

## DE LA SUGGESTION AU TRANSFERT

Sylvia Heller

En 1885, on sait que Freud, très imprégné des travaux de Charcot, revient de Paris avec le projet de démontrer que les paralysies hystériques relèvent d'une représentation populaire et non anatomique de l'innervation.

Il est acquis à l'idée que les phénomènes hystériques ne sont pas une simple affaire d'utérus, mais qu'au contraire, ils obéissent à des lois propres, comme le montrent l'existence de l'hystérie masculine d'une part, et les caractéristiques des trois états hypnotiques décrits par Charcot chez les patients hystériques d'autre part. Ainsi, lorsqu'en 1888 il rencontre Bernheim et l'école de Nancy, les discussions quant à la place et à la nature de la suggestion hypnotique vont être centrées sur les corrélations entre hypnose, suggestion et hystérie. Lorsque Freud traduit l'ouvrage de Bernheim, il indique dans sa préface comment il se situe par rapport aux hypothèses de l'auteur, et développe sa propre position au sujet des rapports entre hystérie et suggestion. Ce point de départ nous a fait poser comme hypothèse de travail qu'il existe chez Freud, à l'orée de la psychanalyse et comme prototype d'une clinique psychanalytique, ce qu'on pourrait appeler une « clinique de la suggestion ». Il s'agit d'en repérer les traits et de pointer comment ensuite Freud va déboucher sur une clinique fondée sur le transfert, tandis que des glissements successifs remodeleront et préciseront les rapports entre suggestion et transfert.

Pour Bernheim, la suggestion est un phénomène purement psychique. De cette position on ne peut déduire que les productions de l'hypnose hystérique soient autre chose que le résultat de suggestions inintentionnelles de la part du médecin.

Pour Freud, au contraire, l'objectivité de la symptomatologie hystérique ne fait aucun doute: les symptômes du grand hypnotisme hystérique ne proviennent pas d'une suggestion de l'investigateur, et leur description va à l'encontre de leur caractère psychique : on ne peut les attribuer qu'à des causes physiologiques car la suggestion ne saurait produire quoi que ce fût qui ne soit contenu ou introduit dans la conscience. Mais notre conscient ne connaissant que le résultat final d'un mouvement, il ne sait rien de la position de chaque muscle, ni de la distribution anatomique des nerfs.

Freud soutient là la position de Charcot qu'il étaye d'un exemple fondé sur ce que dit Hückel de quelque chose qu'il nomme « transfert » et qui concerne le passage de la sensibilité d'une partie du corps à la partie correspondante de l'autre côté. Ce « transfert » est interprété par l'auteur comme le fruit d'une suggestion occasionnelle reproduite ensuite par les médecins par suggestion inintentionnelle.

Freud, lui, indique qu'il s'agit pourtant bel et bien d'un processus authentique physiologiquement interprétable comme l'exagération d'une relation qui existe normalement entre les parties symétriques du corps.

Cependant, il reconnaît dans la suggestion l'existence de certains facteurs psychiques, et il distingue d'une part l'hypnose par suggestion mentale, d'autre part des phénomènes survenant sans contribution du médecin: dans certains cas une idée est suscitée et elle est acceptée par le sujet comme si elle avait surgi spontanément de son propre cerveau. Dans d'autres cas on parle de suggestion sans qu'il y ait d'injonction verbale (par exemple : une posture suggérerait en elle-même sa maintenance du fait des connexions entre différents modes d'excitation et d'innervation dans le système nerveux). La difficulté vient de ce que pour tout cela on utilise le même terme de suggestion.

Freud propose donc de distinguer une suggestion psychique directe de ce qu'il appelle « stimulation à l'auto-suggestion » : ainsi, par le biais d'une stimulation externe la paralysie est « suggérée » indépendamment de la volonté du médecin. C'est ce type d'auto-suggestion qui commande la production des paralysies hystériques spontanées, et c'est la tendance à de telles auto-suggestions plutôt que la suggestibilité par rapport au médecin, qui caractérise l'hystérie.

Voilà qui est clair, et ce parti pris de Freud ne sera pas sans conséquences : de fait, c'est parce qu'il prend cette position opposée à Bernheim que va s'ouvrir pour lui la voie vers l'invention de la psychanalyse.

D'ailleurs, dit-il, Bernheim lui-même travaille aussi par stimulation à l'auto-suggestion : « La suggestion pousse grandes ouvertes des portes qui en fait sont en train d'elles-mêmes de s'ouvrir doucement à l'auto-suggestion ». Simplement, les suggestions indirectes ne sont pas exposées à la pleine lumière de la conscience comme les suggestions directes, car nous sommes plus accoutumés à porter notre attention sur des perceptions externes que sur des processus internes.

