

## Sur l'histoire et critique des soi-disants états psychiques obsessionnels<sup>1</sup>

Par le Dr Wolfgang Warda

Médecin dirigeant de la Maison de Santé pour maladies nerveuses « Villa Emilia » à  
Blankenbourg (Thuringe)

Beaucoup de faits et de théories cliniques durent être réunis pour former le complexe psychogénétique et clinique de différents stades de maladie, qui est aujourd'hui résumé dans la littérature allemande sous le nom d'« états psychiques obsessionnels ». L'histoire du développement des « états psychiques obsessionnels » est une partie intégrante de l'histoire de la psychiatrie en général. Toutes les directions de pensée essentielles dans la psychiatrie la plus récente, notamment en France et en Allemagne, y ont apposé leur marque. Nous trouvons dans celles-ci les traces des anciens enseignements sur les monomanies, ainsi que les influences de la doctrine de la dégénérescence, devenue pour ainsi dire exorbitante en France, de même que les effets des connaissances approfondies de la paranoïa, notamment en Allemagne, ainsi que l'étude de la neurasthénie et enfin de l'hystérie. Nous voyons que dans cette branche de la psychopathologie deux directions se complétant mutuellement se sont toujours maintenues : l'une proposa des types de maladie isolés et chercha à les différencier ; l'autre rechercha des traits manifestes, qu'elle subordonna suivant les symptômes de différentes formes cliniques. Ce second point de vue a aussi créé le nom d'« états psychiques obsessionnels ». Selon moi, il a mélangé de manière peu critique des formes de maladies bien séparées et embrouillées dans la nomenclature, ce qui entre en contradiction avec les principes élémentaires et les définitions de la psychologie et de la psychopathologie. Mon intention initiale était de protester contre les conceptions farfelues des auteurs qui ont édifié et construit l'enseignement des « états psychiques obsessionnels ». De ce plan résulte principalement l'essai d'une vision historique et critique des « états psychiques obsessionnels », dont j'espère qu'il puisse apporter un éclaircissement sur les différentes visions.

<sup>1</sup> Note éditoriale : Envoyé à la Rédaction en novembre 1901. Warda W., « Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände », *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Nr. 39, S. 239-285 und S. 533-585, 1905. Note du traducteur : là où la terminologie française ne connaît qu'un mot, obsession, la terminologie allemande est riche de toute une gamme de termes spécialisés construits à partir de la racine *Zwang-* (contrainte). *Zwangsvorstellung* peut être traduit littéralement par « représentation obsédante de contrainte », mais on utilisera en français soit le mot obsession (usuel dans la psychiatrie de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle), soit « représentation obsédante » (syntagme utilisé par les traducteurs de Freud qui, en 1895, a aussi utilisé en français les expressions « idées obsédantes » et « pensées obsédantes »). D'autres termes employés par Warda, comme *Zwangsaffect*, *Zwangshandlung*, *Zwangsnervose*, *Zwangstrieb*, *Zwangshemmung*, *Zwangszustand*, etc., ne sont pas toujours aisés à traduire, et parfois seul le mot obsession semble ne pas être anachronique en français même s'il est sans nuance, c'est un constat que l'on peut établir en relisant la psychiatrie française contemporaine de Warda.



pages 246-247, à propos de Westphal :

