



HAL
open science

**Une histoire japonaise de la névrose : la phobie
interpersonnelle (taijinkyōfu) 1930-1970. Emergence,
développement et circulation d'un diagnostic
psychiatrique**

Sarah Terrail Lormel

► **To cite this version:**

Sarah Terrail Lormel. Une histoire japonaise de la névrose : la phobie interpersonnelle (taijinkyōfu) 1930-1970. Emergence, développement et circulation d'un diagnostic psychiatrique. Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences. Inalco, ED 265, 2018. Français. NNT : . tel-02543257

HAL Id: tel-02543257

<https://theses.hal.science/tel-02543257>

Submitted on 15 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Institut National des Langues et Civilisations Orientales

École doctorale N°265

Langues, littératures et sociétés du monde

Centre d'Etudes Japonaises

THÈSE

présentée par

Sarah TERRAIL LORMEL

soutenue le 15 décembre 2018

pour obtenir le grade de **Docteur de l'INALCO**

Discipline : Épistémologie, histoire des sciences

Une histoire japonaise de la névrose La phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) 1930-1970. Emergence, développement et circulation d'un diagnostic psychiatrique

Thèse dirigée par :

Madame Anne BAYARD-SAKAI Professeure des universités, INALCO

RAPPORTEURS :

Monsieur Pierre-Henri CASTEL Directeur de recherche, CNRS/EHESS
Monsieur Kunifumi SUZUKI Professeur émérite, Université de Nagoya

MEMBRES DU JURY :

Madame Anne BAYARD-SAKAI Professeure des universités, INALCO
Monsieur Pierre-Henri CASTEL Directeur de recherche, CNRS/EHESS
Monsieur Christian GALAN Professeur des universités, Université Toulouse II
Madame Isabelle KONUMA Professeure des universités, INALCO
Monsieur Arnaud NANTA Directeur de recherche, CNRS/IAO
Monsieur Kunifumi SUZUKI Professeur émérite, Université de Nagoya

Remerciements

Je tiens à commencer ces remerciements en les adressant à ma directrice de recherche, Anne Bayard-Sakai, qui a aiguillé, soutenu et accompagné durant de longues années le parcours intellectuel qui a commencé avant même cette thèse.

Je remercie également Suzuki Akihito, qui m'a accueillie à l'Université Keio lors de longs séjours de recherche entre 2012 et 2014. Ses travaux ont été une source d'inspiration continue pour moi et nos nombreux échanges ont orienté et enrichi cette recherche dans une mesure inestimable. Je le remercie aussi de tout cœur pour sa gentillesse exceptionnelle.

Au département de psychiatrie de l'Université de Nagoya, je ne saurais assez exprimer ma reconnaissance à Suzuki Kunifumi pour son aide essentielle et sa patience, entre autres dans la réalisation de longs entretiens, ainsi que pour sa générosité et son hospitalité. Cette thèse reflète insuffisamment l'intérêt des matériaux auxquels il me fut donné accès à « Meidai », mais doivent être chaleureusement remerciés en particulier Furuhashi Tadaaki pour l'accès illimité aux archives du « Shizo-han » et Tanaka Satoshi pour le sondage des registres.

Lors de mes séjours japonais, les conversations avec Kitanaka Junko, Christopher Harding, Yoshinaga Shin.ichi et Laurent Nespoulous en particulier m'ont permis de préciser ma réflexion. Je leur en suis extrêmement reconnaissante.

Dans l'univers « psy », je remercie tout d'abord tous les psychiatres qui ont patiemment répondu à des interrogations naïves, éclairant d'une manière décisive ma compréhension de l'univers de la psychiatrie japonaise : Abe Ryō, Fujita Sanae, Kasahara Yomishi, Kitanishi Kenji, Mashino Hajime, Murakami Yasuhiko, Nakamura Kei, Satō Yūji, Suzuki Kunifumi et Takahashi Tooru. Je remercie aussi, pour un autre point de vue sur la souffrance psychique, et surtout pour leur gentillesse et leur générosité, les volontaires de l'Association Morita ryōhō kanren shiryō hozonkai, en particulier Mesdames Adachi et Yoshida, et Monsieur Shiraishi ; ainsi que les membres de l'association Seikatsu no hakken kai, notamment Messieurs Ichikawa, Izumi et Kishimi.

A d'autres thésards, à commencer par mes camarades de l'atelier d'écriture du CEJ, Alice Berthon, Anne-Lise Mithout, Guillaume Muller, Aki Yoshida, Clara Wartelle, mais également Bernhard Leitner, Reut Harari, Daimaru Ken, Noémi Godefroy, Nakao Maika, Gotō Motoyuki, pour les échanges, les conseils, le soutien et pour le reste, merci.

Merci enfin aux amis qui m'ont hébergée au Japon, d'une manière ou d'une autre, Olivier Carayon, Eléonore Mahmoudian, Kuwata Mariko et Fujimoto Yūji.

Cette thèse a bénéficié d'un contrat doctoral de l'INALCO, ainsi que d'un financement de la Fondation Japon sans lesquels elle n'aurait pas été possible.

Note sur la transcription

Nous utilisons le système Hepburn modifié pour transcrire les mots et noms propres en japonais, que nous faisons suivre du terme dans sa graphie japonaise, sauf lorsque leur usage en français est courant (par exemple : Tokyo). Les sons vocaliques allongés sont marqués par un macron (par exemple : *taijinkyōfu*).

Les noms japonais sont présentés comme il est d'usage au Japon, le nom de famille précédant le nom personnel (par exemple : Yamada Tarō), et ce, dans le corps du texte comme dans les références bibliographiques.

Table des matières

Remerciements.....	i
Note sur la transcription.....	iii
Table des matières.....	v
Introduction.....	1
Partie I.....	13
Chapitre 1.....	14
Du false blush aux phobies sociales en passant par l'éreuthophobie : les mutations de la peur de rougir en Europe (1839-1903).....	14
Introduction.....	14
<u>1. Un rougissement pathologique ? Deux textes médicaux sur la peur de rougir dans les années 1830-1840.....</u>	<u>17</u>
1.1. T.H. Burgess : le false blush comme mal de la civilisation.....	17
1.2. J.L. Casper et le cas tragique de von N.....	27
<u>2. Éreuthophobie, Erröthungsangst, Erythrophobie : l'obsession de la rougeur dans la psychiatrie de la seconde moitié du XIX^e siècle.....</u>	<u>37</u>
2.1. Consultation privée et névroses : le contexte institutionnel et théorique de l'émergence du concept d'éreuthophobie.....	37
2.1.1. L'expansion de la psychiatrie au XIX ^e siècle, de l'asile à la consultation privée.....	37
a. Professionnalisation et expansion de la psychiatrie.....	37
b. Evolutions théoriques.....	39
c. Causes institutionnelles de l'expansion.....	41
2.1.2. Les nouveaux patients des psychiatres : la vague neurasthénique.....	43
2.2. « Une sorte de névrose ou psychose, moins rare qu'on ne pourrait le croire » : passages et prémices (décennies 1870-1890).....	46
2.3. Une obsession stratégique : l'émergence de l'éreuthophobie au tournant du siècle.....	51
2.3.1. 1896-1902 : les sept années de l'éreuthophobie, une chronologie.....	51
2.3.2. Les enjeux théoriques du débat sur l'éreuthophobie.....	62
a. Trouble de l'intellect ou des émotions ?.....	63
b. Stigmates de la dégénérescence, symptômes de la neurasthénie, ou obsessions autonomes ?.....	70
2.3.3. Les limites du débat sur l'éreuthophobie.....	73
a. L'éreuthophobe au pied de la lettre.....	73
b. Pessimisme thérapeutique.....	74
<u>3. De l'éreuthophobie à la phobie sociale : Janet et la psychasthénie.....</u>	<u>79</u>
3.1. Dépasser émotivisme et intellectualisme.....	81
3.2. Vers une étiologie psychologique des obsessions.....	82
3.3. La psychasthénie comme « névrose de relation ».....	84

Conclusion.....	90
Partie II.....	93
Introduction.....	94
Introduction : Le Japon et la psychiatrie moderne (décennies 1880-1930).....	96
<u>1. La psychiatrie comme nouvelle discipline médicale au tournant des XIX^e-XX^e siècles</u>	96
1.1. L'institutionnalisation de la psychiatrie au Japon.....	96
1.2. Orientations de la recherche.....	100
<u>2. La neurasthénie ou la psychiatrisation des maux des Japonais (décennies 1900-1930)</u>	102
2.1. Des visions divergentes de la neurasthénie : un état dégénératif pour la psychiatrie académique.....	102
2.2. Des visions divergentes de la neurasthénie : ...le « mal de la civilisation » dans le discours public.....	105
2.3. La neurasthénie, un boom thérapeutique	109
Chapitre 2.....	116
L'émergence du concept de phobie interpersonnelle (<i>taijinkyōfu</i>) au Japon (1890-1930).....	116
Introduction.....	116
<u>1. Éreuthophobie et obsessions au Japon (décennies 1890-1920).....</u>	119
1.1. <i>Erythrophobie, Anthropophobia, Verkehrsangst</i>	119
1.2. Les théories des obsessions dans la psychiatrie japonaise (et en dehors) : de la théorie à la clinique ?.....	123
1.2.1. Les obsessions dans la littérature psychiatrique (1890-1910).....	123
1.2.2. Vulgarisation et psychologisation des obsessions.....	128
a. La psychologisation prudente des psychiatres universitaires.....	128
b. La pratique de la psychothérapie et la psychologisation des obsessions....	130
c. Deux théories psychogéniques concurrentes dans la psychiatrie académique	133
<u>2. Nervosisme, psychothérapie et « phobie de la honte » : l'invention de la phobie interpersonnelle (<i>taijinkyōfu</i>) par Morita Shōma.....</u>	136
2.1. La théorie du nervosisme selon Morita.....	138
2.1.1. Éléments biographiques.....	138
2.1.2. La théorie du nervosisme de Morita.....	140
2.2. La psychothérapie du nervosisme de Morita.....	145
2.2.1. En pratique.....	146
2.2.2. Elaboration.....	148
2.3. La phobie interpersonnelle de Morita : morale et clinique.....	151
2.3.1. La « phobie de la honte » comme problème moral.....	152
2.3.2. La phobie interpersonnelle comme problème thérapeutique.....	158
a. L'éreuthophobie vaincue par la thérapie Morita.....	158
b. Guérir de la phobie de la honte : l'humilité et l'ambition.....	160
c. Phobie de la honte et <i>risshin shusse</i> ?.....	163
<u>3. Les premiers échos de la phobie interpersonnelle au Japon.....</u>	167
3.1. La phobie interpersonnelle dans l'école Morita : usage et diffusion.....	167
3.2. Circulation de la phobie interpersonnelle dans la littérature psychologique des	

