

PAUL VERHAEGHE

Le diagnostic psychanalytique : le symptôme entre névrose actuelle et psychonévrose

L'histoire certes brève de la psychanalyse présente un renversement qui nous paraît revêtir une importance cruciale pour notre sujet : « les usages du symptôme ». Elle est d'abord une thérapie axée expressément sur le symptôme, par laquelle Breuer et Freud réussissent pleinement à faire disparaître des pathologies souvent graves. La cure réussit, bien que n'opérant pas au plan de la causalité. Freud admet volontiers que la méthode « hypno-cathartique » n'atteint pas la structure sous-jacente à la pathologie (1). Au fil du temps, Freud se focalisera de moins en moins sur le symptôme, pour fonder sa propre méthode basée sur l'association libre, qui opère quant à elle au niveau causal et vise à dégrossir la névrose jusque dans ses racines infantiles. La suite de l'histoire montrera que les succès obtenus par cette thérapie causale, curieusement, se font de plus en plus rares. Le pessimisme croissant qu'en tire Freud se laisse lire dans la suite conceptuelle que forment la pulsion de mort (1920 g), la réaction thérapeutique négative (1923 b), le masochisme moral (1924 c), l'analyse comme métier impossible (1937 c). En fin de parcours, Freud en viendra à relativiser la portée thérapeutique de l'analyse (ceci en contraste flagrant avec les psychopathologies somme toute lourdes qui peuplent les *Studien*). Le roc auquel il se heurte est, dit-il, biologique, et se laisse toujours ramener au complexe de castration (2).

Ce renversement donna lieu, dans l'après-Freud, à deux développements distincts. Il y eut, d'une part, l'ensemble de ceux qui, ayant voulu conserver voire accentuer l'aspect thérapeutique et curatif, aboutirent quasi inévitablement à l'une des multiples variantes du discours du maître avec ce qu'il comporte de suggestion, et cela de l'Ego-analyse à la Gestaltthérapie – concrétisant par là ce que Freud, dès 1919, avait prédit comme avenir de sa « cause », à savoir que « l'application massive de notre thérapie, [nous obligera] de mêler à l'or pur de l'analyse une quantité considérable du plomb de la suggestion directe » (3). Ce qui implique

l'impasse d'une nécessaire normalisation comme but ultime, à preuve l'exemple bien connu de la « relation génitale ». Quant à ceux qui voulurent, d'autre part, préserver l'or pur de l'analyse, leurs succès thérapeutiques, pour le moins discutables, ouvrirent à un ensemble de réactions que nous pouvons grouper sous le nom de « mécanismes de défense » : peu importe la réussite thérapeutique, seule compte l'analyse ((dé-) négation). Ou bien : la réussite thérapeutique ne nous intéresse pas, seul nous intéresse l'analyste (refoulement hystérique). Ou encore : la réussite thérapeutique est impossible, à cause de la société qui, elle, devrait changer (formation réactionnelle obsessionnelle). La dernière variante devient alors la sublimation et au succès thérapeutique se trouve substitué le fait de devenir soi-même analyste. Entre ces deux tendances il y a comme toujours la voie moyenne qui, en l'occurrence, consiste à mener à bien l'analyse « thérapeutique » – entendez : une analyse faisant fi de la stricte observance des règles – avant toute chose, pour ensuite passer à l'analyse vraie et de surcroît « didactique ».

C'est à la lumière de ce renversement – qui mène du succès de l'orientation symptomatique aux claudications causales – que nous voulons à présent prêter l'oreille aux usages du symptôme, dans le contexte des entretiens préliminaires comme par rapport à la finalité de la cure. Aussi bien est-ce sous deux aspects au moins qu'il convient d'envisager « les usages du symptôme » ; premièrement, comment le sujet utilise-t-il ses symptômes ? Et deuxièmement, quel usage l'analyste fait-il desdits symptômes ?

