

# Réflexions à partir de l'article Deuil et mélancolie de S. Freud

Alfredo GIL

Traduction : Gilles GARCIA

- Alfredo GIL – Psychologue - 82 rue de l'Aqueduc, 75010 Paris -

- Cet article « Reflexões sobre Luto e Melancolia de S. Freud », paraîtra dans le bulletin de l'Association Psychanalytique de Porto Alegre au mois de mars 2001 -

*« On peut se demander ce qui se serait produit pour Freud si, un jour, à la sortie d'une leçon de Charcot, l'un des jeunes participants, l'invitant à déjeuner dans la salle de garde de l'hôpital de la Salpêtrière, lui avait parlé des leçons de Jules Séglas et l'avait conduit écouter ce très grand chercheur et enseignant, dont le service se trouvait à deux pas de celui du neurologue. Mais il n'y a pas d'histoire des rencontres qui n'eurent pas lieu »*

Marcel Czermak (1993)

Deuil et mélancolie est un article qui, dans le style de Freud, correspond à un moment précis de son élaboration théorique – métapsychologie et narcissisme, et ce, appliqué à la clinique de la mélancolie – dans le contexte historique de sa production : 1914-18 est au principe de l'Ère qui fut à juste titre nommée des *extrêmes*<sup>1</sup>, dans laquelle Freud avait sur le champ de bataille ses trois fils ainsi que ceux de la psychanalyse (M. Eitingon, S. Ferenczi, K. Abraham, O. Rank). En ce sens, si l'artifice de la juxtaposition entre le normal et le pathologique était un recours utilisé par certains cliniciens, le choix du deuil et de la mélancolie n'est certainement pas anodin. Ainsi, suivant l'argument que ces deux affections sont une réaction à la perte d'un objet/personne aimé, Freud ne néglige pas la valeur symbolique que celui-ci occupe ; en outre, il rajoute à cette perte l'idée d'« *une abstraction venue à sa place* »<sup>2</sup>, d'autant plus que Freud ne choisit pas n'importe quelles abstractions : *la patrie, la liberté, un idéal, etc.*<sup>3</sup> D'emblée, nous constatons également que la problématique même de la notion d'objet est manifeste dans cette article.

<sup>1</sup> E. HOBSBAWM (1994).

<sup>2</sup> S. FREUD, Deuil et mélancolie, (1915). Œuvres complètes. PUF, p. 261.

<sup>3</sup> *Ibidem*, pp. 261-262.

Mais, au-delà de la souffrance, de l'indignation<sup>4</sup> et de la déception qui l'affectaient, l'apport de Freud dans la clinique de la mélancolie est pertinent et sans précédent. Sauf erreur de notre part, nous avons rencontré dans le corpus freudien, une phase antérieure et une phase postérieure au texte qui nous intéresse. La première, relevée dans le manuscrit G (1895), est encore dépendante d'une conception énergétique. Alors que dans la seconde phase (1924), suite à la seconde topique, Freud distingue la mélancolie des autres psychoses, en la considérant comme une névrose narcissique par excellence, mais non sans une certaine hésitation voire une certaine réticence : « *Certes nous ne savons pas dire d'emblée si nous avons acquis des nouvelles vues ou seulement enrichi notre trésor des formules* »<sup>5</sup>.

Parmi les conséquences que l'on peut tirer de ce texte, nous en proposons une, déduite à partir de cette phrase condensée du premier paragraphe : « *La mélancolie dont la définition conceptuelle est fluctuante, même dans la psychiatrie descriptive, survient sous des formes cliniques diverses dont le regroupement en une unité ne semble pas assuré,*

<sup>4</sup> S. FREUD, Passagèreté, (1915). Œuvres complètes. PUF.

<sup>5</sup> S. FREUD, Névrose et Psychose (1924). Œuvres complètes. PUF, p. 6.

et parmi lesquelles quelques-unes font penser plutôt à des affections somatiques qu'à des affections psychogènes »<sup>6</sup>.

Cette introduction qui peut passer inaperçue pour le lecteur, amène, selon nous, en partie la densité de la question que Freud cherche à déplier. Car, à l'inverse des autres psychoses auxquelles Freud s'est constamment référé, et qui avaient été définies et isolées par la clinique classique à partir de la deuxième moitié du siècle XIX, à savoir la psychose hallucinatoire de désir ou amentia (T. Meynert, 1890), la démence précoce et la paranoïa (E. Kraepelin, 1899), la paraphrénie (E. Kraepelin, 1909-1913) ou encore la schizophrénie (E. Bleuler, 1911), la mélancolie, quant à elle, apporte une difficulté de plus, celle notamment de préexister à la psychiatrie.