années 1930.....	170
3.2.1. Dans les psychothérapies populaires.....	171
3.2.2. Une version psychanalytique de la phobie interpersonnelle.....	177
Conclusion.....	184
Partie III.....	187
Chapitre 3.....	188
Renouveau et expansion de la phobie interpersonnelle (décennies 1950-1970).....	188
Introduction.....	188
1. Etat des lieux de la psychiatrie japonaise après-guerre.....	193
1.1. La loi d'hygiène mentale et l'âge d'or de l'asile et de la névrose.....	193
1.2. Orientations de la recherche : approches et objets nouveaux.....	195
2. Le « <i>taijinkyōfu</i> grave » : la phobie interpersonnelle à l'hôpital psychiatrique.....	200
2.1. L'expansion symptomatique de la phobie interpersonnelle.....	200
2.2. Le boom du <i>taijinkyōfu</i> grave.....	205
2.3. La phobie interpersonnelle et les frontières de la schizophrénie.....	208
2.3.1. Autres cliniques, autres patients.....	209
2.3.2. Facteurs épistémologiques : les frontières mouvantes de la schizophrénie	216
a. Les cas-limites de la schizophrénie.....	218
b. Des schizophrènes atypiques.....	221
2.3.3. Un concept « extrêmement vague et vaste » : le problème de la cohérence nosographique de la nouvelle phobie interpersonnelle.....	223
3. La phobie interpersonnelle, névrose japonaise.....	231
Introduction.....	231
3.1. La perspective culturaliste en psychiatrie.....	237
3.1.1. Névrozes, psychothérapie et échanges nippon-américains.....	237
a. Echanges et réseaux.....	237
b. Le regard du vainqueur.....	238
3.1.2. L'émergence de la problématique comparatiste en psychiatrie : entre <i>culture and personality</i> et <i>nihonjinron</i>	241
a. Du choc culturel, des difficultés de la psychothérapie.....	241
b. Des réponses.....	243
i. <i>Culture & Personality</i>	243
ii. <i>Nihonjinron</i>	248
3.2. La japonisation de la phobie interpersonnelle.....	250
3.2.1. Des indices épars.....	250
a. Quantifier le phénomène.....	250
b. Et en dehors du Japon ?.....	255
c. Des symptômes si japonais.....	260
i. Un délire de relation altruiste.....	260
ii. Le poids du regard.....	262
iii. La phobie de la honte ?.....	264
3.2.2. Japon et <i>taijinkyōfu</i> : les interprétations variées d'un rapport privilégié.....	266
a. La phobie interpersonnelle face à l'Histoire : fixisme et évolutionnisme.....	267
i. La tendance fixiste : le <i>taijinkyōfu</i> comme vestige prémoderne.....	267
ii. La tendance évolutionniste : le <i>taijinkyōfu</i> comme symptôme de	

l'histoire contemporaine.....	272
L'évolution symptomatique	274
L'évolution de la répartition sexuelle et le paradoxe de la question féminine.....	275
b. Les anthropophobes et la société japonaise : continuisme et discontinuisme	279
i. Continuisme : le <i>taijinkyōfu</i> comme « mentalité moyenne des Japonais contemporains ».....	280
Kondō Akichika et les contradictions de la société japonaise.....	283
Yamashita Itaru, Doi Takeo : les anthropophobes plus japonais que les Japonais.....	285
ii. Discontinuisme : l'anthropophobe en décalage.....	297
Takahashi Tooru et les rapports interpersonnels « étranges » des anthropophobes.....	298
Miyoshi Ikuo et Kawai Hayao : l'anthropophobe entre individualisme et groupisme.....	302
Uchinuma Yukio : honte, autonomie et le refoulé de la culture.....	307
Conclusion.....	313
Conclusion.....	317
Bibliographie.....	335

« Aussi ne faut-il pas tout à fait effacer la mauvaise honte
sur le visage des jeunes gens,
ce qui les rendrait effrontés et sans pudeur. »
(Plutarque, « De la fausse honte » in *Œuvres morales*)

Introduction

« Taijin kyofusho. Phobie culturellement distincte au Japon, qui ressemble d'une certaine façon aux Phobies sociales du DSM-IV. Ce syndrome concerne le comportement de certains individus craignant intensément que leur corps, une partie de leur corps ou le fonctionnement de leur corps ne déplaie, n'embarrasse ou n'agresse les autres par l'apparence, l'odeur, les expressions faciales ou les mouvements. »
(DSM-IV, 1996, p. 970)

« Since there is no properly conducted population based study of taijin kyofusho in Japan or in other countries, to our knowledge, it is difficult to make a firm conclusion as to whether all (...) subtypes of taijin kyofusho are culturally bound or whether some of the subtypes are virtually specific to Japan. It should be recognized, however that there is a wide gulf between the understanding of taijin kyofusho in Japan, since it incorporates diverse clinical entities, and the current stance in DSM-IV. But is taijin kyofusho really a culturally distinctive phobia ? (...) This discrepancy could be due to erroneous introduction of the concept to the West. »
(Suzuki et al., 2003, p. 1358)

De quoi est-il question dans ces deux extraits que nous avons ainsi placés en face à face ? Le premier est tiré de la 4^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* édité par l'Association américaine de psychiatrie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abrégé DSM-IV) et plus précisément du « Glossaire des syndromes propres à une culture donnée », une liste de 25 termes recensant des « schémas de comportement aberrants et d'expériences perturbantes qui sont spécifiques d'une région », qu'est susceptible de rencontrer le clinicien dans sa pratique en Amérique du Nord¹. Le second extrait provient d'une « lettre au rédacteur » publiée neuf ans plus tard par un groupe de jeunes chercheurs japonais de l'Université de Shizuoka, dans *The American Journal of Psychiatry*, contestant d'une part la pertinence de la présence de ce « *taijin kyofusho* » dans ce glossaire et d'autre part la justesse de la

1 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, p. 964. Quoiqu'originellement destiné à l'usage des psychiatres américains, le DSM est largement utilisé en psychiatrie au niveau international, dans le domaine de la recherche en particulier.

définition donnée supra².

Avant d'expliciter ce qui se joue entre ces deux textes, il est nécessaire de préciser ce qui se cache derrière ce terme énigmatique : que signifie donc « taijin kyofusho » ? *Taijin kyōfushō* 対人恐怖症 – sa transcription correcte – ou *taijinkyōfu* 対人恐怖 (les deux termes sont parfaitement synonymes) est un terme composé de deux mots : *taijin* qui désigne le « vis-à-vis d'autrui », qu'on retrouve notamment dans l'expression *taijin kankei* 対人関係 « relations interpersonnelles » ; et *kyōfushō* le terme médical signifiant « phobie ». On peut ainsi le traduire en français par l'expression « phobie interpersonnelle ». Il s'agit donc d'un terme psychiatrique qui désigne, selon les premières lignes de sa définition donnée dans l'édition de 1993 de l'« Encyclopédie de psychiatrie » japonaise :

« Une forme de névrose dans laquelle une angoisse et une tension psychique puissantes et injustifiées sont engendrées en présence d'autres personnes, provoquant chez l'individu une inquiétude quant au fait d'être méprisé par autrui, d'être source de désagrément ou de susciter du rejet, et conduisant à l'évitement des relations interpersonnelles »³.

Cette définition évoque également certaines des formes symptomatiques qu'elle peut prendre et qui portent sur : le rougissement (éreuthophobie), le fait d'être regardé ou de croiser le regard d'autrui (scopophobie), l'idée d'émettre une odeur corporelle nauséabonde (dysosmophobie), ou d'avoir un aspect physique inesthétique (dysmorphophobie), le bégaiement – liste présentée comme non exhaustive. En outre, comme l'indiquent Suzuki *et al.*, cette notion recouvre au Japon des tableaux cliniques qui vont du registre névrotique au registre psychotique, faisant ainsi de la phobie interpersonnelle un concept plus vaste que ce qu'indique la définition du DSM. Pourquoi ce décalage ? Et pourquoi cette pathologie figure-t-elle parmi les syndromes propres à une culture donnée du manuel américain ? La suite de la définition de l'« Encyclopédie de psychiatrie » nous éclaire sur ce dernier point :

2 SUZUKI Katsuaki et al., « Is Taijin Kyofusho a Culture-Bound Syndrome? », *The American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160, n° 7, p. 1358.

3 他人と同席する場面で、不当に強い不安と精神的緊張が生じ、そのため他人に軽蔑されるのではないか、他人に不快な感じを与えるのではないか、いやがられるのではないかと案じ、対人関係からできるだけ身を退こうとする神経症の一型。(KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Taijinkyōfu* » 対人恐怖 (Phobie interpersonnelle) dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1993, p. 515)

« Quoiqu'il en existe également des descriptions en Occident (par exemple P. Janet), c'est une opinion admise que le tableau clinique que l'on appelle *taijinkyōfu* est une forme de névrose particulièrement fréquente au Japon ; et les discussions sur les rapports entre les spécificités de la culture japonaise et les névroses en font fréquemment un sujet de psychiatrie comparée. Il est vrai que, en relation avec les caractéristiques psychologiques des Japonais, il est très fréquent que des personnes présentent de manière temporaire à l'adolescence non une phobie interpersonnelle mais un état proche, infra-clinique.⁴

Mais alors, si les deux définitions coïncident sur ce point, pourquoi cette lettre publique d'un groupe de chercheurs japonais dans l'une des plus grandes revues de psychiatrie américaine conteste-t-elle cette idée ? S'agit-il d'un événement marginal ?

Le concept de « phobie interpersonnelle » a été formulé au Japon au début des années 1930 par un psychiatre, Morita Shōma 森田正馬 (1874-1938), mais ce n'est qu'au cours des décennies 1960-1970 qu'il y est devenu courant en psychiatrie et l'objet de recherches détaillées, tout en se diffusant auprès du grand public. Comme l'évoque la définition ci-dessus, c'est en effet en constatant sa fréquence élevée dans la clinique des névroses au Japon et son apparente inexistence à l'étranger, que les psychiatres japonais en sont alors effectivement venus à tenir le *taijinkyōfu* pour un trouble entretenant des liens privilégiés avec la culture et la société japonaises, jusqu'à le considérer comme une névrose spécifiquement japonaise. Pourtant, à partir des années 1980-1990, il a amorcé un lent déclin : le trouble semble devenir moins fréquent, le diagnostic est de moins en moins utilisé en psychiatrie ; il paraît désormais n'être presque plus connu du public profane et sa spécificité culturelle est fortement remise en doute, ce dont témoigne la lettre de Suzuki et de ses collègues⁵.

Pour mieux comprendre ce que le développement historique de ce concept au Japon a de particulier, il faut le mettre en parallèle avec celui de l'autre concept psychiatrique auquel, selon notre premier extrait, le « taijin kyōfusho » « ressembl[ait] d'une certain

4 対人恐怖と呼ばれる病像は、欧米でも記載はあるが（例えばジャネ P. Janet）、これが日本にとくに多い神経症類型であることは定説となっており、日本文化の特性と神経症との関係が論じられるとき、しばしばこれが比較精神医学的な話題になる。確かに日本人の心性の中には、対人恐怖といえぬまでもそれに近い、サブクリニカルな状態を青春期の一時期にもつ人は、かなり多い。(Ibid)

5 D'après les personnes que nous avons interrogées au Japon, il semble a peu près inconnu des Japonais de moins de 30 ans, tandis qu'il est familier aux plus de 45-50 ans.

façon » : la *phobie sociale*. Ses critères diagnostiques dans le DSM-IV indiquent d'abord :

« Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. [...] »⁶

Le quatrième critère spécifie en outre que les situations sociales « sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses ». Les concepts de phobie interpersonnelle et de phobie sociale désignent donc, a minima, des réalités cliniques proches : des troubles psychiques de nature *anxieuse, liés aux situations sociales*, et engendrant un *évitement* de celles-ci. Or ces deux concepts ont deux destins tout à fait différents. Formulé pour la première fois par le psychologue français Pierre Janet en 1903, le concept de « phobies des situations sociales ou phobies sociales »⁷ semble avoir été quasiment ignoré dans la littérature du champ « psy »⁸ dans les pays occidentaux pendant la plus grande partie du XX^e siècle pour connaître son heure de gloire comme « maladie des années 1990 »⁹ aux Etats-Unis d'abord, puis dans d'autres pays.