Habituellement, le futur analysant présente ses symptômes au sujet supposé savoir qu'est l'analyste, au cours des entretiens préliminaires. Ceux-ci constituent le moment par excellence qui permet de repérer la différence essentielle qui divise l'ensemble des symptômes en une série dont use le sujet, d'une part, et, d'autre part, un symptôme unique qui utilise le sujet.

Ce dernier symptôme ressortit au registre du Réel, tandis que la série des premiers appartient au domaine Symbolico-Imaginaire. Dès 1895, Freud nous enseigne l'importance primordiale de cette distinction à l'égard de la direction de la thérapie (*). Expliquons-nous.

Un seul symptôme relevant du Réel. Cela signifie-t-il qu'il s'agit d'un symptôme « réel » au sens de véritable (c'est-à-dire, mesurable, tangible et donc médical)? Non. Ou bien parlons-nous de la part réellement prise par le sujet dans son symptôme, de l'implication, voire de la complicité subjective telle que Freud sut la pointer chez Dora dès les premiers entretiens (et qui fut plus tard baptisée bénéfique secondaire de la maladie)? Non plus. Le symptôme réel ici visé est l'angoisse en tant qu'affect « qui ne trompe pas », ainsi que tous ses équivalents somatiques (généralement concentrés dans la sphère respiratoire). Le sujet n'utilise pas ce symptôme; il est au contraire utilisé par lui.

A l'opposé, la série des symptômes d'ordre Symbolico-Imaginaire est archi-connue, pour ne pas dire seule connue : conversion, phobie, phénomènes obsessionnels, autant de formes d'élaboration de l'angoisse, que le sujet utilise à titre de défense contre l'angoisse comme symptôme premier.

Au plan du diagnostic différentiel, ces deux formes du symptôme recourent la distinction typiquement freudienne entre les « névroses actuelles » (névrose d'angoisse et neurasthénie) et les « psychonévroses » (hystérie et névrose obsessionnelle).

Les premières ont pour ainsi dire disparu de nos jours; de leur étiologie on ne retint que le fameux coït interrompu, et sans doute est-ce la banalité et le caractère suranné de ladite étiologie qui en soi explique la disparition de cette catégorie nosologique pourtant typiquement freudienne. Nous pensons, toutefois, pouvoir repérer une catégorie fondamentale du diagnostic différentiel derrière cette apparente banalité – en fait parfaitement utilisable pour peu qu'on la reformule. L'étiologie est décrite par Freud en ces termes : les névroses actuelles ont pour fondement une excitation, une tension sexuelle accumulée, non « dérivée », c'est-à-dire pour laquelle on ne dispose pas de mécanismes de substitution. Aussi pourrions-nous caractériser la symptomatologie des névroses actuelles comme consistant par essence en symptômes négatifs, désignant quelque chose d'absent. La pertinence de ceci apparaît dès lors que l'on retraduit l'étiologie freudienne au sein

de l'appareil conceptuel lacanien : sous l'angle diagnostique-structurel, les névroses actuelles concernent la réaction d'angoisse face au Réel, en un point où l'élaboration psychique de ce Réel – représentation (Freud) ou signifiant (Lacan) – s'avère impossible. Freud le nota dès le début de sa clinique : une série d'états psychopathologiques ressortissent à une étiologie sexuelle échappant à toute symbolisation, dont le symptôme central est l'angoisse brute ou ses équivalents physiologiques. Le point de départ se situe dans le traumatisme, autrement dit la *tuchè* comme « rencontre toujours manquée avec le Réel », avec le champ de la sexualité, et qui toujours arrive mal à propos, jamais à point nommé, parce qu'elle a lieu en dehors du complexe de castration⁽⁶⁾. Cette dernière remarque, tirée du onzième séminaire, autorise une compréhension dès lors lacanienne de la nature de ce Réel : la tension sexuelle décrite par Freud se produit hors-signifiant et, partant, correspond à « l'autre jouissance » posée par Lacan, située en dehors du complexe de castration, c'est-à-dire en dehors du principe du plaisir et de l'ordre symbolique phalliquement fondé. C'est ce qui se révélera revêtir une importance cruciale eu égard à la finalité de la cure, en tant que celle-ci n'en finit pas de se heurter au refus, par le sujet, dudit complexe de castration, ainsi qu'à titre d'ouverture sur l'au-delà du principe du plaisir.

