gens, tout en persistant dans une lutte contre des moulins à vent. Les manifestations obsessionnelles se présentaient aussi à d'autres occasions : elle déclarait comme objets sains certains livres, surtout la Bible, et dès qu'un de ces livres ou la Bible tombait à terre, elle en achetait un autre exemplaire. De cette façon futile, elle exprimait très nettement sa supériorité vis-à-vis de sa sœur concernant la religion, le savoir. Elle se montrait surtout plus croyante, délicate, préoccupée du bien d'autrui, plus intéressée par la science et la religion que sa sœur : de cette manière facile, et non dans la vie sociale, elle remporta la victoire sur sa sœur.

Encore un autre exemple rencontre dans un asile.

Depuis sa première enfance, un homme se présentait volontiers comme un être particulièrement délicat, noble et supérieur aux autres. Son premier souvenir remonte à l'époque du jardin d'enfants où, ayant trace une ligne de façon irrégulière sans que l'institutrice l'ait vu, il fut, pendant deux ans, obsédé par cette idée, jusqu'au jour où son père lui conseilla de rendre visite à la maîtresse et de lui avouer sa faute.

Un jour, à la veille d'un examen, il se jeta à terre dans l'église en criant : « Je suis le plus *grand pécheur* de ce monde ». Il fut interne et, de ce fait, dispense de son examen.

Sa recherche d'égaliser Dieu se traduisit aussi par le fait qu'un jour il arriva absolument nu, en face de toute l'assistance, au réfectoire de l'établissement ; comme par hasard, c'était aussi à la veille d'un examen. Il était effectivement très bien bâti et assez beau. De cette manière insolite se manifesta à nouveau la contrainte, provoquée par cet examen, en sauvant son sentiment survenu de

sa personnalité et en lui donnant la possibilité de se montrer supérieur aux autres.

Un autre sujet, ayant souffert de manifestations obsessionnelles pendant des années, a vu son état s'améliorer considérablement pendant le traitement. Aîné d'une famille, dont le père occupait une position importante, ce dernier espérait voir son fils devenir un véritable génie. Le garçon fut très attaché au père jusqu'à l'époque où naquit, 5 ans plus tard, une sœur. À partir de ce moment, le père montra sa préférence pour la sœur. Le garçon eut alors l'idée de grimper sur le père pour le dépasser et lui casser le crâne. Jusqu'à son amélioration, il eut l'impression que s'il n'avait pas réussi aussi bien dans la vie que l'espérait son père, il eût cependant dépassé celui-ci, s'il n'avait pas souffert de ses manifestations obsessionnelles. Plus tard, à ces idées s'ajoutèrent des traits de pédantisme et parfois des idées cruelles ou vulgaires lorsqu'il avait l'impression d'être mis à l'arrière-plan par des gens qui en même temps le menaçaient ou l'injuriaient. Ces idées représentaient plus qu'une injure, mais moins qu'une attaque. Nous voyons comment, à partir de ces idées, il se procurait une certaine satisfaction - non pas par le fait de l'idée obsessionnelle, ni de la tendance agressive qui se manifeste dans ces cas - mais parce que derrière ces manifestations brillait, comme une étoile, l'assurance concernant la peur de sa défaite. Il a donc jeté un regard dans le pays promis, il aurait pu se montrer supérieur au père si, malheureusement, la mystérieuse maladie ne l'avait empêché de le faire, maladie qui, jusqu'à présent, n'a pu être maîtrisée par le médecin. C'est ce genre de difficultés que rencontre le thérapeute dans le traitement des obsédés. La guérison de ces maladies n'est pas seulement une question de science, mais aussi une question d'art.

Très souvent, les idées obsessionnelles portent sur une notion d'agression, par exemple si le malade voit un couteau. Une femme, enfant unique et toujours le point de mire de toute la famille, mariée, se vit trompée et bafouée par son mari. L'idée de se saisir du couteau, de faire du mal à son mari ou à leur enfant traduit, à peu près, le sens tel que nous le retrouvons dans les insultes proférées par le peuple : «Je pourrais tuer ce sale type». Ici, cette voix trouve une expression plastique.

Dans un autre cas, une jeune femme, très gâtée, avait peur de commettre quelque méfait avec un couteau. Son mari, homme essentiellement bon, avait la manie, rentrant de son travail, de prendre un livre et de lire au lieu de s'occuper d'elle. C'était la pour elle une raison suffisante pour imaginer, à la vue d'un couteau, des attaques contre son mari, exprimant ainsi d'une façon très nette son sentiment de supériorité par rapport à son partenaire.