Comment expliquer que deux concepts qui semblent si proches aient des histoires si différentes ? Et surtout, pourquoi la phobie interpersonnelle fait-elle l'objet d'une telle attention au Japon au cours du XX^e siècle, dans un décalage historique apparemment complet avec ce qui se produit pour la phobie sociale dans les traditions psychiatriques occidentales par lesquelles la psychiatrie japonaise tend pourtant à être fortement influencée ? C'est cette interrogation qui constitue le point de départ de notre recherche.

Si la phobie interpersonnelle a été très étudiée en tant que pathologie par les

6 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, op. cit., p. 490.

7 JANET Pierre, *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, Paris, Félix Alcan, 1903, p. 210.

8 Par champ « psy » nous entendons la psychiatrie et la psychologie. Rappelons que la psychiatrie est une discipline médicale, tandis que la psychologie émerge à la fin du XIX^e siècle comme discipline indépendante en se détachant de la philosophie.

9 MARSHALL John R., « Social Phobia : An Overview of Treatment Strategies », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993, vol. 54, n° 4, p. 165.

psychiatres japonais et a été régulièrement abordée par la psychiatrie transculturelle¹⁰, la réflexion historique et épistémologique sur ce concept est restée peu développée. Seul un article récent de Takahashi Tooru, psychiatre et parmi les contributeurs les plus importants aux recherches sur le *taijinkyōfu*, entreprend de retracer cette histoire¹¹. Il offre une synthèse des études les plus importantes des années 1930 aux années 1970 et aborde plusieurs points essentiels, tels que l'évolution psychopathologique du concept, et le caractère historiquement situé de l'intérêt pour le rapport entre culture japonaise et phobie interpersonnelle, mais le format de l'article ne lui permet pas une étude approfondie. Si Takahashi y explique n'avoir jamais été convaincu par l'idée d'un rapport privilégié entre la phobie interpersonnelle et la culture et société japonaises, c'est cependant bien cette question qui a suscité l'intérêt épistémologique des chercheurs. Un article plus ancien de John G. Russell (anthropologue), qui évoquait surtout les recherches publiées dans des années 1970-1980, mettait lui le doigt sur certains des caractères essentiels de la thèse du *taijinkyōfu* comme syndrome lié à la culture, vis-à-vis de laquelle il suspendait son jugement, et estimait qu'il était en tout cas une « *catégorie diagnostique* psychiatrique autochtone »¹². Plus récemment, un article en français écrit par deux psychologues, Kozakai Toshiaki et Arnaud Plagnol, adoptait un point de vue ouvertement critique quant à la thèse de la spécificité culturelle du *taijinkyōfu*, la jugeant n'être qu'une « illusion scientifique » relevant des nippologies des années 1960-1970, tout en suggérant une interprétation historique de l'émergence de cette pathologie.

Ces différentes études apportent des éclairages importants sur notre objet, mais de nombreuses questions demeurent : si la phobie interpersonnelle n'est pas une pathologie spécifiquement japonaise, comme le suggèrent ces études, pourquoi a-t-elle néanmoins tant suscité l'intérêt des psychiatres japonais ? Quels rapports historiques lient-ils ce concept avec celui de phobie sociale ? Pourquoi ce curieux décalage temporel dans l'intérêt scientifique pour ces deux notions ?

10 Signalons le seul ouvrage monographique non japonais qui lui est consacrée : une étude ethno-psychopathologique d'un psychologue clinicien français : JUGON Jean-Claude, *Phobies sociales au Japon : timidité et angoisse de l'autre*, Paris, ESF, 1998, 222 p.

11 TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no henshin – “jikkan” ni madowasareta rekishi* » 対人恐怖の概念の変遷 – 「実感」に惑わされた歴史 – (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 57-61.

12 RUSSELL John G., « Anxiety Disorders in apan: A Review of the Japanese Literature on Shinkeishitsu and Taijinkyōfushō », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1989, vol. 13, n° 4, p. 391-403.

Notre travail se situe à la croisée des études japonaises et de l'histoire des sciences, et plus précisément au croisement de l'histoire de la psychiatrie et de l'histoire des idées au Japon. Comme nous venons de le constater, aucune étude relevant de l'un ou l'autre de ces domaines (études japonaises et histoire des sciences) ne s'est jusqu'à présent penchée spécifiquement sur la phobie interpersonnelle. Il nous semble pourtant que cet objet illustre de manière intéressante non seulement le thème, commun à ces deux champs de recherche, de la circulation des savoirs, mais il éclaire également des questions qui intéressent spécifiquement l'un et l'autre champ.

Le cas particulier de la phobie interpersonnelle permet d'appréhender l'histoire du développement de la psychiatrie au Japon, en tant que savoir sur les problèmes de santé mentale « normaux », d'une part, sous l'angle de la réflexion sur les névroses ainsi que de la psychothérapie et, d'autre part, sous l'angle de son rapport à la question de l'identité culturelle japonaise (nippologie, *nihonjinron*), deux angles thématiques encore peu développés. En effet, s'il y existe une longue tradition d'écriture de l'histoire de leur discipline par les psychiatres celle-ci a jusqu'à présent eu tendance à se concentrer sur l'histoire des institutions et celle des grands hommes, ou encore des grandes orientations de la recherche (en particulier neuropsychiatrique) et du traitement des maladies mentales graves¹³. Depuis les années 2000, le champ de l'histoire de la psychiatrie japonaise a été considérablement renouvelé par des travaux produits par des chercheurs issus des sciences humaines et sociales. Des recherches d'orientation nettement foucauldienne se sont ainsi développées, mais, appréhendant la psychiatrie en tant qu'entreprise de contrôle social, elles s'intéressent avant tout à sa dimension répressive, qui concerne principalement les

13 Par exemple, pour des travaux relativement récents : OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Shisetsu Matsuzawa byōin shi 私説松沢病院史: 1879~1980* (Une histoire personnelle de l'hôpital Matsuzawa (1879-1980)), Tokyo, Iwasaki gakujutsu shuppansha, 1981, 655 p. ; OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Nihon seishinka iryōshi 日本精神科医療史* (Histoire de la psychiatrie japonaise), Tokyo, Igaku Shoin, 2002, 274 p. ; YAGI Gohei 八木剛平 et TANABE Akira 田辺英, *Nihon seishinbyō chiryō shi 日本精神病治療史* (Histoire du soin des maladies mentales au Japon), Tokyo, Kanehara Shuppan, 2002. ; HIRUTA Genshirō 昼田源四郎 (ed.), *Nihon no kindai seishin.iryō shi 日本の近代精神医療史* (Histoire du soin psychiatrique moderne au Japon), Tokyo, Life Science, 2001, vol. 38. ; KAZAMATSURI Hajime 風祭元, *Kindai seishin.igakushi kenkyū: Tōkyō daigaku, Gasshūkoku, gaichi no seishin.igaku 近代精神医学史研究 : 東京大学・合衆国・外地の精神医学* (Etudes d'histoire de la psychiatrie moderne : l'Université de Tokyo, les États-Unis, les territoires extérieurs), Tokyo, Chūō kōron jigyō shuppan, 2012, 202 p. ;

« marges » de la société¹⁴. Les importantes recherches d'histoire sociale de la médecine de Suzuki Akihito, qui mettent notamment en relief l'agentivité des patients et des familles, et l'importance des dynamiques sociales et culturelles locales, contribuent à remettre en question un certain nombre d'idées courantes sur le développement du soin psychiatrique au Japon, et nous nous y référerons régulièrement, cependant elles tendent à se concentrer sur la période moderne jusqu'à la seconde guerre mondiale¹⁵. Les travaux récents de l'anthropologue Kitanaka Junko sur la médicalisation de la dépression, et du sociologue Satō Masahiro sur l'histoire des discours médiatiques sur les maladies mentales au XX^e siècle, se démarquent de ces deux orientations¹⁶. Quoique selon des perspectives très différentes l'une de l'autre, ils font apparaître, *sur une durée longue*, l'ensemble du XX^e siècle, *le rôle de la psychiatrie dans la définition et la prise en charge des souffrances des individus pour ainsi dire normaux* (c'est-à-dire dont le comportement n'est pas socialement déviant), et en mettant en relief leurs *significations locales*. A ces trois égards, notre étude, qui cherche à comprendre le développement, au Japon, du début à la fin du XX^e siècle, du concept de phobie interpersonnelle – qui concerne des individus si « normaux » en apparence que leur souffrance psychique demeure parfois ignorée même

14 Serizawa (sociologue) cherche à montrer comment la psychiatrie parvient à s'imposer à partir de l'ère Taishō comme discipline en tant que « technologie politique » participant à la sauvegarde de la société : SERIZAWA Kazuya 芹沢一也, « *Hō* » kara kaihōsareru kenryoku: hanzai, kyōki, hinkon, soshite Taishō demokurashii 〈法〉から解放される権力—犯罪、狂気、貧困、そして大正デモクラシー (Les pouvoirs émancipés de la « loi » – crime, folie, misère et démocratie Taishō), Tokyo, Shin.yōsha, 2001, 284 p. Hyōdo Akiko (anthropologue) développe, dans une perspective nettement critique, la thèse d'une psychiatrisation conceptuelle et institutionnelle de la possession depuis l'ère Meiji jusqu'aux années 1940 : HYŌDO Akiko 兵頭晶子, *Seishinbyō no Nihon kindai : tsuku shinshin kara yamu shinshin e* 精神病の日本近代憑く心身から病む心身へ (La modernité japonaise de la maladie mentale : d'un corps/esprit possédé à un corps/esprit malade), Tokyo, Seikyusha, 2008, 322 p.

15 Par exemple : SUZUKI Akihito, « A Brain Hospital in Tokyo and its Private and Public Patients, 1926-45 », *History of Psychiatry*, 2003, vol. 14, n° 3, p. 337-360 ; SUZUKI Akihito, « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 » dans Roy Porter et David Wright (eds.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p. 193-225 ; SUZUKI Akihito, « Were Asylums Men's Places » dans *Psychiatric Cultures*, Amsterdam, Amsterdam University press, 2005, p. 295-311 ; SUZUKI Akihito, « Global Theory, Local Practice: Shock Therapies in Japanese Psychiatry, 1920-1945 » dans *Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*, Newcastle, Cambridge Scholars Pub., 2010, p. 116-141.

16 KITANAKA Junko, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012, 243 p. (ouvrage qui a été traduit en français : KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon*, traduit par Pierre-Henri Castel, Paris, Ithaque, 2014, 316 p.), SATŌ Masahiro 佐藤雅浩, *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku : « kokoro no yamai » wa naze ryūkō suru no ka ?* 精神疾患言説の歴史社会学 : 「心の病」はなぜ流行するのか (Sociologie historique des discours sur la maladie mentale : pourquoi les « maladies de l'âme » connaissent-elles des modes ?), Tokyo, Shin.yōsha, 2013, 520 p.

de leurs proches –, est le plus proche de ces travaux. Il il les croise et s'appuie sur eux à de multiples occasions. La monographie de Satō Masahiro sur le discours médiatique sur deux « maux de l'époque », la neurasthénie du début du XX^e siècle et la « névrose » (*noirōze* ノイロゼ) des années de haute croissance économique, pose notamment un cadre historique qui nous fournira d'importants éléments de contextualisation. La récente thèse (non publiée) de Wu Yu-Chuan consacre un chapitre à la psychothérapie développée par Morita dans lequel il l'envisage dans le contexte des thérapies populaires de la neurasthénie de son temps, un angle nouveau qui nous éclairera beaucoup¹⁷. Enfin, si le discours nippologique est une thématique récurrente dans le champ des études japonaises, déjà bien étudiée par l'anthropologie et la sociologie en particulier¹⁸, en ce qui concerne le domaine « psy » ces recherches ont surtout traité des théories de Doi Takeo, et les motifs et les modalités selon lesquelles la perspective culturaliste s'est implémentée dans le domaine psychiatrique n'a à notre connaissance pas été étudiée¹⁹.