Une seconde catégorie différentielle est constituée par les psychonévroses. Etiologiquement, celles-ci remontent au même point que les névroses actuelles, à savoir une rencontre manquée avec le Réel dans le champ de la sexualité (appelé par Freud traumatisme), et présentent le même symptôme fondamental, l'angoisse : « On peut appeler ce premier stade de l'hystérie stade d'hystérie d'effroi; son symptôme primaire est une manifestation d'effroi avec lacune dans le psychisme »⁽⁷⁾. Premier stade, car ce qui caractérise la psychonévrose, et en même temps la distingue de la névrose actuelle, c'est précisément qu'elle dépasse ce stade, à la faveur d'une élaboration psychique de l'angoisse comme symptôme primaire, et dirigée contre elle. Cette élaboration psychique démarre avec une « représentation-limite », en bordure du Réel traumatique, que le sujet va élaborer plus avant sous forme de fantasme⁽⁸⁾. Ce concept freudien de « représentation-limite » revêt une importance considérable pour l'approche diagnostique-différentielle : en cas de psychonévrose, l'angoisse se voit couplée à la première représentation venue, au premier signifiant qui surgisse. Ce qui, nous dit Freud, caractérise l'hystérie (en

tant que prototype de la psychonévrose), c'est une nécessité d'opérer ce genre de connexions causales dans la conscience, et c'est ce qui produit les *falsche Verknüpfungen*, faux nouages entre l'angoisse fondamentale et les signifiants qui lui sont secondairement accolés. Plus encore, l'hystérie irait de pair avec une « compulsion à l'association »⁽⁹⁾. A preuve l'exemple selon lui typique de l'angoisse nocturne, où l'angoisse forme le moment de névrose actuelle, tandis que l'élément hystérique consisterait en ce couplage au premier contenu « approprié » venu⁽¹⁰⁾. Bien que Freud se soit abstenu de le faire, il nous paraît difficile de ne pas établir le lien entre cette idée et ce qu'il allait, plus tard, thématiquer sous le nom d'élaboration secondaire, à savoir la tendance du moi à reconnaître une cohérence, causale de préférence, dans les productions signifiantes de ce que Lacan appelle *l'automaton*⁽¹¹⁾. Cette idée apparemment banale d'une « compulsion aux associations » ne fut, à notre connaissance, guère exploitée depuis Freud. Or elle nous paraît dessiner une ligne continue à travers son œuvre entière. Outre le rapport avec l'élaboration secondaire de la *Traumdeutung*, nous rencontrons en effet, chez un Freud plus tardif, la conception selon laquelle la principale fonction du moi est précisément celle d'une « synthèse psychique », autrement dit l'incessant assemblage d'éléments isolés en unités combinatoires cohérentes (sur base de quoi Freud rejettera du reste l'idée d'une nécessaire « psychosynthèse » après la « psychanalyse »). Et c'est cette même fonction que nous croyons repérer dans les pulsions de vie (*Eros*), caractérisées par Freud comme la tendance primordiale à la liaison des éléments⁽¹²⁾.