Il faut à ce sujet nous expliquer avec un problème très important. Si, dans l'étude de la névrose obsessionnelle, nous procédons d'une façon intellectuelle,

nous ne devons pas oublier que ce qui est exprimé par la raison ne se laisse pas isoler de l'ensemble de la structure psychique. La conception d'une idée n'exclut pas l'élément affectif et émotionnel correspondant à cette idée, non seulement dans le sens d'un processus intellectuel, mais aussi pour la transposition de toute la personnalité dans une sphère idéo-affective transformée. Lorsque j'imagine être dans une très belle ville, j'évoque non seulement des images de cette ville, mais aussi les états affectifs et émotionnels comme si je m'en approchais ou m'y trouvais déjà. C'est également un événement important de notre vie psychique nocturne du rêve où sans le savoir, nous évoquons des sentiments et des émotions grâce aux images du songe, dont l'impression nous incite à nous mouvoir dans un sens donné. Il en est de même dans la névrose obsessionnelle où des idées de supériorité amènent aussi des sentiments et des émotions correspondantes. Il est naturel que, chez des êtres humains se croyant trop faibles en face de problèmes vitaux, cette tendance à s'enfuir se manifeste aussi par la suite devant d'autres problèmes, comme par exemple chez certains obsédés sous forme d'homosexualité, la question de la sexualité leur paraissant inaccessible. Il est facile de comprendre que, dans pareil cas, des images obsessionnelles surviennent souvent je cite ici celui d'un homme qui, depuis son enfance, s'entraînait à charmer tout le monde par sa beauté et ses attraits physiques. Il est évident que pareil attrait est plus facilement réalisable par des manières féminines que par des allures d'homme. C'est ainsi que ce sujet s'entraînait à jouer un rôle de fille : il le joua si bien un jour à l'école, à l'occasion d'une représentation, qu'un homme de l'assistance s'éprit de lui. Cette tendance à remporter des succès de ce genre l'amena, petit à petit, dans le domaine de l'homosexualité. Devenu adulte, cet homme dut choisir une profession et passer des examens, c'est-à-dire avancer d'une façon normale pour arriver à ce succès dont il avait toujours rêvé, problème beaucoup plus difficile à réaliser toutefois que les succès faciles dont nous venons de parler. Chaque fois qu'il dut assister à un cours, il fut pris d'un besoin irrésistible de dormir, besoin qui le préserva de tout examen car, de toute évidence, la question d'un examen ne pouvait se poser dans ces conditions. Il ne put passer l'examen de fin d'année, mais fut vite consolé, plus vite que s'il eût échoué, malgré une grande attention pendant les cours.

Relativement aux premiers souvenirs d'enfance, voici le cas d'une femme mariée, s'occupant constamment et de façon obsessionnelle de mettre en ordre le linge, et cela dans un état de tension nerveuse considérable. Le rangement lui prenait la plus grande partie de la journée, traduisant une contrainte visant un état de perfection divine. Une domestique s'occupait de l'intérieur et exécutait les travaux sous les ordres de cette femme. La malade était originaire d'une grande famille, où tous les membres se querellaient constamment, et bien souvent il lui arrivait de recevoir des coups ou d'entendre des injures. Elle se souvenait avoir dit un jour : « Quand je serai grande, je dominerai les autres comme ils me dominent actuellement ». Vous trouvez ici ce que j'ai décrit sous le terme de plan de vie, plan que nous rencontrons toujours chez

nos semblables ; un but qu'on pourrait exprimer par la phrase : « Il faut que je domine les autres ». Du fait de ses symptômes obsessionnels, la malade renonçait à aller en société où elle provoquait constamment des frictions et des querelles en offensant ses semblables qui, finalement, l'évitèrent. Elle se trouvait donc seule. Pour ses enfants, elle était le Bon Dieu, louant les uns, punissant les autres, comme bon lui semblait. Le mari était sous sa domination. Personne ne savait ranger une armoire comme elle le faisait, occupation considérée chez ses parents et ses sœurs comme très importante. Elle avait alors le sentiment d'avoir des esclaves auxquels elle donnait des ordres, situation artificiellement provoquée par elle et lui semblant être le summum du pouvoir. Son attention s'orientait vers ces futilités. En effet, elle agissait en régente dans ce petit cercle, ce petit cadre qu'elle s'était confectionné.