Notre recherche se veut une épistémologie historique du concept de phobie interpersonnelle. Elle constitue ainsi un cas d'étude dans le contexte japonais des recherches sur la construction sociale des maladies mentales, au sens large *d'étude des conditions historico-culturelles d'émergence des maladies mentales en tant que concepts et en tant que réalités*²⁰. Si de telles recherches sont nombreuses dans le monde occidental,

17 WU Yu-Chuan, *A Disorder of Ki: Alternative Treatments for Neurasthenia in Japan, 1890-1945*, University College London, Londres, 2012.

18 Notamment : PIGEOT Jacqueline, « Les Japonais peints par eux-mêmes », *Le Débat*, 1983, n° 23, p. 19-33 ; AOKI Tamotsu 青木保, « *Nihon bunkaron* » no hen.yō : sengo Nihon no bunka to aidentiti 「日本文化論」の変容—戦後の文化とアイデンティティー (Les mutations du « discours sur la culture japonaise » : culture et identité dans l'après-guerre), Tokyo, Chuō Kōronsha, 1999, 212 p. ; BEFU Harumi, *Hegemony of Homogeneity: An Anthropological Analysis of Nihonjinron*, Melbourne, Trans Pacific Press, 2001, 181 p.

19 L'ouvrage, déjà un peu daté, de Peter N. Dale, consacre deux chapitres à l'œuvre de deux psychiatres (dont Morita Shōma), mais ne leur rend pas justice notamment car il se fonde non sur leurs écrits mais sur la manière dont en ont rendu compte leurs disciples respectifs, effectivement en plein âge d'or des nippologies. (DALE Peter N., *The Myth of Japanese Uniqueness*, New York, St Martin's Press, 1986, 233 p.). Signalons également, plus récemment, les deux chapitres que Nicolas Tajan que consacre dans sa thèse, d'une part, aux écrits de deux des « psychonippologues » les plus célèbres Doi Takeo et de Kawai Hayao, et d'autre part, à une relecture lacanienne de la fonction psychologique du discours nippologique. (TAJAN Nicolas, *Le retrait social au Japon. Enquête sur le hikikomori et l'absentéisme scolaire (futōkō)*, Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse, 2014)

20 Notre position est celle d'un « constructionnisme » modéré : envisager la phobie interpersonnelle comme un concept construit ne revient pas à considérer que l'état ainsi désigné n'existerait pas ou qu'il serait induit par le concept médical. Autrement dit nous considérons que la phobie interpersonnelle est *réelle et construite* (par un contexte historique, social et culturel). Nous nous référons à ce sujet au premier chapitre de : HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, traduit par Baudouin Jurdant, Paris, La Découverte, 2001, 298 p.

notamment développées en épistémologie, en anthropologie de la médecine et en sociologie des sciences²¹, dans le cas japonais, seuls les ouvrages de Kitanaka Junko et de Satō Masahiro, que nous venons d'évoquer, proposent une exploration des discours et des pratiques qui contribuent à donner localement forme au succès médical et social de la neurasthénie, de la névrose ou de la dépression. Dans le domaine occidental, il nous faut mentionner deux ouvrages. D'une part, la monumentale histoire des obsessions de Pierre-Henri Castel, conçue comme une « psychopathologie de l'individualisme », de l'antiquité à nos jours, en Occident²² : nous nous appuyerons en effet considérablement sur plusieurs des chapitres du premier tome de cette œuvre lorsque nous étudierons les origines de la conceptualisation psychiatrique d'une pathologie de l'angoisse du rapport à autrui dans l'Europe du tournant des XIX^e et XX^e siècles. D'autre part, l'ouvrage que Christopher Lane, *Shyness: How normal behavior became a sickness* (2007) consacré à l'émergence de la phobie sociale comme problème de société aux Etats-Unis dans les années 1990²³ : en effet, la proximité de son sujet permet de préciser quelques présupposés de notre recherche. Lane aborde le développement de la phobie sociale à travers le processus de l'intégration de son diagnostic et de ses modifications au sein du DSM et l'interprète comme la *pathologisation* sciemment pensée, en tant que déséquilibre chimique dans le cerveau, d'un trait de caractère *normal*. Suivant le schéma du « disease mongering » (l'idée que des maladies seraient créées de toutes pièces et « vendues » au public), typique d'une critique antipsychiatrique particulièrement puissante dans les sciences sociales anglo-saxonnes²⁴, la phobie sociale serait ainsi le produit de la capacité de l'industrie pharmaceutique à imposer ses intérêts à la psychiatrie et d'une « intolérance » de la culture (américaine) contemporaine « pour les émotions ». Si Lane décrit des faits

21 Par exemple, selon des approches très différentes : HACKING Ian, *L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2006, 451 p. ; YOUNG Allan, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1997, 327 p. ; BARRETT Robert, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, traduit par Françoise Bouillot, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999, 349 p. ; EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2000, 414 p.

22 CASTEL Pierre-Henri, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Volume 1, Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, Paris, Ithaque, 2011, 453 p. et CASTEL Pierre-Henri, *La fin des coupables suivi de Le cas Paramord. Volume 2, Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences*, Paris, Ithaque, 2012, 560 p.

23 LANE Christopher, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven, Yale University Press, 2007, 263 p.

24 Le même schéma explicatif est développé pour la dépression par HORWITZ Allan V. et WAKEFIELD Jerome C., *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Misery into Depressive Disorder*, New York, Oxford University Press, 2007.

difficilement contestables²⁵, son point de vue pêche cependant d'après nous par son unilatéralité et notamment son incapacité à prendre en compte les individus qui contribuent au succès de cette médicalisation (tant dans la réalité de leur souffrance que comme sujets non nécessairement naïfs ou passifs), et sa tendance à sous-estimer l'importance des évolutions historico-culturelles qui sous-tendent ce succès (notamment la signification attribuée à la timidité). S'il n'est pas question d'industrie pharmaceutique dans notre histoire, il y est néanmoins également possible d'envisager l'émergence de la phobie interpersonnelle et des diagnostics qui l'ont précédée comme la *médicalisation* de traits de caractère ou d'émotions qui n'étaient jusqu'alors pas envisagés comme des pathologies. Quoique cet aspect ne soit pas premier dans notre travail, nous adoptons pour notre part une vision de cette médicalisation, informée par la perspective « par en bas » de l'histoire de la médecine, comme un processus dans lequel les individus-patients jouent un rôle actif²⁶.

Notre réflexion est en particulier stimulée par les travaux d'Ian Hacking sur les « maladies mentales transitoires », qui « apparaissent à un endroit et à une époque donnés avant de disparaître peu à peu »²⁷. La métaphore de la « niche écologique » qu'il propose pour comprendre ce qui rend possible l'existence de ces maladies mentales transitoires nous sera utile pour comprendre les conditions d'émergence de la phobie interpersonnelle puis sa prospérité temporaire au Japon²⁸. Par ailleurs, la recherche de Mark Micale sur la

25 Notamment l'introduction de catégories diagnostiques nouvelles sur la base de preuves cliniques faibles, l'intrusion des compagnies pharmaceutiques dans le processus d'élaboration des critères diagnostiques, ainsi que l'agressivité des campagnes publicitaires qui ont permis de créer un marché juteux pour certains médicaments. La dimension psychopharmacologique technique de l'intérêt de l'industrie pour le diagnostic de phobie sociale a d'abord été démontré de manière passionnante dans les chapitres 1 et 6 de : HEALY David, *The Anti-depressant Era*, Cambridge, London, Harvard University Press, 1997, 317 p.

26 Nous nous référons à l'approche de l'histoire de la médecine *du point de vue des patients* prônée par PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 1985, n° 14, p. 175-198. Une critique de la médicalisation comme d'un processus passif pour le « médicalisé » est exposée de manière synthétique par ROSE Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet*, 2007, vol. 369, n° 9562, p. 702.

27 HACKING Ian, *Les fous voyageurs*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 2002, p. 9.

28 La niche écologique « n'est pas simplement sociale ou médicale, [...] n'est pas le seul fait du patit ou le seul fait des médecins, mais est issue de la concaténation d'un nombre extraordinaire d'éléments divers qui offrent pour un temps un abri stable à certain types de manifestations morbides. » (*Ibid.*, p. 35.) Hacking conçoit la niche comme constituée de « vecteurs » : le premier est médical, « la maladie doit pouvoir entrer dans un cadre diagnostique plus large, une taxinomie de la maladie » ; le second est la « polarité culturelle : la maladie doit se siuer entre deux éléments de culture contemporaine, l'un romantique et vertueux, l'autre vicieux et porté au crime » ; le troisième est un vecteur d'observabilité « rendant le trouble visible en tant que trouble, en tant que souffrance » ; le dernier est le soulagement que doit offrir la maladie et qui n'est possible « nulle part ailleurs au sein de la culture où elle s'épanouit. » (*Ibid.*, p. 10-11)

supposée disparition de l'hystérie au début du XX^e siècle, qui propose de « déconstruire cliniquement » le diagnostic d'hystérie en se penchant sur le rôle déterminant des évolutions nosographiques et nosologiques dans cette disparition, nous aidera à appréhender les évolutions cliniques de la phobie interpersonnelle observées par les psychiatres japonais dans la seconde moitié du XX^e siècle²⁹.

En privilégiant une approche épistémologique, nous avons fait le choix dans ce travail de suivre prioritairement le développement *théorique* du concept de phobie interpersonnelle. Bien que celui-ci représente un point de vue partiel, il constitue néanmoins un préalable essentiel à l'exploration d'un phénomène nécessairement plus vaste et plus complexe. Ainsi nous n'avons qu'ébauché l'exploration de la manière dont les théories des psychiatres s'incarnent dans la pratique, celle dont elles rencontrent, orientent ou sont modifiées par le point de vue des patients, et la description des transformations culturelles (voire anthropologiques) qui sous-tendent le destin de la phobie interpersonnelle et de ses analogons. Mais c'est cette focalisation épistémologique qui nous permettra de suivre le fil du développement de la notion de phobie interpersonnelle sur un temps long, en partant de sa genèse dans la littérature médicale européenne de la fin du XIX^e siècle, pour décrire son riche développement dans la psychiatrie japonaise dans la première et la seconde moitié du XX^e siècle, et ouvrir en conclusion sur son émergence américaine à la fin de celui-ci – du *false blush* au *social anxiety disorder* en passant par le *taijinkyōfu*. Nous espérons ainsi en restituer ainsi un tableau plus riche, faisant en particulier apparaître les multiples niveaux de circulation du savoir et les continuités transnationales à côté des pratiques cliniques locales.

Les principales sources de cette étude sont d'abord constituées de la littérature psychiatrique. Les revues de psychiatrie japonaises les plus importantes ont été examinées de manière systématique³⁰ et nous avons consulté les manuels de psychiatrie et l'encyclopédie de psychiatrie de référence japonais. Les numéros spéciaux de revue et

29 MICALE Mark S., « On the “Disappearance” of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis », *Isis*, 1993, vol. 84, n° 3, p. 496-526.