Ainsi donc, les symptômes psychonévrotiques sont toujours des élaborations défensives de la rencontre manquée avec un Réel impossible, défensives précisément parce qu'ils confèrent du sens. Contrairement à ceux des névroses actuelles, nous pouvons les considérer comme des symptômes *positifs* : conversion, signifiant phobique, phénomènes obsessionnels, tous cadrent également dans le fantasme, qui lui-même vise à encadrer le Réel. D'où l'intime conviction du sujet que son symptôme signifie « quelque chose », d'où encore les subséquentes opérations langagières au sein du dispositif du signifiant, au nombre desquelles l'interprétation⁽¹³⁾. Initialement, l'interprétation impliquait un retour à l'origine suivi de la guérison – cela du moins au temps béni des *Studien*. Dès cette époque pourtant, et de plus en plus nettement au fil de l'évolution en direction de la psychanalyse à proprement parler, les

symptômes se faisaient progressivement plus résistants et plus aptes au déplacement, tandis que leur origine, toujours plus reculée dans le temps, en vint à se voir située à l'ère glaciaire⁽¹⁴⁾. Parallèlement, Freud dut imprimer à ses concepts le même mouvement temporel, si bien qu'on passa du fantasme au fantasme originaire, du refoulement au refoulement originaire, du père au père primitif. C'est ici que s'origine le pessimisme de Freud.

A envisager les choses sous cet angle, nous pouvons, dès les entretiens préliminaires, opérer une distinction de structure entre deux sortes de symptômes et deux catégories nosologiques : la psychonévrose constitue la superstructure de la névrose actuelle sous-jacente, et la névrose actuelle s'arrête au point où commence – voire même : d'où s'enfuit – la psychonévrose. Leur ligne de démarcation est le lieu de l'angoisse librement flottante, l'attente anxieuse toujours prête à coupler l'angoisse à un quelconque contexte idéationnel surgissant⁽¹⁵⁾. Ce qui, dans la névrose d'angoisse, constitue une angoisse automatique, impossible à élaborer, devient dans les psychonévroses une angoisse-signal, signal de la nécessité d'entamer le procès d'un habillage signifiant⁽¹⁶⁾. Cette distinction structurelle indique tant la concordance que la différence de l'usage fait du symptôme par le sujet : passivement subi dans la névrose actuelle, le symptôme se fait activement défensif dans les psychonévroses, parce qu'il confère du sens et tend au déplacement. Voyons quelles conclusions cela nous permet de tirer quant au pronostic et à la finalité de la cure, envisagée dans une perspective analytique. En d'autres termes, comment l'analyste va-t-il faire usage de ces symptômes?

Conformément au renversement historique décrit plus haut, nous souhaitons distinguer entre une cure à visée résolutive des symptômes, et l'analyse en tant qu'elle opère au plan causal. Dans le cas des cures visant à résoudre les symptômes, les deux catégories ici décrites impliquent une finalité différente. Pareils quant à leur étiologie, les deux sortes de symptômes se distinguent par leur élaboration ici manquante, là présente. Il en découle – toujours dans l'hypothèse d'une visée curative – une finalité strictement opposée dans les deux cas. Quand l'élaboration symbolico-imaginaire manque, il paraît souhaitable, d'un point de vue thérapeutique, de la faire advenir, afin que le sujet ait prise sur ce par quoi il est pris. Le but de la cure, dès lors, n'est pas « d'atteindre le Réel », lequel n'est que trop présent sous les espèces de l'angoisse en tant qu'affect fonda-

mental. Plutôt faut-il que la thérapie enveloppe ce Réel des signifiants auparavant manquants et susceptibles de canaliser l'angoisse – voyez « l'efficacité symbolique » de Lévi-Strauss. Dans le cas contraire, lorsque les symptômes psychonévrotiques sont présents, on tentera bien plutôt d'ôter ces enveloppes et d'amener l'analysant au point qu'il avait initialement fui : le Réel⁽¹⁷⁾. Mais c'est méconnaître la force de la névrose, dont tout un chacun, à l'instar de Freud, fait bien vite l'expérience au vu de la série sans fin des déplacements desdits symptômes qui, en outre, ne manquent jamais de se concentrer rapidement sur la personne du thérapeute – moment où la psychonévrose change de nom et se fait névrose de transfert.