Une autre manifestation morbide est la contrainte à se laver, la tendance à nettoyer constamment tout. On y retrouve toujours l'opinion du sujet que tous les autres sont malpropres. Personne n'a le droit de toucher à quoi que ce soit, le malade s'élevant à une gloire de propreté et de supériorité. Nous retrouvons dans ce trouble le moyen de remettre à une date ultérieure la solution des problèmes vitaux et de ne pas montrer leur valeur là où il s'agit de rendements et de contributions sociales utiles. Un de ces cas concerne une fillette, cadette, qui, par la force des circonstances, arriva à une situation où son aînée fut rabaissée. La révolte de cette dernière accentua encore la sympathie de l'entourage pour la cadette : elle était l'enfant modèle, louée, aimée, comblée. Elle attendait beaucoup de la vie, mais le premier pas qui l'y conduisit, à savoir l'école, représenta pour elle un échec. À partir de ce moment, elle se vit incapable d'achever un travail, fut punie pour sa fainéantise. Elle considéra plus tard sa position de femme mariée comme une situation inférieure, d'autant plus que son mari, beaucoup plus âgé qu'elle et de caractère rigide, ne lui semblait apte ni pour l'amour, ni pour le mariage. Son état obsessionnel s'installa au moment de son mariage et obligea son mari à se tenir loin de leur table et de leur lit. Il faut noter l'incroyable malpropreté qu'on rencontre chez les malades souffrant d'une contrainte à se laver, malpropreté qui prend vraiment des proportions étonnantes. Elle provient de ce que toute l'harmonie sociale de la maison est perturbée.

Un autre cas est celui de l'érythrophobie. Une femme, présentant une peau extrêmement sensible et un appareil circulatoire très labile, souffrait depuis son enfance de cette maladie. Elle était fière lorsqu'on remarquait la rougeur de sa figure. Remarquons l'importance relative de la causalité. Au début, sa rougeur l'amusait, mais à partir du moment où elle donna naissance à un enfant, fruit d'un mariage sans amour, et où sa tante commença à dicter des règles de conduite à cette femme excessivement ambitieuse, elle trouva que sa rougeur était quelque chose d'horrible, l'obligeant à éviter tout le monde. Dans le petit domaine de son chez soi, utilisant sa manifestation vaso-motrice à son avantage, elle put satisfaire son besoin de domination.

J'ai connu un autre cas - certains ne voudront peut-être pas le considérer comme une névrose obsessionnelle - concernant une jeune domestique. Celle-ci avait la particularité de répéter au singulier de la première personne tous les ordres qui lui étaient donnés. Si, par exemple, sa patronne lui ordonnait de ranger une armoire, elle disait : « Cet après-midi, je mettrai l'armoire en ordre ». Il faut y voir un refus de l'autorité. Elle ne pouvait exécuter l'ordre qu'à condition d'agir de sa propre initiative. Vous savez peut-être que, dans la vie militaire, cette particularité psychique de vouloir être son propre chef est bien connue, chaque soldat étant obligé de répéter à la première personne du singulier l'ordre qui lui est donné ; ce qui lui procure l'impression d'être le maître de ses actes. Cette tradition repose certainement sur une profonde connaissance de l'âme humaine.

Une femme, particulièrement belle, souffrait d'un symptôme obsessionnel curieux : si elle devait ranger quelque chose dans la maison, travail qu'elle considérait, vu sa grande beauté et sa valeur, comme une brimade, elle devait elle-même se donner l'ordre en vue de son exécution. Ce symptôme ainsi que l'érythrophobie, s'installèrent au moment où les futiles événements de la vie journalière lui firent comprendre qu'elle commençait à vieillir et que sa beauté s'altérait.

Quant au pronostic de la névrose obsessionnelle, il faut dire ce qui a été dit au sujet de toutes les névroses. Il est hors de doute que bien des aspects névrotiques commencent avec des manifestations obsessionnelles et qu'une névrose peut évoluer soit vers une cyclothymie, soit vers une schizophrénie. Il est dans certains cas difficile de différencier s'il s'agit d'une névrose obsessionnelle, d'une mélancolie ou si on se trouve au début d'une schizophrénie. Dans les deux cas des composantes nuancées pourront permettre le diagnostic. Bonhoeffer a insisté sur la ressemblance de l'obsession avec la cyclothymie, Bumke, sur celle avec la schizophrénie. Les trois unités nosologiques représentent des modalités d'une personnalité montrant un extraordinaire complexe de supériorité et des aptitudes plus ou moins déficientes à la coopération.