30 Sur l'ensemble de la période : « Revue de Neurologie » *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌 renommée en 1935 *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌 (« Revue de psychiatrie et de neurologie ») ; et après-guerre seulement : « Psychiatrie » *Seishin.igaku* 精神医学 et « Psychiatrie clinique » *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学.

monographies consacrées à la phobie interpersonnelle dans les années 1930 et 1960-1970 ont été analysés. Les sources spécifiques à chaque partie de cette étude étant assez variées, nous nous permettons de renvoyer le lecteur aux introductions de chacune des parties, dans lesquelles elles sont présentées. D'autre part, nous avons complété ces sources publiées par des entretiens menés avec six psychiatres, dont quatre font partie des principaux contributeurs aux recherches sur le *taijinkyōfu* dans la seconde moitié du XX^e siècle, qui nous ont notamment permis d'enrichir notre compréhension du contexte clinique et théorique de la conceptualisation de la phobie interpersonnelle³¹.

Ce travail s'organise selon un plan chronologique autour de trois parties. La première offre une perspective généalogique sur la phobie interpersonnelle et explore l'histoire essentiellement européenne, du premier tiers du XIX^e siècle au tournant des XIX^e et XX^e siècles, de la conceptualisation de l'éreuthophobie, archétype de ce qui sera ensuite pensé comme phobie sociale en Europe et comme phobie interpersonnelle au Japon. La seconde partie est consacrée à l'émergence du concept de phobie interpersonnelle au Japon dans la première moitié du XX^e siècle. Elle comprend une sous-partie introductive qui permet de contextualiser cette émergence dans le cadre du développement institutionnel, théorique et social d'une psychiatrie moderne d'origine occidentale au Japon depuis les années 1890. Le second chapitre propose une analyse épistémologique du concept de phobie interpersonnelle formulé par Morita Shōma au début des années 1930, à la lumière de sa théorie et de sa psychothérapie du nervosisme, ainsi qu'un aperçu sur sa première circulation dans la littérature psychothérapeutique. La troisième partie a pour objet l'épanouissement du concept de phobie interpersonnelle dans la littérature psychiatrique dans les années 1960-1970. Elle comprend deux sous-parties, consacrées chacune à un aspect épistémologiquement caractéristique de ces nouvelles recherches : l'évolution clinique du *taijinkyōfu* vers des formes plus psychotiques, et le développement des interprétations culturelles du *taijinkyōfu*. Nous décrivons ces transformations et explorons les facteurs cliniques, théoriques et intellectuels qui les déterminent.

31 Il s'agit, par ordre alphabétique, de : Fujita Sanae, Kasahara Yomishi, Kitanishi Kenji, Murakami Yasuhiko, Nakamura Kei, Takahashi Tooru (v. bibliographie)

Partie I

Chapitre 1

Du *false blush* aux phobies sociales en passant par l'éreuthophobie : les mutations de la peur de rougir en Europe (1839-1903)

Introduction

La notion de phobies sociales, ou de phobies de la société, apparaît pour la première fois sous la plume de Pierre Janet en 1903 dans son ouvrage *Les Obsessions et la psychasthénie*. Janet regroupe sous cette appellation un ensemble de syndromes décrits depuis peu, et en particulier l'éreuthophobie – une peur obsessionnelle de rougir qui se manifeste avant tout en présence de personnes. L'éreuthophobie peut être considérée comme la voie ayant mené à la description de la phobie sociale et son symptôme le plus typique. Si une forme d'angoisse liée au fait de rougir de manière involontaire et intempestive avait été notée à plusieurs reprises par des médecins au cours du XIX^e siècle, c'est sa description comme syndrome psychiatrique en 1896 par des psychiatres français et russe qui va susciter un débat entre médecins et psychologues européens et mener sept ans plus tard à la formulation du concept de phobie sociale par Janet. Cette histoire exclusivement européenne nous intéresse à plusieurs titres. Elle est tout d'abord généalogiquement liée au cas japonais qu'elle précède de plusieurs décennies et qu'elle détermine partiellement. D'autre part, et de manière plus importante, les enjeux et les apories du débat européen, et la manière dont Janet parvient à les dépasser éclairent le processus qui amène Morita à décrire en 1931 la « phobie interpersonnelle », *taijinkyōfushō*, un concept extrêmement proche du concept de phobie sociale. Il s'agit donc, dans ce chapitre, de comprendre *comment, dans quelles conditions, l'idée de phobie sociale a émergé (et échoué à se diffuser) dans la psychiatrie européenne au début du XX^e siècle.*

S'il suffit de consulter un manuel consacré aux phobies sociales pour trouver dans ses grandes lignes l'histoire que nous retracerons ici, celle-ci est souvent incomplète et relativement limitée du point de vue de l'analyse épistémologique¹. Or une étude un peu

1 Voir par exemple : PELISSOLO A. et LÉPINE J.-P., « Les phobies sociales : perspectives historiques et

plus précise des textes et des débats au travers desquels l'angoisse de rougir commence à prendre une forme médicale est nécessaire, d'une part, pour mieux comprendre le contexte scientifique dans lequel émerge le concept japonais de phobie interpersonnelle (que nous verrons au chapitre suivant), mais aussi pour remettre en perspective la ré-émergence dans les pays occidentaux de la question de la phobie sociale dans les années 1980 (que nous évoquerons dans la conclusion de ce travail). Nous avons ici tâché d'explorer de la manière la plus complète possible la façon dont ces questions prennent forme à partir d'un corpus de textes constitué par l'exploration systématique des références recensées dans la littérature sur l'éreuthophobie publiée au tournant des XIX^e et XX^e siècles en Europe. Le chapitre V du premier tome de l'histoire des obsessions de Pierre-Henri Castel, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*², nous a fourni des éléments d'analyse épistémologique essentiels pour les deuxième et troisième parties de ce chapitre.

Puisque l'éreuthophobie est la voie qui a conduit Janet à isoler la phobie sociale, nous commencerons par examiner comment la peur de rougir apparaît dans la littérature médicale, au travers de deux textes de la première moitié du XIX^e siècle, l'un anglais, l'autre allemand. Très différents l'un de l'autre, ils seront cependant identifiés comme des textes précurseurs par les théoriciens de l'éreuthophobie de la fin du siècle. Nous nous demanderons pourquoi et comment ces deux médecins appréhendent cet état, et nous interrogerons sur ce qui, dans le même temps, empêche l'intégration de leurs descriptions de cette peur pathologique de rougir à la théorie médicale. Dans un second temps, nous nous tournerons vers la psychiatrie. Nous verrons tout d'abord quelles sont les évolutions institutionnelles et théoriques de la psychiatrie au cours du XIX^e siècle qui permettent l'épanouissement de la question du rougissement pathologique dans le domaine psychiatrique dans les dernières décennies du siècle. Puis nous décrirons comment, dans la seconde moitié des années 1890, la question d'une angoisse ou obsession de la rougeur, l'éreuthophobie, émerge dans les discussions psychiatriques. Pendant sept ans, de 1896 à 1902, une littérature se développe : ce symptôme est reconnu comme pathologie, il est baptisé, les vignettes cliniques s'accumulent, sa nature ainsi que son statut nosographique sont vivement discutés. Nous chercherons à comprendre les raisons théoriques de cet intérêt scientifique soudain pour l'éreuthophobie en examinant les enjeux dont elle est

conceptuelles », *L'Encéphale*, 1995, vol. 21, n° 1, p. 15-24.; PIEDINIELLI Jean-Louis, *Les phobies, agoraphobie, phobies sociales, phobies simples*, s.l., Armand Colin, 2009, 126 p.

2 CASTEL Pierre-Henri, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Volume 1, Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, Paris, Ithaque, 2011, p. 319-380.

l'objet. Enfin, après avoir indiqué quelques éléments caractéristiques des limites de ce débat et qui permettent de mesurer l'écart entre la manière de poser le problème au cours de ces années et l'approche de la même question par Pierre Janet en 1903, nous verrons dans une dernière partie ce qui amène ce dernier à proposer de regrouper l'éreuthophobie et une série d'autres syndromes sous le concept nouveau de *phobies sociales*. Nous chercherons à montrer comment celui-ci s'inscrit dans sa théorie de la psychasthénie, qui relève d'un paradigme nouveau dans la réflexion sur les obsessions. Enfin, nous esquisserons une réflexion sur l'insuccès du concept de phobies sociales janétien, qui mettra en perspective le succès du concept moritien de phobie interpersonnelle.

1. Un rougissement pathologique ? Deux textes médicaux sur la peur de rougir dans les années 1830-1840

Nous nous pencherons ici sur deux textes datant de la première moitié du XIX^e siècle, écrits par des médecins, l'un britannique, l'autre prussien, qui traitent, selon des perspectives très différentes, d'une forme de *rougissement pathologique*. Au moment de leur parution ils semblent constituer, en raison de leur objet, des textes assez atypiques qui semblent rester sans suite. Dans la seconde moitié du siècle cependant, ces textes seront identifiés comme précurseurs par les auteurs qui élaborent le concept d'éreuthophobie. A travers eux nous chercherons à comprendre d'une part comment une forme de peur extrême de rougir en vient à être prise en considération par la médecine en tant qu'état morbide, autrement dit, comment elle devient une question médicale. Et d'autre part, nous repérerons les différentes questions en germe dans ces deux documents que nous aurons l'occasion de retrouver tout au long de notre parcours.

1.1. T.H. Burgess : le *false blush* comme mal de la civilisation

Le premier texte est un essai général sur la « Physiologie ou mécanisme du rougissement »³ paru au Royaume-Uni en 1839. Cette monographie constitue à notre connaissance le premier écrit médical développant de manière consistante une conception pathologique du rougissement. L'auteur de cet essai, Thomas Henry Burgess (1811-1865), est un jeune médecin britannique diplômé de la prestigieuse université médicale d'Edimbourg (1837) qui vient tout juste de s'installer à Londres⁴. L'ouvrage, qui est son premier, n'appartient pas stricto sensu à la littérature spécialisée : le sujet, indique l'auteur, intéressera tant « le physiologiste » que le « *general enquirer* »⁵. Ce texte doit sans doute en grande partie sa postérité au fait qu'il est largement cité par Darwin dans son ouvrage

3 BURGESS Thomas H., *The Physiology or Mechanism of Blushing ; Illustrative of the influence of mental emotion on the capillary circulation ; with a general view of the sympathies, and the organic relations of those structures with which they seem to be connected*, Londres, John Churchill, 1839, 202 p.

4 *London & provincial medical directory*, John Churchill, Londres, 1852, p.52 ; *List of the graduates in Medicine in the University of Edinburgh*, Neill & Co, Edimbourg, 1867, p. 110 ; *Proceedings of the Royal Medical and Chirurgical Society of London*, The Royal Medical and Chirurgical Society of London, Londres (notice consultée en ligne : <http://trees.ancestryinstitution.com/> le 31 octobre 2015) ; *Medico-Chirurgical Transactions*, vol. 41, The Royal Medical and Chirurgical Society of London, Londres, 1858, p. xiii

5 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, *op. cit.*, p. iii. Public général qui ne devait néanmoins être constitué que d'une audience limitée d'individus érudits se piquant d'anatomie et de physiologie.

The Expression of Emotions in Man and Animal (1872), dans un chapitre consacré au rougissement.