On obtient en somme le paradoxe suivant : d'une névrose actuelle on essaie de faire une psychonévrose, tandis qu'on tente de ramener les psychonévroses à la névrose actuelle originelle. Et ce paradoxe ne fait que s'étoffer au vu de la réalité clinique qui oblige à constater que les formes nosologiques pures n'existent que dans les manuels, selon le mot de Guislain que Freud ne fait que confirmer lorsqu'il dit que l'hystérie est toujours mâtinée de névrose d'angoisse, c'est-à-dire qu'à la psychonévrose vient toujours s'amalgamer une part de névrose actuelle⁽¹⁸⁾. Comment en effet en irait-il autrement, s'il est vrai que la psychonévrose n'est autre que l'élaboration de la névrose actuelle. Une névrose d'angoisse aspire à l'hystérie et demeurera névrose d'angoisse si cette opération échoue. La confusion faite dans l'après-Freud de ces deux catégories eut pour résultat que tout l'accent vint à porter sur la partie analysable (c'est-à-dire psychonévrotique), au détriment du non analysable en tant qu'il ressortit à la névrose actuelle⁽¹⁹⁾.

Une psychothérapie « curative » des symptômes correspond ainsi, dans l'un des cas, à l'assemblage supplétif d'un puzzle de symptômes, et, dans l'autre, au démantèlement de ce que le sujet avait auparavant bricolé tout seul à titre de suppléance. Il s'ensuit qu'en tout état de cause, l'approche axée sur le symptôme semble vouée à l'échec. Qu'en est-il de l'approche causale?

Causal signifie que l'on prête l'oreille à une cause. L'angoisse, dira-t-on. Or non, car Freud fait bien remarquer que l'angoisse, en tant que telle, est déjà réponse, réaction, suite donnée à ce qu'il appelle un

« danger »⁽²⁰⁾. Pour lui ce danger, en dernier ressort, est toujours la castration ou, en termes lacaniens, le manque imposé au Réel de par le Symbolique, la part de Réel irréductible au Symbolique. Nous pensons devoir introduire une nouvelle distinction ici, entre une non-symbolisation accidentelle – particulière à chaque sujet – d'une part, et structurelle du Réel, d'autre part. L'accidentel (*tuchè*) réside dans la particularité du devenir de tout sujet. On pourrait dire, à la limite, que l'histoire – mieux : le mythe – de chaque vie est à considérer comme la réponse symptomatique recouvrant le non-dit du discours de l'Autre. Aucun doute, ici, quant à l'efficacité, même thérapeutique, de l'analyse : à cet égard notre métier est bel et bien possible. Toutefois, au-delà de cette part accidentelle et toujours particulière de Réel non symbolisé, s'étend le manque structurel, le Réel en tant qu'impossible à symboliser et l'angoisse afférente. Qu'une analyse poussée aboutisse en ce point ne fait pas l'ombre d'un doute : voyez les demandes d'aide psychiatrique (traitées comme catégorie clinique par Marc Strauss) émanant de sujets analysés, selon leurs propres dires, avec succès, à la faveur de poussées d'angoisse : apparemment, c'est bien la névrose d'angoisse qu'ici nous retrouvons sous la psychonévrose, au moment où l'analyse fait choir le sujet hors de son fantasme. Ce n'est pas au non-symbolisé accidentel et susceptible de mise en mots que nous avons affaire là, mais bien à l'impossible à symboliser en tant que tel⁽²¹⁾. Sur ce point, précisément, les post-freudiens apportent un « semblant » en guise de réponse, puisqu'ils ne font que troquer le fantasme particulier contre un fantasme social, à savoir l'idéal mythique de la relation génitale (« Si, il y a bien du rapport sexuel »). Avec son « retour à Freud », Lacan interpréta l'impossibilité structurelle de cette imaginarisation, ainsi que ses fondements idéologiques. A cet « incurable en tant que tel » (car il est vrai qu'ici notre métier se révèle impossible) nous pouvons, avec Lacan, apporter cette autre réponse, qu'aux limites du savoir il s'agit de substituer un savoir des limites où l'objet *a* fasse figure de cause. Objectif d'ordre éthique aussi bien, mais qui ne saurait nous dispenser, par ailleurs, d'interroger toujours plus avant ce Réel impossible à symboliser. Voilà qui devrait venir au tout premier plan de nos préoccupations conceptuelles à venir.