La question, comment les représentations obsédantes se comportent par rapport aux idées folles, a été tout d'abord soulevée par Westphal, pour ne plus disparaître depuis de la discussion psychiatrique. Westphal décrit en 1876 l'état de maladie, causé par la représentation obsédante et caractérisé compulsivement<sup>2</sup> par l'arrivée de l'impulsion volontaire, comme forme abortive de la folie. La folie proprement dite – et la forme abortive de la folie – ne vient pas d'une perturbation de la sensation, ce qui compte principalement c'est l'apparition de manifestations nouvelles et anormales. Tandis que chez les déments ces représentations ont la propriété dès le début de se transformer en idées folles, de leur côté les représentations obsédantes de forme abortive ne passent pas au stade des idées démentes, et n'aboutissent jamais au développement de la véritable folie. Dans son étude plus tardive des représentations obsédantes (1877), qui pendant longtemps a pris une place déterminante, Westphal entend sous le terme de représentations obsédantes celles, qui plus est issues d'une intelligence intacte, et sans découler d'un état de sensation ou affectif, surgissent malgré tout contre la volonté des personnes touchées, en-deçà de la conscience même, qui ne se laissent pas chasser, empêchent et contrarient le déroulement normal des représentations, que la personne concernée ressent toujours comme énormes, étrangères, et auxquelles elle tient tête avec sa conscience bien portante. Il considère les comportements décrits par Griesinger, les ruminations, comme une variété de tout le groupe des représentations obsédantes. Les représentations obsédantes ne deviendront jamais de véritables idées de folie. L'état maladif n'a pas de base émotive. Chez l'hypocondriaque, nous trouvons un état maladif primaire de sentiments, mais non chez le malade aux représentations obsédantes ; chez le premier, les visions hypocondriaques constituent une part intégrale de sa conscience, par contre la conscience du dernier est étrangement confrontée aux représentations obsédantes. Il considère la dénomination des représentations obsédantes en tant que folie abortive (ou forme abortive de) comme justifiée, même s'il ne se voile pas la face à la pensée que cela pourrait engendrer des confusions.

D'après Westphal il y a des cas dans lesquels les représentations obsédantes forment un état chronique de maladie en relation avec l'épilepsie, sans que Westphal veuille rien savoir des stades transitoires caractéristiques après des attaques épileptiques, qui sont connues comme monomanies instinctives. Dans le cas décrit par Westphal, mon opinion est que l'existence de véritables représentations obsédantes n'est pas prouvé.

---

<sup>2</sup> Ndt : *zwangsartig*.



pages 251-252, à propos de Wille :

Wille (1882) semble reconnaître qu'il y a des cas de folie primaire, où au début les malades se battent souvent longtemps en vain contre le contenu envahissant des représentations obsédantes, dont ils reconnaissent l'absurdité ; il soulève la question, s'il s'agirait également ici de représentations obsédantes, « ce qui signifie que les visions délirantes ne sont initialement rien d'autre que de représentations obsédantes, une conception qui a été apportée comme on sait par Stricker, mais qui tout de même devrait être employée seulement dans le cadre d'une conception très spéciale. » Il se retourne contre le point de vue de Westphal, à savoir que les représentations obsédantes « se produisent seulement que dans une intelligence intacte ». L'obsession n'a absolument pas besoin d'un moment émotif pour son excitation, mais il est sûr qu'elle apparaît assez fréquemment dans ce cas. Avec la représentation obsédante, la compulsion malade est primaire dans la pensée. La valeur de seuil élevée de représentations isolées suppose d'abord un rejet d'autres représentations, ce qui signifie une inhibition du mécanisme de représentation. Wille cherche en partie à expliquer les troubles affectifs qui apparaissent en accompagnement des représentations obsédantes, comme conséquences directes du mécanisme de représentation inhibé, en partie cause des représentations obsédantes ; plus loin, les sensations de peur peuvent trouver leur source selon Westphal dans le contenu des représentations et dans leur maîtrise absolue du contenu de la représentation, conformément à la compulsion. Finalement, les actes contraints venant d'une représentation obsédante peuvent aussi engendrer des émotions. Le contenu de la représentation ne porte pas toujours, comme le veut Westphal, le caractère de l'absurdité, qui est contradictoire avec l'idée de représentation ancienne. Précisément, les obsessions du délire du toucher et de la folie du doute correspondent au contenu plus ancien de la prise de conscience, car les personnes concernées ont toujours souffert de tout temps d'un sens aigu de l'ordre et de la propreté.