En résumé, nos recherches sur la névrose obsessionnelle ont apporté depuis 1912 les précisions suivantes :

I. - Tendance à une supériorité personnelle, détournée en général sur des voies inutiles étant donné l'appréhension de l'individu de voir se dévoiler son infériorité.

II. - Cette extraordinaire tendance à la supériorité se trouve cultivée dès la première enfance par une éducation qui gâte trop l'enfant et qui lui donne

l'idée d'une valeur divine, idée adoucie et corrigée par le but concret des succès dans la réalité.

III. - En face de la situation actuelle (problèmes sociaux, professionnels ou amoureux) la valeur de la défaite incite l'individu à prendre une attitude hésitante, se manifestant par sa tendance à perdre du temps, à lambiner, à répéter et à rechercher les mêmes formes d'expression afin d'éviter toute prise de contact avec les problèmes vitaux, à l'aide de subterfuges tels que le doute, qui représente un « non » camouflé.

IV. - En arrivant ainsi à une détente de sa vie affective, l'idée obsessionnelle fournit au sujet un prétexte pour expliquer ses relatifs échecs. Les réussites dans la vie, malgré la névrose obsessionnelle, prennent de ce fait une grande importance et adoucissent le profond sentiment d'infériorité du malade. La contrainte névrosée, apparaissant souvent sous des formes multiples, traduit d'une façon fictive l'extraordinaire supériorité personnelle (ressemblance à Dieu).

V - La structure de l'obsession est identique à la structure du style de vie de la personnalité, l'éclosion de la maladie traduisant l'anomalie de la conduite vitale à partir du moment où le sujet se trouve en face d'un problème exigeant pour sa solution un degré de sentiment social dont ne dispose pas le sujet, ne l'ayant pas cultivé pendant l'enfance.

VI. - La contrainte d'une adaptation sociale est neutralisée par une contrainte opposée, résultat de la politique de prestige du sujet. Ces dernières années, j'ai pu encore établir les points suivants :

1° La contrainte ne réside pas dans le dynamisme obsessionnel, mais dans l'attaque menaçante de l'exigence sociale qui oblige le malade à se créer un dispositif de sécurité permettant d'éviter toute défaite et toute exposition de son sentiment d'infériorité.

2° Cet effort personnel et cette recherche d'une supériorité personnelle caractérisent le malade depuis sa première enfance. Ils l'incitent à créer une névrose obsessionnelle plus que toute autre manifestation morbide.

3° Pareille personnalité formée depuis les premières années de l'existence de l'individu ne peut se réaliser ni par voie mécanique, ni par la vie instinctuelle, ni par l'hérédité. C'est le produit final d'une création fortuite résultant d'incitations multiples qui proviennent d'infériorités organiques, d'influences du milieu, d'imitations d'exemples, etc.

Il ne nous a pas été possible d'admettre un conditionnement causal, bien que par erreur celui-ci ait été parfois invoqué. On ne peut jamais comprendre

dans une optique causale comment se forme la vie infantine et on doit considérer ce façonnage comme une tentative tâtonnante, parfois sujette à des erreurs, parfois compréhensible, mais qu'on ne peut jamais calculer avec une exactitude scientifique. Après la 5^e année, le sujet réalise et assimile les événements du monde extérieur uniquement suivant sa forme de vie ainsi stabilisée ; ses aperceptions se font en fonction de son plan de vie et toute sa personnalité se trouve dirigée vers un but final.

4° Le style de vie du névrosé protège toutes ses formes d'expressions concordant avec son schéma et rejette les autres.

5° Les sentiments de culpabilité ou de brimade qu'on retrouve presque toujours représentent une tentative de perdre son temps et démontrent la ressemblance de ce tableau morbide avec la mélancolie (Bonhoeffer). Ils sont établis de façon telle que l'entourage peut très facilement comprendre l'irraisonnable et l'insensé de leur structure et les considérer comme une manifestation morbide qui sert parfois, comme d'ailleurs les exercices de pénitence exagérés, à prouver l'extraordinaire vertu et la noblesse du sujet.

La guérison ne peut se réaliser que par la compréhension du style de vie particulier du malade et par l'amplification du sentiment social, donc par sa réconciliation avec les problèmes de la vie, qui nécessitent d'ailleurs un esprit de coopération et un courage social. Elle ne peut se faire que par la reconnaissance de ses propres erreurs, grâce à une technique élaborée par la psychologie individuelle comparée, technique de grande utilité, mais d'application difficile et qui exige un effort de compréhension.

Fin de l'article