Notes

- (¹) S. Freud et J. Breuer, *Studien Ueber Hysterie* (1895 d), GW 1, p. 260.
- (²) S. Freud, *Die endliche und die unendliche Analyse* (1937 c), GW 16, passim; *Abriss der Psychoanalyse* (1940 a), GW 17, passim.
- (³) S. Freud, *Wege der psychoanalytischen Therapie* (1919 a), GW 12, p. 94.
- (⁴) S. Freud et J. Breuer, *Studien Ueber Hysterie* (1895 d), GW 1, p. 259.
- (⁵) S. Freud, *Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen*, (1895 b), GW 1, p. 322, pp. 333-334.
- (⁶) S. Freud, *Zur Kritik der 'Angstneurose'*, (1895 f), GW 1, p. 358.
- (⁶) « La mauvaise rencontre centrale est au niveau sexuel. Cela ne veut pas dire que les stades prennent une teinte sexuelle qui se diffuserait à partir de l'angoisse de castration. C'est au contraire parce que cette empathie ne se produit pas qu'on parle de trauma et de scène primitive ». (nous soulignons).
- J. Lacan, *le Séminaire, livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris, Seuil, 1973, pp. 53-54, p. 62, p. 67.
- (⁷) S. Freud, *Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Briefe an Wilhelm Fliess*, Frankfurt, Fischer Verlag, 1975, Manuskript K, p. 136, de Freud. Voir aussi S. Freud, *ibidem*, Manuskript E, p. 83 et lettre 84, p. 211.
- (⁸) S. Freud, o.c., Manuskript K, p. 137; lettre 59, p. 166; lettre 61, p. 169; lettre 62, p. 173.
- Nous avons conceptualisé ailleurs ce point primaire de l'élaboration psychique qu'est la « représentation-limite » comme constituant le refoulement originnaire de Freud. Voir à ce propos : P. Verhaeghe, *Tussen hysterie en vrouw, een wegdoor honderd jaar psychoanalyse*, Leuven, Acco, 1987, pp. 37-38, pp. 128-130.
- (⁹) S. Freud et J. Breuer, *Studien ueber Hysterie* (1895 d), GW I, pp. 121-123, note 1.
- (¹⁰) S. Freud, *Ueber die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als « Angstneurose » abzutrennen* (1895 b), GW 1, p. 320.
- (¹¹) Les rapprochements avec les catégories a priori de Kant et la synthèse créatrice de Wundt vont ici de soi.
- (¹²) S. Freud, *Wege der Psychoanalytischen Therapie* (1919 a), GW 12, pp. 184-185.
- S. Freud, *Jenseits des Lustprinzips* (1920 g), GW 13, passim.
- (¹³) J. Lacan, « R.S.I. », Séminaire du 21 janvier 1975, in : *Ornicar?* n° 3, mai 1975, pp. 109-110.
- (¹⁴) Nous faisons référence aux tentatives freudiennes de fonder la disposition phylogénétique à la psychonévrose par le biais des glaciations vues comme le facteur qui aurait chassé l'homme du paradis « naturel », réel, l'obligeant ainsi à une élaboration « culturelle », symbolico-imaginaire. Freud ne publia pas ce manuscrit, appartenant à la série des écrits métapsychologiques, qui fut retrouvé par Ilse-Grubrich-Simitis.
- S. Freud, *Uebersicht der Uebertragungsneurosen*, Ein bisher unbekanntes Manuskript, Ediert und mit einem Essay versehen von Ilse Grubrich-Simitis, Frankfurt, Fischer Verlag, 1985, 128 pp., essentiellement pp. 73-76.
- (¹⁵) Avec la compulsion aux associations, cette idée d'« attente anxieuse » traverse toute l'œuvre de Freud, de l'article sur les névroses d'angoisse, où elle occupe à titre de symptôme une place centrale (*Ueber die berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als « angstneurose » abzutrennen* (1895 b), GW I, p. 318) jusqu'au texte consacré à l'au-delà du principe du plaisir, *Jenseits des Lustprinzips* (1920 g, passim), où c'est son absence qui est dite expliquer l'échec du principe du plaisir et l'impact du traumatisme. Le raisonnement freudien se laisse sommairement résumer comme suit : sans attente anxieuse, absence de représentations prêtes à surgir, donc absence de la possibilité d'une décharge énergétique et, partant, d'un abaissement de la tension, donc échec du principe du plaisir, donc compulsion de répétition en guise de tentative de trouver néanmoins des représentations utilisables. Sous cet angle, la compulsion de répétition vise à permettre la compulsion aux associations.