Les représentations obsédantes jouent un rôle non négligeable sur les relations corporelles, avec contenu hypocondriaque ou sexuel. D'autres ne sont pas absurdes, mais elles sont simplement fausses, ne correspondent pas aux faits, et pourraient cependant en général être vraies. Le contenu est par conséquent d'après Wille absolument indifférent pour l'existence de l'obsession, si bien que par exemple le contenu ne devrait jamais être entendu sur cette base. Lorsqu'une femme souffre de l'obsession que son mari a eu une fois à faire avec une autre femme, quand cette compulsion se répète sans cesse, alors que la personne touchée est persuadée que dans cette histoire il n'y a rien de vrai et le dit, et que cette

représentation survient malgré tout, et dépasse avec force et contrainte la conscience et y reste, et ne peut pas être repoussée par la personne touchée – ce qui a pour conséquences qu'elle se trouvera dans un état d'excitation angoissante – , dans ce cas la représentation obsédante ne peut pas être repoussée sur cette base d'un processus psychique, même si la représentation en elle-même n'a absolument pas le caractère de l'absurdité, du non-sens, elle concorde cependant énormément dans beaucoup de cas pour ainsi dire avec le contenu ancien de la conscience.

Wille distingue selon le contenu deux groupes d'obsession, à savoir : a) des malades au contenu absurde, de non-sens et souvent d'obsessions absolument démentes, et b) des malades au contenu pleinement et naturellement compréhensif, dont les idées malades sont simplement fausses.

Wille décrit comme non-rare le déroulement suivant de la maladie obsessionnelle : les sensations secondaires d'angoisse à la suite du trouble des représentations deviennent toujours plus intenses, durent, apparaissent peu à peu spontanément également sans l'entremise des représentations obsédantes, durent entre leurs attaques, pour finir comme état psychopathique dominant. Plus cela arrive, plus sera évidente la sensation d'angoisse chronique et continue, et plus les représentations obsédantes pourront s'éloigner de leur signification initiale – celui de la scène complète d'un processus dominant. De manière secondaire apparaissent, causées par la peur, des inhibitions de fonctions psychiatriques avec leur influence sur l'état de la conscience de soi, et nous avons peu-à-peu, bientôt dans peu de temps ou selon un plus long développement, l'image psychopathique de la mélancolie devant nous.

Les cas de Wille numéros 1, 2, 6 et 9 sont diagnostiqués par moi autrement que par l'auteur. Je reviens là-dessus dans la seconde partie de mon travail. De même, je ne peux pas reconnaître d'emblée son point de vue, dans le premier cas, que la transition entre les représentations obsédantes démontre des délires de folie hypocondriaque. Nous allons de nouveau rencontrer Wille avec un deuxième groupe d'auteurs, si nous nous orientons vers l'élargissement de l'expression représentations obsédantes, qui se définit notamment par l'inclusion de sensations et de sentiments.

à propos de Freud, page 282-285 :

Une borne dans l'histoire des grandes névroses est marquée par les publications de Sigmund Freud. Freud a réussi, par des recherches tout d'abord communes avec Breuer, à établir des mécanismes particuliers et certainement caractéristiques dans la genèse des grandes névroses. Ses investigations renversent d'un coup au plus près de l'hystérie les représentations obsédantes, qui avaient presque été cherchées du côté de la paranoïa et de la neurasthénie, et ceci déjà dans son premier travail relatif à ce sujet. Le moment caractéristique pour l'hystérie est d'après Freud la neutralisation de la représentation incompatible<sup>3</sup> par la conversion, ce qui signifie que la somme d'excitation est transformé dans le corporel. Lorsque, selon Freud<sup>4</sup>, chez une personne disposée, la propriété de conversion n'est pas donnée, et cependant pour combattre une représentation incompatible est accomplie la dissociation même de son affect, alors il faut que cet affect reste sur un domaine psychique. La représentation, forcément atténuée, reste à l'écart de toute association dans la conscience, cependant son affect devenu libre s'accroche à vrai dire à d'autres représentations non incompatibles, qui par cette « fausse combinaison » deviennent des représentations obsédantes. Ceci est en peu de mots la théorie psychologique des obsessions et des phobies. La vie sexuelle est ce qui fournit l'affect gênant. – Les phobies typiques, comme l'agoraphobie, diffèrent dans leur mécanisme de celui des vraies obsessions et de ceux des obsessions réductibles aux phobies.