Si nous analysons la première proposition du passage ci-dessus : « *La mélancolie dont la définition conceptuelle est fluctuante, même dans la psychiatrie descriptive...* », une certaine similitude saute aux yeux entre l'embarras de Freud et celui de J.-E. Esquirol dans *De la lypémanie ou mélancolie* (1820)<sup>7</sup> même si leurs paradigmes cliniques n'étaient pas les mêmes.

Esquirol trace un parcours historique de la maladie en remontant à Hippocrate, que ce dernier caractérisait par la morosité, la peur et une tristesse prolongée, en passant par Galien qui situe la mélancolie, comme toute affection morale triste, comme un trouble dans un des quatre composants du corps, à savoir celui dans la bile noire. Esquirol décrit, quant à lui, de manière magistrale, les incidences dans la constitution du délire dans une culture où dominaient les convictions religieuses et ses variations après la révolution française. La conclusion de cet éminent aliéniste est la suivante : « *Ce rapide exposé prouve la fluctuation et l'incertitude des opinions sur les caractères et la nature de cette maladie* ». La fluctuation à laquelle Freud se réfère, n'est pas la même que celle d'Esquirol, mais plutôt celle qui surgit à partir de ce dernier, et que Freud nomme *psychiatrie descriptive*. Il est intéressant d'ajouter qu'Esquirol n'était pas moins enthousiaste dans son but épistémologique. Nous rappelons qu'il a préféré le néologisme de lypémanie au terme de mélancolie, afin d'éviter toute confusion avec le langage populaire, ce dernier « *dott être laissé aux moralistes et aux poètes, qui, dans leurs*

*expressions ne sont pas obligés à autant de sévérité que les médecins* ».

Reprenons à présent l'analyse de Freud dans sa deuxième proposition : « *...[la mélancolie] survient sous des formes cliniques diverses dont le regroupement en une unité ne semble pas assuré...* ». Nous rencontrons, dans ce passage, un point nodal que nous espérons pouvoir démontrer sans forçage, à partir d'une série de débats cliniques avant, pendant et après Freud, et plus précisément quelques concepts élaborés par J. Lacan.

Non seulement, nous pointons que la mélancolie peut être parfaitement isolée dans son unité, mais aussi qu'elle fait partie d'une imbrication clinique qui ne se réduit pas à son opposé auquel on se réfère habituellement : la manie. Si, par la voie de la culpabilité dans l'exercice de l'autopunition, Freud établit un rapprochement entre la mélancolie et la névrose obsessionnelle<sup>8</sup>, nous donnerons cependant la priorité à un autre rapprochement, plus subtil dans le texte, concernant celui avec la paranoïa. Loin d'aller vers un épuisement du débat que la mélancolie et la paranoïa mettent en jeu, cette relation nous permet – et cela se fait en revisitant certains classiques et Freud – de comprendre au moins en partie pourquoi cette affection mélancolique se présente, comme il dit, « *sous des formes cliniques diverses* ».

Le *délire de persécution* fut seulement isolé, dans la clinique française, par Charles Lasègue en 1852, à partir du premier changement de paradigme clinique dans la psychiatrie<sup>9</sup>. Ce changement se caractérise par le passage de l'aliénation mentale, au singulier, aux maladies mentales, dorénavant au pluriel. Il ne s'agit pas d'une simple modification nominale et grammaticale, elle est avant tout le résultat de « l'observation » (J.-P. Falret) clinique rigoureuse, de la marche de la pathologie et de ses déploiements morbides, enfin de la variante temporelle qui est prise en compte comme élément interne à la propre évolution de la maladie. À ce titre, la relation établie dans cette même période entre la mélancolie et la manie, et sa nomination initiale de *folie à double forme* (J. Baillarger) et/ou *folie circulaire* (J.-P. Falret), l'illustre. Que le délire de persécution ait été initialement isolé du tableau qu'Esquirol appelait lypémanie ou

<sup>6</sup> S. FREUD, *Ibid.*, (1915), Œuvres complètes, p. 261.

<sup>7</sup> J.-E. ESQUIROL, *Des Maladies Mentales* (1838), Frenesic éditions, 1989, pp. 197-238.

<sup>8</sup> Nous retrouvons un rapprochement similaire dans la Partie V de l'article *Le Moi et le Ça*.