C'est un intérêt pour les mécanismes physiologiques complexes induits par les « mouvements involontaires de l'esprit »⁶ et mobilisés dans la production du rougissement qui pousse le jeune médecin à consacrer un essai entier à ce phénomène. Mais, si le phénomène du rougissement relève aussi bien du champ de l'anatomie que de celui de la philosophie mentale et morale, c'est en tant que physiologiste que Burgess entend mener son enquête, déclarant refuser de s'aventurer dans « l'obscurité profonde qui entoure les attributs supérieurs de l'homme »⁷. Un peu plus de la moitié de cet essai est ainsi consacrée à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du rougissement et s'inscrit dans l'actualité du champ émergent de la neurophysiologie⁸. Burgess y détaille et y discute différentes théories, ainsi que les siennes, des « sympathies » entre les organes, du fonctionnement du système nerveux et de celui du réseau capillaire sanguin. Cependant il consacre également un premier tiers de son livre à une « histoire naturelle » du rougissement, dans laquelle il fait une description dudit phénomène dans la littérature, à travers le monde, en tant que manifestation de la sensibilité, dans ses différentes formes et dans sa téléologie divine. Burgess s'inscrit en effet dans le courant de la théologie naturelle qui exerce alors une influence déterminante sur les sciences de la nature britanniques⁹. La dernière partie qui est la plus courte est consacrée à son traitement médical. La question du rougissement *pathologique*, qui nous intéresse plus particulièrement quoiqu'elle occupe une place relativement limitée dans l'ouvrage, est suscitée par un paradoxe. Ayant défini le rougissement comme la manifestation physique d'une émotion morale – la honte – et inscrite dans une téléologie religieuse, mais constatant que dans bien des cas le rougissement *ne semble pas causé par la contrition*,

6 *Ibid.*, p. iv.

7 *Ibid.*, p. 5.

8 La neurophysiologie est un champ naissant de la médecine britannique au début du XIX^e siècle, notamment marqué par les travaux fondateurs de Charles Bell (années 1910-20), les théories de Marshall Hall sur le réseau capillaire et l'action réflexe (années 1830) et celles de Johannes Müller sur l'action nerveuse, etc. Auteurs qui sont tous cités par Burgess.

9 La théologie naturelle, est un courant prépondérant de la pensée théologique du 17^e au 19^e siècle qui trouve dans l'observation de la nature, en particulier l'anatomie, des preuves de l'existence de Dieu, selon l'idée que sa complexité et son harmonie ne peuvent que résulter d'un dessein délibéré. Elle exerce, au moins jusqu'à la « révolution darwinienne » une influence structurante sur les sciences naturelles (anatomie, physiologie) et la médecine britanniques. (Porter Roy, « Religion and Medicine » in BYNUM W. F. et PORTER Roy (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Volume 2*, London, Routledge, 1993, vol. 2/2, p. 1455. ; CALDWELL Janis McLarren, *Literature and Medicine in Nineteenth-Century Britain: From Mary Shelley to George Eliot*, s.l., Cambridge University Press, 2004, p. 8-16.

Burgess est amené à établir une distinction au sein du phénomène en question et à poser, d'un côté, un phénomène normal qu'il s'agira de décrire grâce aux connaissances neurophysiologiques ; et de l'autre, un phénomène pathologique qui lui donne l'occasion de s'interroger sur les effets morbides de la civilisation, les troubles nerveux et à en suggérer des moyens curatifs. C'est là, à notre connaissance, le premier écrit médical s'interrogeant sur le rougissement en tant que phénomène pathologique.

Phénomène bien connu de tous, le lecteur a pu observer la rougeur des autres ou en faire lui-même l'expérience, le rougissement est en outre universel, souligne Burgess. On le rencontrerait dans toutes les littératures « de l'Arabie au Pôle »¹⁰ et chez toutes les « races humaines ». Ainsi, affirme Burgess, contrairement à une idée répandue par Humboldt, il n'est pas jusqu'aux « nègres » qui seraient incapables de rougir car « l'infériorité des races sombres par rapport aux races blanches est bien plus généralisée et fortement marquée dans [...] les facultés intellectuelles [...] que dans les *sentiments et les dispositions morales*. »¹¹, or précisément, le rougissement constitue d'après Burgess une forme « d'instinct moral »¹². Le rougissement serait ainsi une « passion noble », c'est-à-dire une émotion noble, en ce sens qu'elle est « “morale” ou “spirituelle”, mais non animale »¹³, c'est-à-dire réflexe. Preuve en est, selon Burgess, l'impossibilité de la provoquer mécaniquement – comme on peut provoquer d'autres émotions, telles que les pleurs ou le rire, par simple action physique – : le rougissement ne peut être provoqué que par un stimulus *moral* qui en appelle à la *conscience*. Burgess s'inscrit dans le courant de la théologie naturelle et, cherchant la concordance entre les enseignements de la Bible et ceux des sciences de la Nature, il voit ainsi dans cette universelle aptitude à rougir une manifestation du « dessein divin ». L'Ancien Testament n'offre-t-il pas des récits dans lesquels la rougeur soudaine du visage est « une illustration de la honte » ? La thèse de Burgess fait ainsi du rougissement une « contrainte morale » élaborée par une « sage et bonne Providence » :

« Is it not most probable that it was with this intention the Creator of man endowed him with this peculiar faculty of exhibiting his internal emotions, or more properly speaking, of the internal emotions exhibiting themselves, for no individual blushes

10 « It is the *ἐρυθρῆμα* of Homer and Sappho [*sic*] ; the *Rubor* of Ovid, Virgil and Horace ; the *Rossore* of Tasso and Ariosto ; the *Erroethen* of Zimmerman, Schiller, and Goëthe ; and the *Rougeur* of the impassioned Lamartine. » BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, *op. cit.*, p. 8.

11 *Ibid.*, p. 29.

12 *Ibid.*, p. 26.

13 *Ibid.*, p. 155.

voluntarily ; it would, therefore, appear to serve as a check on the conscience, and prevent the moral faculties from being infringed upon, or deviating from their allotted path. »¹⁴

La manifestation de la rougeur du visage serait ainsi « un appel de l'être spirituel, de la "divinité qui règne en nous", à la sensibilité organique d'autres parties vitales de notre corps »¹⁵. Ainsi – et quoiqu'il mette en garde contre la tentation de voir dans le rougissement une preuve systématique de culpabilité – Burgess estime-t-il que le rougissement possède une véritable utilité éthique et sociale dans la mesure où dans cette érubescence de la face se manifesterait l'alliance « de l'âme et de la conscience » avec la « vérité et la justice », contre la « malhonnêteté du cœur humain »¹⁶. Dans un élan d'optimisme, Burgess va jusqu'à avancer que la peur de la honte, plus même que la crainte du châtiment corporel, « empêche dans de nombreux cas l'individu de violer les lois de la moralité »¹⁷. Plus pragmatiquement, le rougissement constituera du moins, après coup, la juste « expiation morale » d'une transgression consciente de ces lois¹⁸, affirme-t-il plus loin.

Or, l'émerveillement du pieux physiologiste face à la perfection de la Création est troublé par le constat qu'il fait de la difficulté de distinguer, dans l'érubescence de ses contemporains, si l'on a affaire à l'expression de la honte ou bien plutôt à celle d'une « sensibilité exacerbée »¹⁹. A son grand dam, Burgess soupçonne que c'est ce dernier cas qui est le plus fréquent. Il établit ainsi une distinction entre un « vrai rougissement » (*true blush*), conforme au dessein divin, et un « faux rougissement » (*false blush*), qui serait la « perversion de l'intention originelle »²⁰ mais pourtant plus courant. La distinction entre ces deux formes hétérogènes de rougissement reproduit l'opposition qu'il dessine, en amont, entre la « vraie sensibilité » et la « fausse sensibilité ». La vraie sensibilité est un rapport harmonieux de l'homme au monde : c'est un « état du sentiment capable de distinguer le bon du mauvais, et qui n'est pas soumis à toutes les impressions de manière indiscriminée »²¹. Tandis que la fausse sensibilité, qui serait de loin la plus fréquente dans la « société civilisée », est un état pathologique, c'est :

14 *Ibid.*, p. 24.

15 *Ibid.*, p. 156.

16 *Ibid.*, p. 52.

17 *Ibid.*, p. 25.

18 *Ibid.*, p. 49.

19 *Ibid.*, p. 25.

20 *Ibid.*

21 *Ibid.*, p. 20-21.

« [...] a peculiar irritability of that part of the sensorium which receives the impression of our ideas— which is liable to be disturbed or excited by the slightest efforts of the imagination, and is as frequently affected by fanciful or imaginary as by real causes. »²²

Ainsi, alors que le vrai rougissement est « motivé par une *cause morale* valable et conséquente »²³, le faux rougissement est lui le produit de cet « état de sensibilité morbide extrême sur lequel *ni la raison ni les pouvoirs moraux* ne semblent avoir le moindre empire »²⁴. La jeune personne qui se met à rougir et est prise d'une extrême timidité à peine lui adresse-t-on la parole serait ainsi une victime de cette « sensibilité morale anormale ou troublée »²⁵, qui est elle-même un vice de l'homme civilisé, causée par son « raffinement excessif » et son « manque d'éducation morale précoce »²⁶. D'un côté ordre et harmonie de la Création, de l'autre désordre et aberration de la civilisation. Burgess reprend ici le motif alors répandu des « maux de la civilisation » apparu au siècle précédent chez des philosophes et des médecins comme la « régénération sécularisée du mythe chrétien de la Chute », et qui rend le développement des villes, du commerce, l'enrichissement, le confort, etc. responsables d'un ensemble de nouvelles maladies²⁷. Burgess s'inscrit dans cette perspective lorsqu'il affirme que la contrepartie des « innombrables et inestimables bienfaits » de la vie civilisée est son effet délétère sur le corps et l'intellect, responsable de maux inconnus de la « vie sauvage »²⁸. La sensibilité morbide figure ainsi, au même titre que les décès en couches ou la folie religieuse et politique, parmi les tributs payés par l'homme à la civilisation pour son « raffinement »²⁹. Or ce « grand vice de la civilisation » qu'est la « sensibilité malade » est la cause du « faux rougissement », et celui-ci doit être considéré comme une maladie.

Le caractère morbide de cette forme de rougissement est en premier lieu déterminé par son inconsistance avec l'intention divine, c'est-à-dire d'après Burgess par l'absence d'une « bonne et solide » cause morale à l'empourprement³⁰. La question, de fait cruciale, de

22 *Ibid.*

23 *Ibid.*, p. 48.

24 *Ibid.*

25 *Ibid.*, p. 22.

26 *Ibid.*, p. 47.

27 PORTER Roy, « Diseases of Civilization » dans W. F. Bynum et Roy Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Volume 1*, London, Routledge, 1993, vol. 2/1, p. 589-90.

28 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, *op. cit.*, p. 44.

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*, p. 48.

déterminer ce qui constituerait une cause morale valable est tranchée rapidement par le médecin : « une atteinte aux sentiments par le souvenir d'un *malheur* ou d'une disgrâce, les condamnations de la conscience, etc. »³¹. De cette liste, certes non exhaustive, on note un absent significatif tant il semble trivial : la timidité, qui apparaît pourtant comme le motif principal des cas de rougissements morbides qu'il évoque. Ainsi le comportement d'une jeune personne non encore habituée à la société et se montrant « décontenancée et confuse *sans la moindre raison que ce soit* » lorsqu'elle entre dans une pièce, de même que les individus qui rougissent et se montrent d'une extrême timidité « à peine leur adresse-t-on la parole » relève-t-il pour Burgess d'une « sensibilité morale anormale ou troublée »³² et non d'une timidité particulièrement prononcée. Cette position est d'autant plus inattendue et originale, qu'elle va à l'encontre de l'opinion commune, dont se fait par exemple l'écho un commentateur anonyme de l'ouvrage, selon laquelle le rougissement est bien plus souvent causé par la « fausse honte » et la timidité que par un vrai sentiment de culpabilité, encore moins par une pathologie³³ – nous reviendrons plus loin sur ce concept de « fausse honte ». Burgess n'ignore pas cette idée couramment admise, qu'il évoque dans l'introduction de son essai : la tendance à rougir est spontanément associée à la « timidité ou à la pudeur (*modesty*) » de la jeunesse³⁴. Elle bénéficie d'ailleurs à ce titre d'une certaine bienveillance culturelle : elle a ainsi pu être chantée dans la littérature comme le symbole même de la chasteté des jeunes filles vierges³⁵, et Burgess semble partager cette indulgence, en raison de l'idée de la délicatesse morale et physique constitutionnelle propre aux femmes et aux enfants³⁶. Le fond du problème en réalité, ce qui est proprement pathologique, c'est *le rougissement de l'homme d'âge mûr* :

« This habit of blushing from morbid sensibility is as common with young men as with young women, and although it is considered a beauty in the latter instance, we cannot view it in any other light than as a disease, when it frequently occurs in men who have arrived at the years of maturity. In this case *the bane of it is deeply felt by those who are under its influence*, and notwithstanding its poesied beauty, *seems to be looked upon as a drawback in male society, tending materially to curb the natural*

31 *Ibid.*

32 *Ibid.*, p. 22.