Faisant un pas de plus, il finit par conclure que l'antithèse entre phénomènes psychiques et physiologiques n'a de sens qu'aussi longtemps qu'on entend par suggestion une influence psychique directe du médecin qui induit la symptomatologie du patient. Mais ce sens disparaît dès qu'on considère que la suggestion ne fait que produire des ensembles de manifestations fondées sur les particularités fonctionnelles du système nerveux hypnotisé.

On voit donc là que le statut de l'hystérie est fonction de la définition donnée à la suggestion et de la place qui lui est attribuée. D'ores et déjà, le fait de distinguer une « auto-suggestion » hystérique met Freud dans la position de considérer la suggestion directe comme superfétatoire. C'est la raison pour laquelle il pourra la reléguer au statut de procédé auxiliaire. Mais au-delà de ce point, il apparaît que la notion d'auto-suggestion hystérique fait transition vers ce qui, dix ans plus tard, dans les *ÉTUDES SUR L'HYSTÉRIE*, amène Freud et Breuer à fonder leur clinique sur la notion d'un « traumatisme psychique agissant à la manière d'un corps étranger » (par le biais de son souvenir).

En 1895, donc, l'hystérique souffre de réminiscence, et il s'agit de retrouver ce souvenir par une méthode appropriée, compte tenu du fait qu'il ne peut surgir dans la mémoire normale, mais seulement dans celle de l'hypnotisé.

Il existe, dans toutes les hystéries, une dissociation rudimentaire du conscient d'où découlerait une tendance à l'apparition d'états anormaux dits « hypnoïdes ». « Nous voudrions substituer à la formule fréquemment employée et d'après laquelle l'hypnose serait une hystérie artificielle la proposition suivante : le fondement, la condition nécessaire d'une hystérie est l'existence d'états hypnoïdes ».

Les groupes de représentation présents dans les états hypnoïdes de l'hystérie... représentent le rudiment plus ou moins organisé d'un second conscient. Ensuite, le symptôme hystérique permanent correspond à une infiltration de ce second état dans l'innervation

corporelle que domine généralement le conscient normal. A un moment donné « le conscient hypnoïde a envahi toute l'existence du sujet », d'où l'accès hystérique.

Ce qui est ici « prédisposition aux états hypnoïdes », ne peut être que rapproché de ce que Freud appelait « tendance à l'auto-suggestion » et qu'il spécifiait d'être fondée sur les particularités fonctionnelles du système nerveux hypnotisé. A partir de cette position commune, Freud et Breuer vont chacun faire part de leurs observations et de leurs conclusions. Dès lors, des divergences apparaissent, dont l'une des conséquences, et non la moindre, est que l'un va en rester à la méthode cathartique tandis que l'autre va rencontrer le transfert.

Breuer, qui utilise la méthode cathartique, fait état de la suggestibilité de certains hystériques qui repose dit-il sur une « faiblesse mentale » : la suggestibilité est un « manque de critique » face aux représentations qui surgissent dans le conscient ou qui y sont introduites. Il oppose les « intellectuels » aux « sanguins » et va jusqu'à indiquer que « le psychisme inconscient et dissocié de l'hystérique est éminemment suggestionnable par suite de la pauvreté et du caractère incomplet de son contenu idéatif : la faculté de résister aux auto-suggestions comme aux suggestions extérieures est, chez les sujets, diminuée, voire supprimée. »

Freud, quant à lui, aborde les choses d'un point de vue très différent : il émet des restrictions à la méthode cathartique et abandonne (après avoir abandonné la suggestion directe) notamment l'hypnose, ce qui lui permet de repérer deux éléments fondamentaux dans la psychothérapie des hystériques: la résistance et le transfert. Il n'est pas dans notre propos de développer ici ces deux points, mais de montrer comment leur découverte amène Freud à insister sur le caractère éprouvant de sa méthode, tant pour le médecin que pour le patient, lui fait indiquer les conditions d'application de cette méthode, à savoir en premier lieu: « le procédé exige des sujets un certain degré d'intelligence... toute dose de débilité mentale en rend l'emploi extrêmement difficile ».

Procédé, soit dit en passant, qui a abandonné la suggestion hypnotique au profit de « procédés auxiliaires de suggestion » destinés à détourner l'attention du patient de ses résistances. Or, il faut rappeler que la position de Bernheim quant à la suggestibilité, sur laquelle il fonde sa psychothérapie est exactement la même que celle de Freud: un cerveau idiot est peu suggestible, parce qu'il a peu d'idées.

Autrement dit, nous avons d'un côté Bernheim, qui, s'il a en commun avec Freud en quelque sorte de ranger la suggestibilité du côté des fonctions supérieures, en reste à la thérapie par suggestion parce qu'il tient la position de l'origine psychique de la suggestion (L'idée est suggestion dira-t-il en 1916).

De l'autre côté Breuer, que la conviction du caractère de processus des phénomènes hystériques, a amené à adhérer à l'hypothèse de l'étiologie traumatique de l'hystérie, mais qui, posant comme inversement proportionnelles l'intelligence et la suggestibilité, en reste à l'utilisation de l'hypnose qui lui masque les résistances et les phénomènes de transfert. On sait les conséquences qui en découleront...