<sup>9</sup> G. LANTERI-LAURA, *Essai sur les paradigmes cliniques en psychiatrie moderne*, (1999), éditions du Temps.

mélancolie nous semble tellement plus juste, notamment quand nous rencontrons dans la description du tempérament de ces derniers un type propre : « ... à la culture des arts et des sciences (...) leurs idées sont fortes, leurs conceptions vastes (...) hommes de génie... ». D'ailleurs, Esquirol rappelle comme exemple le personnage de J.-J. Rousseau. Nous ne nous attarderons pas ici sur la façon détaillée par laquelle Lasègue innove la clinique française, mais nous verrons plus tard un autre point de recoupement entre ces deux cliniques.

Freud avait lui-même maintenu tout au long de son œuvre la position selon laquelle le transfert ne s'établissait pas dans les névroses narcissiques, à savoir les psychoses, ce que d'un point de vue éthique, nous pouvons peut-être admirer. Il reconnaissait dans ces dernières un moyen d'accès immédiat à ce qu'il y a d'énigmatique dans l'inconscient<sup>10</sup>. C'est pourquoi, il n'a jamais perdu de vue, dans l'élaboration psychanalytique, l'avancée clinique de la psychiatrie et de la psychopathologie en général.

Deuil et mélancolie porte la marque de cet intérêt et d'un style propre dans lequel Freud induit le lecteur à la compréhension d'une première hypothèse. Même si elle n'est pas contredite, il la modifie en y ajoutant de nouvelles données : ce qui oblige le lecteur à aller et venir dans le texte, le rendant sensible à cet effort de rendre compte de la clinique par le biais de ce qu'il inaugure comme étant la métapsychologie. Outre la manifeste disgrâce qui asservissait l'Europe à cette période, la relation entre deuil et mélancolie a valeur d'artifice, dans la mesure où nous nous apercevons de sa difficulté à maintenir côte à côte ces deux affections, par le simple argument que toutes les deux sont une réaction à la perte d'un objet aimé. Nous rencontrons une difficulté puisque la question de la perte et de l'objet dans la mélancolie est bien moins évidente que dans le deuil.

C'est seulement à partir de sa formule consacrée : « *L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet délaissé* »<sup>11</sup>, qu'une autre imbrication entre la clinique de la mélancolie et celle de la paranoïa pourra être

<sup>10</sup> S. FREUD, L'inconscient (1915). Œuvres complètes, PUF, p. 234.

<sup>11</sup> S. FREUD, Deuil et mélancolie, (1915). Œuvres complètes, PUF, p. 265.

traitée. Si la conception d'objet est difficile à appréhender, celle du moi n'en est pas moins problématique. Quant au délire de petitesse – dans lequel le mélancolique se fait à lui-même reproches et injures dans un registre essentiellement moral – nous faisons l'hypothèse que Freud pose une question analogue à celle que nous avons rencontrée dans le séminaire de Lacan sur les psychoses (1955-56). En effet, lorsque Lacan analyse le phénomène hallucinatoire psychomoteur verbal, il se demande : *Qui parle ?* Freud dira dans quelques lignes avant la formule citée plus haut, que cette « instance particulière », aussi appelée « conscience morale » et « instance critique », peut « dans d'autres circonstances aussi, démontrer son autonomie ». Autrement dit, les auto-reproches et les injures qui sont énoncés dans la mélancolie par ladite instance, seront dans la paranoïa – puisque c'est bien d'elle qu'il s'agit même si cela n'est pas dit de façon explicite – articulés de l'extérieur, c'est-à-dire, seront entendus de façon hallucinatoire. M. Czermak insiste sur ce point que dans la psychanalyse il n'y a pas de sens à considérer la mélancolie comme étant le contraire de la manie, mais plutôt le contraire de la paranoïa. Ce déchet que le mélancolique se dit être, le paranoïaque, devant la présentification de l'objet petit a sous la forme de l'objet voix, l'entendra de façon hallucinatoire ou interprétative.

Nous arrivons à la troisième et dernière proposition de ladite phrase : « ... et parmi lesquelles quelques-unes font penser plutôt à des affections somatiques qu'à des affections psychogènes ». La question qui s'impose consiste à savoir quelles sont ces affections qui se plaignent du corps, du *soma*, au point que son étiologie pose problème à celui qui l'entend. La lecture que nous proposons n'est pas sans risque, mais à quelle autre affection, Freud aurait-il pu se référer sinon à celle de l'hypocondrie ? La référence à l'hypocondrie n'implique pas du tout de sortir du terrain de la mélancolie, mais plutôt de faire ressortir avec celle-là, une autre voie possible qui est une fois de plus celle de la paranoïa.