Dans son travail de base sur la névrose d'angoisse, Freud effleure parfois les obsessions : certaines représentations obsédantes se produisent lorsqu'une phobie de névrose d'angoisse est remplacée par une autre représentation. Ainsi seront utilisés la plupart du temps pour la substitution les moyens de défense<sup>5</sup> qui ont été utilisés à l'origine pour combattre la phobie. Par exemple, la manie des ruminations<sup>6</sup> vient du fait de l'effort de se démontrer que l'on n'est pas fou, comme le soutient la phobie hypocondriaque ; l'incertitude et le doute, plutôt la répétition de la *folie du doute*<sup>7</sup>, prend sa source au doute explicable dans l'assurance de son propre état de pensée, étant donné que l'on est conscient d'un dérangement tellement

---

<sup>3</sup> Ndt : *unverträglichen Vorstellung*.

<sup>4</sup> Note de l'auteur : Ajout lors de la correction : il n'a pas été possible d'aborder ici le livre de Löwenfeld paru en 1904 (Löwenfeld, *Die psychischen Zwangsercheinungen*, Wiesbaden, 1904).

<sup>5</sup> Ndt : *Schutzmaassregeln*.

<sup>6</sup> Ndt : *Grübelsucht*.

<sup>7</sup> En français dans le texte.

acharné venant de la représentation compulsive<sup>8</sup>, etc. On peut également affirmer à partir de là que de nombreux syndromes de névrose obsessionnelle, comme la *folie du doute* et d'autres mêmes inexplicables, sont cliniquement imputables à une névrose d'angoisse. Freud souligne à plusieurs reprises dans son travail que l'abstinence sexuelle volontaire peut conduire par refoulement à l'apparition de représentations obsédantes.

Freud en outre isole comme groupe particulier une catégorie de puissantes représentations obsédantes, qui ne sont rien d'autres que des souvenirs et des images inchangés d'évènements significatifs. À partir de là il revient sur l'obsession de Pascal, qui croyait toujours voir un précipice à sa gauche, « après avoir failli faire une chute dans la Seine avec sa voiture. » Ces obsessions et phobies, que l'on peut définir comme traumatisantes, se rattachent aux symptômes de l'hystérie. Après la séparation de ce groupe, il différencie de réelles obsessions et phobies. Avec l'obsession on trouve : premièrement une représentation qui s'empare du malade, et deuxièmement un affect associé à cette représentation. Lors des phobies, cet affect est toujours la peur, par contre lors des vraies obsessions aussi fréquemment le doute, la colère, les reproches. L'affect des représentations obsédantes est toujours justifié et se rattache à certaines expériences. La spécificité du processus pathologique repose sur le fait que l'affect se conserve, mais que l'association qui s'y rattache n'est plus la bonne, ni l'originale, laquelle se trouve en relation étiologique avec la représentation obsédante, mais plutôt une représentation de remplacement – une substitution. La substitution est une sorte de refus contre une représentation insupportable. Certains malades se rappellent l'effort de volonté avec lequel ils voulaient chasser l'idée ou le souvenir honteux de leur mémoire. Les phobies appartiennent à la névrose d'angoisse. Phobie et vraie représentation obsédante peuvent se combiner. – Freud ne précise pas encore dans ce travail, comme plus tard, les représentations honteuses de refoulement. C'est pourquoi il peut dans ce travail encore inclure dans les obsessions un cas sur lequel nous reviendrons plus tard.

Il me semble aussi qu'appartiennent à ce chapitre les réflexions que Freud fait sur « la compulsion hystérique »<sup>9</sup>. Dans un petit traité sur l'hystérie il présente comme pleine de signification pour la pathogenèse de l'hystérie le refoulement de la conscience d'une vraie culpabilité. Le souvenir gênant sera lui-même repoussé, mais par ce fait la conscience de culpabilité sera démesurée, et l'idée survient toujours que quelque chose de terrible est arrivé. Ainsi la personne se trouve dans un état exagérément accentué de conscience de culpabilité sans se rappeler de l'acte. Si par quelque évènement la possibilité d'une culpabilité approche

---

<sup>8</sup> Ndt : *zwangsartige Vorstellung*.