33 ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », *The Medico-Chirurgical Review*, 1839, LXI, p. 174.

34 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, *op. cit.*, p. 1.

35 *Ibid.*, p. 9-10.

36 *Ibid.*, p. 23.

impulse of the individual. »³⁷

Timide lorsqu'il faudrait se laisser porter par « l'élan naturel » et s'affirmer, assujéti à ses émotions alors qu'il faut faire preuve de *self-control*, l'homme adulte qui rougit semble contrevenir à toutes les valeurs culturelles qui sont attachées à son sexe et à son âge³⁸. Or ce qu'indique ici le discours du médecin c'est que l'un des facteurs de la morbidité du rougissement masculin serait le *jugement social* (« *seems to be looked upon as a drawback in male society* ») et le *fardeau moral* qu'il fait par conséquent peser sur celui qui y est sujet (« *the bane of it is deeply felt* »). Le rougissement, la timidité n'est pas soluble dans l'idéal viril, et les hommes qui rougissent en souffrent profondément. Ce qui fait du rougissement un « fléau » c'est qu'il est le signe de la « subordination à ses propres émotions », qui est pour celui qui en est l'objet, source de frustration et de colère³⁹. Burgess ne fournit dans son ouvrage aucun cas clinique aussi est-il difficile de savoir si la description qui suit est le pur produit de l'imagination du médecin, ou s'il s'inspire des confidences faites par un patient ou un ami tourmenté, voire de sa propre expérience. Toutefois, la vraisemblance de ce tableau des tourments psychologiques de l'individu affecté d'une « sensibilité morbide » (vraisemblance au regard des descriptions cliniques des décennies à venir), autorise à penser qu'il a quelque expérience de ce type de manifestations :

« [...] it is this diseased feeling that infuriates its victim—that drives him to despair from a consciousness of his mental subjugation—that often curbs the mind from responding to the dictates of the will, preventing the former from exhibiting its powers, whatever they may be, and by this means marring the happiness of the individual. It makes him hate society—in short, all kinds of social intercourse—for there he glaringly sees, and is keenly alive to his own natural defects ; he feels himself alone, and fancies he is neglected, an outcast ; his sensitive soul is highly susceptible of all the whims that are constantly being engendered by his wanton imagination. [...] This morbid condition of the feelings is also the source of the false blush, and the mental embarrassment attendant upon it in society. »⁴⁰

C'est donc l'irrationalité morale de ce phénomène, sa contradiction avec les valeurs culturelles rattachées au sexe masculin et la source de malheur qu'il constitue par

37 *Ibid.*, p. 57-8. C'est nous qui soulignons.

38 HORLACHER Stefan (ed.), *Constructions of Masculinity in British Literature from the Middle Ages to the Present*, New York, Palgrave Macmillan, 2011, 278 p. (chapitres 8 et 9)

39 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, *op. cit.*, p. 56.

40 *Ibid.*, p. 183-184.

conséquent pour l'individu concerné qui justifient selon Burgess de considérer une certaine tendance au rougissement comme véritablement pathologique :

« Although the [false blush] has not hitherto been regarded as a disease, it is my humble opinion that *in its intense form it should certainly come under the head of "Nervous Disorders" and be looked upon as a true disease, arising from weakness or debility, most frequently in the mental faculties, but likewise often occurring from bodily or corporeal indisposition.* »⁴¹

Les troubles nerveux, concept qui s'est consolidé en médecine au cours du XVIII^e siècle, parangon des maux de la civilisation⁴², constituent une catégorie nosographique extrêmement floue regroupant un grand nombre de symptômes tenus, faute de meilleure étiologie, pour être l'expression de dysfonctionnements non identifiés du système nerveux⁴³. C'est donc dans ce commode fourre-tout nosographique que Burgess classe son false blush pathologique, et sa position étiologique reflète parfaitement l'ambiguïté de cette catégorie lorsqu'il en attribue la cause aussi bien à une « faiblesse des facultés mentales » qu'à une « indisposition corporelle ».

La perspective thérapeutique que Burgess développe dans le chapitre conclusif de son essai éclaire ultérieurement sa conception du false blush. Dosant sagement alarmisme et optimisme, il met en garde sur la nécessité d'une prise en charge précoce de la sensibilité morbide, sous peine de voir de simples tendances évoluer en une véritable maladie (« *wherever it once takes root, it clings to the individual through life with a resolute and imperishable grasp* »⁴⁴) car, rassure-t-il, cet état est susceptible d'être modifié, « *by timely well-directed moral training* »⁴⁵. Le traitement que préconise Burgess se décline en deux approches selon l'âge du patient : l'une est destinée aux jeunes enfants présentant les premiers signes d'une « nature sensible »⁴⁶, il s'agit d'un traitement prophylactique fondé sur un « entraînement moral » de l'enfant ; l'autre est un traitement curatif réservé aux

41 *Ibid.*, p. 184. (nous soulignons)

42 PORTER R., « Diseases of Civilization », art cit, p. 589-592.; LÓPEZ PIÑERO José M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, traduit par German E. Berrios, Cambridge, Cambridge University Press, 1983, p. 1-24.

43 Comme le reconnaît un médecin contemporain de Burgess « Many diseases are denominated nervous, purely nervous, with which the nervous system [...] has little to do ; but the causes being difficult to define, the general, significant, and yet often unmeaning, term of nervous affection, 'nervous weakness', is applied ». (cité par OPPENHEIM Janet, *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, New York, Oxford university press, 1991, p. 9)

44 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, op. cit., p. 56.

45 *Ibid.*, p. 21.

46 *Ibid.*, p. 47.

adultes et intervient sur l'esprit par le biais d'exercices de gymnastique. Or il est notable que Burgess ne préconise pour la cure de ce qu'il tient bien pour être un trouble nerveux aucun des médicaments alors employés dans le traitement des maladies nerveuses (quinine, opiacés etc.⁴⁷) et dont l'action est fondée sur l'interprétation physiologique dominante de ces troubles comme *touchant au fonctionnement du système nerveux*. En effet, les recommandations thérapeutiques tant « morales » que « physiques » formulées par Burgess visent explicitement, et par des moyens résolument doux⁴⁸, à agir *sur l'esprit*⁴⁹. Ainsi insiste-t-il sur l'exercice des capacités rationnelles chez les enfants et la pratique régulière d'exercices de gymnastique chez les adultes, car, assure-t-il, « *It is almost incredible what wonderful effects may be produced on the mind by physical training [...]* ». Paradoxalement, alors qu'il avait initialement exclu de son enquête tout ce qui avait trait aux « attributs supérieurs de l'homme », Burgess conclut son essai par la recommandation d'une forme de traitement moral – c'est-à-dire l'un des ancêtres de la psychothérapie moderne – et physique qui vise précisément à agir sur eux. Ainsi, le faux rougissement de Burgess, « trouble nerveux » qui se soigne non par l'action sur les nerfs mais sur l'esprit, apparaît comme une maladie bien plus mentale que neurologique.

Pour récapituler, l'entreprise originale de Burgess se situe au croisement de l'anatomie transcendente, de la doctrine des troubles nerveux comme maux de la civilisation et du traitement moral. Sa perspective théologique sur le fonctionnement du corps humain, alliée à une certaine sensibilité psychologique (ou empathie) l'amènent à concevoir une forme anormale, pathologique de rougissement car n'entrant ni dans le Dessein divin, ni

47 OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, op. cit., p. 110-115.

48 Son approche se fonde sur le rejet d'une éducation sévère ou corrective jugée extrêmement contre-productive sur les « sensibilités irritables », qui dénotent, sinon une psychologie à proprement parler, en tout cas une sensibilité aux dynamiques psychologiques conduisant à l'installation de la timidité. Burgess suggère ainsi de « démontrer la plus grande gentillesse, alliée à l'exercice de toutes les influences susceptibles d'inspirer [à l'enfant] confiance en lui » : « plutôt que le ridicule et les reproches », les parents sont incités à encourager l'enfant à mettre des mots sur ses propres sentiments et à l'aider, par la répétition, à s'habituer aux situations qui l'ont d'abord troublé. Cette forme de traitement par la bienveillance semble à contre-courant de la tendance générale dans l'éducation des jeunes enfants dans la première moitié du XIX^e siècle, plutôt caractérisée par une sévérité exceptionnelle – et constitue d'ailleurs, d'après l'auteur d'un compte-rendu très critique de l'ouvrage, l'élément le plus intéressant de tout l'ouvrage. (BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, op. cit., p. 189, 191. ; POLLOCK Linda A., *Forgotten Children. Parent-child relations from 1500 to 1900*, s.l., Cambridge University Press, 1983, p. 187. ; ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », art cit, p. 176)

49 BURGESS T.H., *The physiology or mechanism of blushing*, op. cit., p. 199.

dans la mesure de l'acceptable pour l'individu et la société. La doctrine des maux de la civilisation et en particulier la catégorie élastique des troubles nerveux lui fournit donc une solution au paradoxe inadmissible d'un défaut dans le Dessein divin. Par ailleurs, on peut également s'interroger sur la possible dimension commerciale de cet ouvrage, qui expliquerait l'hétérogénéité du texte (soulignée par l'un de ses commentateurs⁵⁰). La stratégie entrepreneuriale d'un jeune médecin en début de carrière cherchant à se faire une clientèle privée pourrait expliquer la présence du développement concernant le « faux rougissement » et du chapitre consacré au traitement de la sensibilité morbide qui lui répond, dans cet ouvrage qui se présente au premier abord comme un ouvrage érudit, consacré à l'anatomie et à la physiologie du rougissement.

Cependant, au regard des comptes-rendus de son ouvrage, celui-ci apparaît plutôt atypique dans le cadre médical. L'intérêt que porte Burgess au rougissement semble avoir laissé plutôt perplexes ses collègues qui y ont vu une entreprise assez fantasque : le rougissement serait un objet insignifiant, à peine bon à divertir les « superficiels et les triviaux d'esprit »⁵¹, un « sujet dont on ne peut pas parler avec sérieux »⁵². En outre, son hypothèse du faux rougissement ne convainc pas car celui-ci relève d'une norme culturelle évidente : le rougissement est dû à la timidité ou à la mauvaise honte, point. Darwin, qui a attentivement lu l'ouvrage de Burgess et le cite longuement quelques décennies plus tard dans son ouvrage consacré aux émotions, dans son chapitre sur le rougissement, n'interprète pas la question différemment : « *This odd state of mind, often called shamefacedness, or false shame, or mauvaise honte, appears to be one of the most efficient of all the causes of blushing.* »⁵³. Autrement dit, on rougit de honte ou de *mauvaise honte*. Si cette notion courante – mais qui ne nous est plus familière – de mauvaise ou fausse honte, c'est-à-dire d'une « honte de ce qui n'est pas blâmable », d'une « timidité mal placée, honte non justifiée »⁵⁴ indique précisément, et avec une connotation nettement négative⁵⁵, une forme *anormale* de honte, cette notion reste cependant confinée

50 ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », art cit, p. 173.