- (¹⁶) S. Freud, *Hemmung, Symptom und Angst* (1926 d), GW 14, pp. 170-71, pp. 175-76, p. 194.
- (¹⁷) On voit poindre ici une question cruciale pour la thérapie : une part déterminée de Réel est par définition intraduisible, non-symbolisable; ce qu'on en fait ne peut consister, tout au plus, qu'en fausses connexions. Seulement, tout le monde ne développant pas pour autant une hystérie façon Anna O., on en conclura que, malgré cette impossibilité, des traductions néanmoins existent, ici ratées, là réussies. La conceptualisation freudienne ultérieure des psychonévroses consista précisément à démontrer que la « première » traduction du Réel traumatique est élaborée et perlaborée à titre de défense sous diverses formes pathologiques, et de telle sorte que ces dernières deviennent en soi des pathologies : phobies, obsessions, conversions... L'interprétation analytique dès lors consiste à éliminer de ces traductions, mais en restant dans ce cadre, l'aspect pathologique. Cependant, la part de Réel impossible à symboliser, l'impossibilité structurelle, demeure la même pour tout un chacun, et c'est ce qui nous mène au fameux dernier paragraphe des *Studien*.
- (¹⁸) S. Freud et J. Breuer, *Studien Ueber Hysterie* (1895 d), GW 1, p. 257.
- (¹⁹) La distinction entre les deux se perdit après Freud et fut pour ainsi dire scindée : on n'eut plus d'yeux que pour l'hystérie interprétable, au détriment complet des pistes non-interprétables relevant de la névrose actuelle. L. Jonckheere a récemment émis une hypothèse intéressante à ce sujet. Selon celle-ci, la catégorie des états-limites serait née d'une méconnaissance inverse : Kernberg et Cie auraient négligé chez leurs patients tout élément hystérique, pour ne plus s'occuper que des seuls aspects non enveloppés de signifiant et ressortissant à la névrose actuelle, sous le nom de « borderline » (conférence aux « Psychoanalytische Perspectieven », Gand, le 8 février 1988). Une explicitation de cette hypothèse pourrait bien, à notre sens, entraîner d'importantes conséquences pour le diagnostic comme pour le traitement.
- (²⁰) S. Freud, *Hemmung, Symptom und Angst* (1926 d), GW 14, pp. 175-176.
- (²¹) « Il s'agit de gens qui viennent, d'eux-mêmes le plus souvent, faire appel au psychiatre, en urgence donc, pour se faire hospitaliser ou au moins prescrire des médicaments. Il se plaignent de crises d'angoisse insoutenables [aktualneurose : angstneurose] ou de tristesse chronique avec un dégoût massif, un désintérêt de l'existence [aktualneurose : neurasthenie]. Or, il s'avère à l'entretien qu'ils ont fait une psychanalyse dans le passé, de plusieurs années : pas une simple promenade. De leur propre avis cette analyse leur avait apporté beaucoup, ils avaient compris énormément de choses, leur vie en avait été modifiée ». M. Strauss, « La peine de l'innocent », *Quarto*, n° 33/34, décembre 1988, p. 80; entre crochets : notre ajout.