Le statut nosographique de ce malade imaginaire souffre non seulement de la *fluctuation* antérieurement évoquée du fait de sa parenté avec la mélancolie, mais aussi de la difficulté de la distinguer de la maladie organique proprement dite. À ce propos, Freud se montre prudent dans son article sur le Narcissisme (1914), lorsqu'il affirme ne pas être « dans l'intention d'une

*investigation purement psychologique de transgresser si avant les frontières de la recherche physiologique* »<sup>12</sup>.

Mais son intérêt clinique pour la question de l'hypocondrie touche non seulement la mélancolie, mais aussi la paranoïa (paraphrénie). Sujet qu'il avait déjà traité dans son analyse des mémoires du Président Schreber, en remarquant qu'aucune théorie sur la paranoïa ne serait valable : « aucune théorie de la paranoïa qui n'impliquerait pas les symptômes hypocondriaques »<sup>13</sup>. Ce qui lui permettra, trois ans plus tard dans l'article sur le Narcissisme, de dire que nous sommes déjà familiarisés avec l'idée que l'hypocondrie est un mécanisme d'entrée et de formation du symptôme paraphrénique.

L'ultime aspect auquel nous prétendons faire allusion correspond justement à cette préoccupation et à cet intérêt cliniques pour l'analyse de l'hypocondrie, prise comme entrée dans la psychose pouvant bifurquer vers la paranoïa ou la mélancolie, indépendamment de la possible oscillation entre les deux.

De certaines "rencontres" que notre épigraphe évoque, que ce soit des personnes ou des thématiques, entre Freud et quelques cliniciens talentueux qui fréquentaient les asiles de Paris, l'hypocondrie devait aussi avoir sa place. C'est, d'ailleurs, dans cette étude extrêmement rigoureuse de J. Cacho sur le *Délire des négations*, préfacé par M. Czermak, que nous pouvons autant prendre en compte le talent clinique de Jules Cotard, que dans le débat doctrinal qui précède et succède ce moment fécond de la clinique psychiatrique française. Face à la complexité du débat, notre intérêt ici correspond à peine à la partie visible de l'iceberg, et précède la question du délire des négations dans son évolution.

L'écoute de J. Cotard portait sur l'intention de différencier deux types d'hypocondrie : l'hypocondrie morale<sup>14</sup> – initialement décrite par Jules Falret, lequel suivait la tradition du père (cité plus haut), et qui sera conceptualisée par Cotard

<sup>12</sup> S. FREUD, *Pour introduire le Narcissisme* (1914), in *La vie sexuelle*, PUF, p. 90.

<sup>13</sup> S. FREUD, *Remarques psychanalytiques sur l'autobiographique d'un cas de paranoïa* (1911), in *Cinq psychanalyses*, PUF, p. 303.

<sup>14</sup> Rappelons nous que Freud cite le délire de petitesse de la mélancolie comme étant principalement moral.

comme celle des négateurs – et l'hypocondrie ordinaire qui accompagne le délire de persécution.

J. Cacho signale le caractère inversé de l'évolution dans ces deux tableaux cliniques. Dans celui des persécutés, l'hypocondrie est d'abord d'ordre physique, pouvant, plus tard, devenir moral quand leurs facultés intellectuelles commencent à les préoccuper : on leur fait dire des bêtises, on leur interdit de penser, on les abêtis; la cause est attribuée à un autre extérieur et impersonnel. L'idée d'immortalité chez les persécutés est liée au délire des grandeurs qui se fonde sur la croyance d'une mission à accomplir. Alors que chez les négateurs, l'hypocondrie est morale, la punition est méritée, ils ne valent rien, l'origine de leur déchéance provenant d'eux-mêmes, tandis que l'idée d'immortalité représente « le pendant nécessaire de la croyance dans une damnation « éternelle » relative à l'organisme et fondée sur la conviction d'avoir commis une faute impossible à pardonner qui condamne ces patients à la condition de « mort vivant » »<sup>15</sup>.

En France, il s'agit pour quelques psychanalystes et psychiatres de maintenir la référence et la révérence à la psychiatrie que Freud nomme « descriptive », car en tant que telle, sa visée était métapsychologique. Outre le fait de la finesse de l'analyse de cette clinique dite « classique », il serait bien de rappeler le danger sur le peu qu'il en restera face à l'efficacité du DSM qui domine par les avancées biologiques, et bien sûr, sans risque de « fluctuation ».

<sup>15</sup> J. CACHO, *Le Délire des négations*, éd. A.F.I., p. 51.