<sup>9</sup> Ndt : *hysterischen Zwang*.

l'individu, alors immédiatement la conscience de culpabilité hyperesthétique domine fortement et gagne sous l'influence de ce nouvel évènement certains traits. Maintenant la personne est envahie par le sentiment de sa culpabilité fatale initiale et se trouve sous l'influence d'un « succédané » de culpabilité. Comment par refoulement du souvenir la conscience de culpabilité sera accentuée, et par conséquent la compulsion hystérique qui en découle, cela est démontré par l'exemple d'une jeune fille qui, envahie d'une culpabilité sexuelle, est atteinte par la frayeur de se dévoiler aux autres en rougissant. Elle refoule le souvenir, et l'accent tombe sur le rougissement. En même temps que la compulsion du rougissement, apparemment non motivée, apparaît le sentiment inquiétant que l'on sait quelque chose à son sujet. Si elle peut complètement se libérer de ce rougissement, alors la sensation se renforce que les autres la sentait coupable. Ainsi elle accable avec la compulsion hystérique par chaque refoulement le maillon suivant de la chaîne hystérique.

Une représentation plus exacte du mécanisme de la névrose obsessionnelle est donnée par Freud en 1896<sup>10</sup>. Les représentations obsédantes deviennent « chaque fois apparentées au retour des reproches par le refoulement, lesquels se rapportent toujours à une action sexuelle, accomplie avec volupté, lors de l'enfance. » Il y a deux formes de névrose obsessionnelle, soit seulement le contenu du souvenir de l'état de reproche s'introduit dans la conscience, ou bien l'affect de reproche qui y est lié. Le premier cas est celui des représentations obsédantes typiques, dans lesquelles le contenu de l'attention du malade se replie, que l'on ressent seulement comme affect par un reproche indéterminé, tandis que seul l'affect de reproche conviendrait au contenu de la représentation obsédante. Une deuxième conception de la névrose obsessionnelle se révèle, non par le refoulement du contenu du souvenir, mais en revanche par le reproche également refoulé, qui exige un remplacement dans la vie consciente psychique. L'affect de reproche peut se métamorphoser, lors d'une amplification psychique, en un autre affect quelconque de reproche ; si cela s'est passé, alors la prise de conscience de l'affect substitué n'est plus une barrière à franchir. Le reproche se transforme de cette façon (avoir vécu l'acte sexuel dans l'enfance) en honte, en angoisse hypocondriaque, en peur sociale, religieuse, en manie d'observation, en peur de la tentation etc. Par cela le contenu du souvenir de l'action de reproche dans la conscience peut être défendu ou s'effacer complètement. Beaucoup de cas, que l'on considère lors d'un examen superficiel comme hypocondrie ordinaire (neurasthénique), appartiennent à ce groupe des affects obsessionnels,

---

<sup>10</sup> Il s'agit de l'article « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense », où Freud expose notamment sa théorie du refoulement des représentations à contenu sexuel et sa conception du mécanisme de la névrose obsessionnelle. Les obsessions sont alors considérées comme des reproches transformés, qui échappent au refoulement. (ndt)

en particulier la dénommée « neurasthénie périodique » ou « mélancolie périodique » qui semble se dissoudre en fréquence inconnue en affects obsessionnels et représentations obsédantes. Freud ne donne pas de définition de l'affect obsessionnel ; cependant il semble qu'il comprenne sous cet aspect chaque affect de reproche, qui est arrivé par la transformation venant de l'affect refoulé du reproche.

On peut expliquer que le malade « se trouve au-dessus de ses représentations obsédantes » par le fait que, selon Freud, la prise de conscience qui s'est formée comme symptôme de défense lors du premier refoulement, possède en même temps une valeur de compulsion et empêche le malade de croire au reproche, qui fait bien partie de l'obsession. Seulement temporairement, lors de l'apparition d'une nouvelle représentation obsédante, et ici et là par des états mélancoliques d'épuisement, les symptômes maladifs de retour imposent aussi la croyance. La nature de la compulsion des représentations psychiques appartenant à la névrose obsessionnelle se situe dans l'impossibilité de dissolution causée par l'action psychique capable de conscience : cette non-dissolution est seulement significative par le rattachement avec le souvenir préalablement refoulé de l'enfance.

pages 575-576, un cas de Wille :

« Un traumatisme psychique, que la malade ne peut surmonter, est présent dans le premier cas de Wille, – au sein de souvenirs tourmentants dont les phénomènes liés aux scrupules ne peuvent pas être décrits comme des représentations obsédantes. C'est le cas suivant:

Une femme, qui autrefois durant deux ans et demi a souffert de représentations obsédantes qui ne font aucun doute – elle devait à l'époque toujours penser les mots “maudite, damnée, andouille”, et ne pouvant pas se débarrasser de l'idée que tout ce qu'elle faisait était maudit – rechuta après plusieurs années. Elle entendit l'un de ces jours une voix dans son oreille gauche “il est bien injuste que vous ayez la montre”. Suite à cette hallucination suit la pensée que son mari ne saurait être heureux et elle en fut tourmentée une demie-année durant. Le phonème et l'idée associée peuvent se rapporter au fait que l'époux de la patiente a trouvé une montre il y a des années, qui avait été conservée longtemps sans vraiment de scrupule et remise plus tard au propriétaire. Directement après cet état psychopathique se développa chez la femme arrivée à l'âge de la ménopause une paranoïa hypocondriaque.

Je voudrais qualifier de mélancolie le deuxième cas de Wille. Il s'agit dans le neuvième cas de soucis exagérés d'un neurasthénique. »

pages 577-578, conclusion :

## Conclusion

J'ai essayé de séparer les uns des autres, sur le principe de leur genèse et de leur signification clinique, les cas psychopathologiques les plus considérables qui ont été attribués aux soi-disants états psychiques obsessionnels. Il faut considérer la névrose obsessionnelle en tant qu'héritière principale de toutes ces propriétés, attribuées aux représentations obsédantes par la littérature antérieure. Elle représente une unité clinique. De celle-ci, il faut séparer les formes spécialisées d'anxiété, comme l'anxiété de la tentation<sup>11</sup> et les phobies généralement connues, la folie impulsive, les psychopathies sexuelles, les idées obsidionales<sup>12</sup> qui accompagnent les dépressions psychiques et les états d'inhibition ainsi que la pensée phrénétique<sup>13</sup>. Une analyse plus poussée montre des différences multiples et significatives entre ces circonstances de la maladie, et le résumé des connaissances actuelles sur les soi-disants états psychiques obsessionnels peu paraître guère stimulant et ne représenter aucune valeur au point de vue didactique. Au contraire, l'existence de tels mots-clés, comme états psychiques obsessionnels, suffit à entraver la recherche. *On devrait pour cela renoncer à utiliser l'expression « états psychiques obsessionnels » dans le sens d'un complexe de comportements maladifs se rattachant aux idées.*

De plus, j'ose conclure, après le regard historique rétrospectif donné dans la première partie de mon travail et les remarques critiques de la deuxième partie, que toutes les formulations faites jusqu'ici sur le sujet des représentations obsédantes doivent être considérées comme complètement insuffisantes, à part la définition freudienne. Parmi le grand choix de matériel casuistique rassemblé par la littérature, nous devons différencier et délimiter strictement les cas cliniques de maladie. *L'évolution historique montre bien que la dénomination représentations obsédantes est bien jusqu'ici employée de préférence pour chaque maladie particulière, et également par Freud, c'est-à-dire pour les représentations obsédantes obsidionales des névroses obsessionnelles.* En ce qui concerne finalement les comportements contraints, il est suffisant d'attirer l'attention sur le fait que depuis longtemps il est reconnu nécessaire dans le domaine de la psychopathologie de laisser exprimer les états d'âme de l'être humain, et par conséquent de ne jamais reconnaître également les

---

<sup>11</sup> Ndt : *Versuchungangst*.

<sup>12</sup> Définition du *Robert* : Délire obsidional : délire d'un sujet qui se croit assiégé, environné de persécuteurs.

<sup>13</sup> Ndt : *phrenoleptische Denken*.

comportements comme phénomènes isolés, mais de les expliquer par rapport à la totalité de l'individualité psychique. Il n'y a rien à dire par contre lorsque certains comportements d'une personne, après avoir été bien analysés, soient décrits occasionnellement comme comportements contraints. *La définition des comportements contraints ne doit être cependant plus jamais reforgé dans la psychiatrie, pour ne pas provoquer une régression déplorable à l'ère de la doctrine des monomanies. La même réflexion vaut pour les inhibitions obsessionnelles et les compulsions.*