Et puis, il y a la troisième voie, celle de Freud: on retrouve, en 1895, les traces de sa position quant à l'auto-suggestion par exemple lorsqu'il dit que le comportement du symptôme hystérique ne diffère nullement de celui de l'image mnémorique que la pression de la main fait surgir : l'un est d'apparition en apparence spontanée, alors qu'on se souvient d'avoir soi-même provoqué les scènes et les idées. Cependant, du fait qu'il ne table pas sur une vision déficitaire du psychisme de l'hystérique, il se met en position de laisser de cote

l'artillerie lourde de la suggestion, ce qui lui permet non seulement d'utiliser plus finement la suggestibilité des patients, mais encore de faire une cascade de découvertes qui vont d'une part donner le statut de dinosaure aux premières spéculations cliniques, d'autre part amener entre autres dans les années à venir une redéfinition de la suggestion par rapport au transfert.

En effet, à partir des études sur l'hystérie c'est le transfert qui devient la solution même du problème, la suggestion étant reléguée au rang d'artifice, et fonctionnant comme « contre suggestion », utilisée dans la lutte contre la résistance, et non pour supprimer d'emblée le symptôme, dont le patient se débarrassera en reproduisant les impressions pathogènes et en les révélant avec émotion. La tâche curative consiste précisément à l'y inciter (et c'est le transfert qui rend la chose possible), de sorte qu'« une fois le verrou ouvert, le déclenchement du loquet n'offre plus de difficulté ».

La suggestion deviendra « l'influence exercée sur un sujet au moyen des phénomènes de transfert qu'il est capable de produire » (1912), la suggestibilité ne sera autre chose que « la tendance au transfert positif » (1916), et Freud expliquera l'échec de Bernheim à comprendre le phénomène de suggestion par le fait qu'il n'avait pas le moyen de voir le lien entre suggestibilité et libido.

C'est pourquoi on pourra lire sous la plume de Freud des phrases telles que « le transfert, c'est-à-dire la suggestion » (et vice versa) à entendre dans le contexte de la psychanalyse, à savoir d'une méthode dont le but n'est pas de ménager le transfert pour laisser le terrain à l'action suggestive, mais au contraire d'utiliser la tendance au transfert (c'est-à-dire la suggestibilité) pour détruire ce même transfert en tant qu'il est résistance.

Cette montée en première ligne du transfert va induire une réorientation progressive des positions cliniques de Freud, qui aboutit, sinon à une clinique du transfert proprement dite (car, après tout, celle-ci reste à faire) du moins à la mise en place des prémisses d'une telle clinique.

En effet, en élaborant des théories successives du transfert, il remarque (1912) que les névrosés développent un transfert bien plus intense que d'autres sujets non analysés. La question se pose immédiatement de savoir si c'est là le fait de la situation analytique. Il tranche clairement sur ce point :

- les particularités du transfert ne sont pas imputables à l'analyse, mais à la névrose (1912)
- Deuxième temps: en 1914 apparaît la notion de névrose de transfert en tant que venant remplacer dans la cure la névrose ordinaire, conférant ainsi aux symptômes morbides une signification de transfert nouvelle.
- Troisième temps: de la névrose de transfert comme néo-formation dans la cure, Freud passe en 1916 aux Névroses de transfert comme catégorie clinique « C'est dans les hystéries, les hystéries d'angoisse et les névroses obsessionnelles que le transfert présente cette importance extraordinaire, centrale même au point de vue du traitement. C'est pourquoi on les a appelées avec raison névroses de transfert ».

En corollaire, la curabilité des patients est proportionnelle à leur faculté de recevoir l'aide d'une autre personne, à leur possibilité de transfert. Ainsi, quand cette possibilité devient essentiellement négative (paranoïa), il n'y a plus moyen d'influencer les malades, leur suggestibilité devient nulle. En 1916 « le degré d'influence de la technique analytique dépend de la capacité des sujets d'investir sa libido sur des objets, c'est-à-dire, de son degré de narcissisme ». D'où une deuxième catégorie clinique, sans faculté de transfert et n'étant donc

pas accessible à l'influence du médecin. Dans cette catégorie se situent principalement les déments précoces et les paranoïaques.

Ici, pas de différence fondamentale entre le Freud de 1889 et celui de « l'ère psychanalytique ». Le fait d'un recentrage de la clinique autour du transfert, dont l'effet (en tout cas jusqu'en 1916) en ce qui concerne les névroses est celui d'une ouverture extraordinaire et d'une débauche de spéculations théoriques optimistes, est au contraire ici de l'ordre d'une fermeture très tranchée. Au mieux, Freud en réfèrera-t-il aux découvertes futures de la science pour nuancer son pessimisme.