51 ANONYME, « Art. X.—The Physiology or Mechanism of Blushing; illustrative of the influence of mental emotion on the capillary circulation; with a general view of the sympathies, and the organic relations of those Structures with which they seem to be connected. By Thomas H. Burgess, M.d. &c.—London, 1839. 8vo, pp. 202. », *British Foreign Medical Review*, 1839, p. 246.

52 ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », art cit, p. 176.

53 DARWIN Charles, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Londres, John Murray, 1872, p. 330.

54 LITTRÉ Emile, « Honte » dans *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Hachette, 1873–1874, vol.2, p. 2045-2046.

55 Voir par exemple Fénelon qui dans *De l'éducation des filles* (1687) fait de la mauvaise honte, de tous les

au domaine de la *morale*. Le littéralisme de la lecture théologico-pathologisante de Burgess est ainsi raillé par l'un de ses commentateurs : « la Nature aurait ainsi tant bâclé son travail que lorsque ses défenses nous seraient les plus utiles elles nous font défaut », c'est là conférer à Dieu un « pouvoir bien mesquin »⁵⁶. L'argument du Dessein divin, sur lequel se fonde la distinction du *true* et du *false blush*, est en effet loin de faire l'unanimité, même chez les partisans de la théologie naturelle qui jugent ce raisonnement « théologiquement arrogant et scientifiquement douteux »⁵⁷. L'argument théologique ne tenant pas, la question de savoir si certaines formes extrêmes de rougissement pourraient constituer ou non un trouble nerveux ne se pose même pas.

1.2. J.L. Casper et le cas tragique de von N.

Quelques années plus tard, en 1846, paraît à Berlin un ouvrage intitulé « Mémoires sur les statistiques médicales et la pharmacologie d'Etat à l'intention des détectives et des médecins »⁵⁸ d'un médecin légiste prussien, Johann Ludwig Casper (1796-1864). Il s'agit d'un recueil constitué, pour la majeure partie, de travaux de médecine légale et d'épidémiologie. Entre des « Expériences et observations sur les marques de strangulation et de mort par pendaison » et une volumineuse enquête sur « L'influence du climat sur la santé et la vie des personnes », se distingue ainsi un chapitre intitulé : « Biographie d'une idée fixe » (*Biographie eines fixen Wahns*)⁵⁹, qui présente le cas tragique d'un jeune homme souffrant de l'idée de sa rougeur incontrôlable. Si ce n'est sa conclusion dramatique – le suicide du patient –, la présence d'un tel texte dans ce recueil peut a priori surprendre. Casper est un médecin légiste de renom, professeur à l'université Friedrich-Wilhelm (ancienne Humboldt) et à l'académie militaire de Berlin, auteur d'un manuel de médecine légale plusieurs fois réédité et traduit dans de nombreuses langues⁶⁰. Cette « biographie d'une idée fixe » est amenée – comme nous le verrons dans la partie

défauts ordinaires des filles, « le plus dangereux et le plus pressé à guérir » car il rendrait « si on n'y prend garde, tous les autres incurables ».

56 ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », art cit, p. 174.

57 CALDWELL J.M., *Literature and Medicine in Nineteenth-Century Britain*, op. cit., p. 13.

58 CASPER Johann Ludwig, *Denkwürdigkeiten zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde für Criminalisten und Aerzte* (Mémoires sur les statistiques médicales et la pharmacologie d'Etat à l'intention des détectives et les médecins), Berlin, Duncker und Humbolt, 1846.

59 *Ibid.*, p. 165-191.

60 KILLY Walther, ENGELHARDT Dietrich et VIERHAUS Rudolf, « Casper, Johann Ludwig » dans *Deutsche Biographische Enzyklopädie*, München, K.G. Saur, 1995, vol.2, p. 292. A en croire la liste de ses titres sur la couverture de l'ouvrage, Casper est très en place dans la haute administration prussienne : membre de commissions ministérielles, chevalier et commandeur de divers ordres et même médecin particulier du prince Charles de Prusse (1801-1883).

suivante –, grâce à sa médiation par Carl Westphal, une figure importante de la psychiatrie allemande de la seconde moitié du XIX^e siècle, ainsi qu'à la célébrité de son auteur sans doute, à devenir l'article princeps de la littérature psychiatrique sur la future obsession du rougissement.

Casper ne fait pas mention de l'essai de Burgess (et il est tout à fait possible qu'il n'en n'ait jamais eu connaissance), mais les manifestations pathologiques qu'il décrit dans ce texte me semblent très similaires au « faux rougissement » du médecin britannique : on a affaire à une rougeur du visage jugée « anormale » dans sa manifestation et qui affecte profondément la conscience et la vie sociale de l'individu. En revanche, le discours qu'il développe au sujet de ce phénomène est radicalement différent, tant dans le fond que dans la forme. Outre le fait qu'il s'agit ici d'un ouvrage destiné non au grand public mais à des spécialistes, la démarche de Casper est très différente : ce n'est pas l'intérêt scientifique pour un phénomène physiologique général qui l'amène à se pencher sur des formes pathologiques du rougissement, mais c'est une rencontre clinique particulière à de nombreux égards, une *demande de soins* d'un malade qui le pousse à documenter un cas individuel. Enfin, ce texte présente la particularité d'être pour la plus grande part non pas le discours du médecin, mais la reproduction d'une minutieuse *auto-observation* produite par le patient lui-même. Or, de l'ensemble d'éléments qui concourent à conférer à cet article un statut originaire dans l'histoire de l'éreuthophobie, la place particulière qu'y occupe le patient est à mon sens un facteur décisif. Il en résulte un article médical d'une forme très particulière, puisqu'il est constitué aux trois-quarts non pas des observations ou des analyses du médecin, mais du discours que le patient tient sur lui-même. Si le médecin déclare avoir voulu entreprendre une « biographie » de ce cas, en vérité on a plutôt à faire à une *autobiographie* « d'une idée fixe ». Et la place prépondérante qu'accorde le médecin au patient au sein de l'espace discursif de l'article en fait non seulement un document extrêmement riche et utile pour le clinicien et le théoricien ; mais ce dispositif fait en outre apparaître la position déterminante du patient dans la définition du fait pathologique.

A ce titre, il nous semble utile de rendre compte de cette autopathographie de manière quelque peu extensive. Mais voici tout d'abord comment le Dr Casper rend compte de sa première rencontre avec ce patient : il reçoit un jour la visite d'un jeune homme, « von N. », étudiant en médecine, aimable et semblant bien portant sous tous rapports, si ce

n'est « son regard timide et sa grande anxiété »⁶¹. En quelques mots celui-ci déclare attendre de lui un traitement médical mais, arguant que « son mal [est] beaucoup trop étendu pour [le lui] faire connaître de vive voix »⁶², il lui remet un cahier manuscrit dans lequel il a consigné, sur les conseils de sa sœur, « la marche de son état particulier afin d'en donner une vue d'ensemble au médecin »⁶³, et disparaît aussitôt. La suite de l'article ne dément pas l'atmosphère romanesque de cette première consultation et, à la façon du narrateur qui s'efface derrière le témoignage mystérieux contenu dans un manuscrit retrouvé, le médecin laisse rapidement la parole à l'auto-observation du patient. En voici les grandes lignes : le jeune homme explique avoir été, aussi loin qu'il se souvienne, affecté d'idées bizarres, assailli de « préoccupations absurdes » : « Le cours de mes idées était en tout étrange et je ne pouvais m'abandonner complètement à aucun sentiment sans que les pensées les plus opposées et les plus extravagantes pour un enfant viennent aussitôt s'y mêler. »⁶⁴. Idées le poussant, par exemple, à vérifier constamment que son col est bien mis ou à s'assurer de manière répétée n'avoir pas sauté une page au cours de sa lecture. Son comportement singulier amuse son entourage et, malgré l'effort que lui coûte la dissimulation de ces pensées « qui [montent] contre [sa] volonté », l'existence lui procure toutefois de vifs plaisirs. Vers l'âge de dix ans, suite à la mort de ses parents (épisode sur lequel, curieusement, il ne s'arrête pas), il rentre en pensionnat chez son maître d'école. Elève doué depuis toujours, ses relations autrefois excellentes avec lui, semblent pourtant se dégrader : dans la cohabitation, le garçon « maladroit, trop lent, trop tranquille et flegmatique [...] ne [plaît] plus [à son maître] comme autrefois » (idem). Mais ses propres préoccupations sont alors plutôt tournées vers l'idée d'avoir à vivre avec ses « pensées ridicules »⁶⁵. C'est toutefois à l'âge de treize ans qu'il situe l'origine de son mal actuel : une « petite amourette » avec une jeune fille de son âge rencontrée au cours de danse est un jour dévoilée publiquement par un camarade :

« [...] j'en fus à tel point affecté que je sentis des frissons m'envahir, je devins pour la première fois effroyablement embarrassé, rouge-feu, et pouvait à peine bégayer. A partir de ce moment, je n'eus plus qu'une préoccupation, celle de rougir, [...].

61 Cette citation et la plupart des suivantes sont extraites de la traduction française du texte de Casper par Lalanne publiée en 1901 : LALANNE, « Casper - Biographie d'une idée fixe », *L'année psychologique*, 1901, p. 522-538.

62 *Ibid.*, p. 522.

63 *Ibid.*, p. 533.

64 *Ibid.*, p. 523.

65 Comme celle qui l'assaille parfois d'un coup, après avoir perdu « un objet sans valeur », et l'accable en pensant combien il serait heureux s'il était encore en sa possession.

D'ailleurs, les taquineries au sujet de cette jeune fille, la prononciation de son nom, suffisaient à me faire rougir, et bientôt il ne fallut plus que la prononciation de certains mots, par exemple le mot "amour" pour me rendre rouge feu. »⁶⁶

La raillerie des camarades ne dure qu'un temps mais l'idée de sa rougeur a commencé à hanter notre jeune garçon et ne le quittera plus. Le plus frappant dans ce récit – et ce qui frappe le plus le médecin – c'est l'intensité et l'ampleur de la souffrance générée par ce symptôme a priori anodin. Désormais plongé dans une « inquiétude constante » de rougir, la compagnie de ses pairs lui devient si pénible qu'il déménage à deux reprises en moins de deux ans. L'expérience se révèle plutôt douloureuse et le rend plus farouche encore, plus désireux de solitude. Qu'on le taquine de nouveau pour sa rougeur, qui se manifeste maintenant « dans toutes les circonstances possibles » ; ou qu'il trouve en présence d'un entourage bienveillant et qui semble ne pas remarquer ses rougissements, l'angoisse est désormais installée : « déjà je n'avais plus besoin de railleries ou d'autres motifs pour réveiller en moi cette pénible sensation. »⁶⁷ Au fil des années et au fil des pages, le mal grandit. Au gymnasium, la « timidité du regard »⁶⁸ devient une habitude chez le jeune homme et le rougissement qui l'accompagne une idée « absolument fixe »⁶⁹. Ruminant constamment les moyens de se débarrasser de son mal, il ne parvient qu'à faire empirer son état, est distrait de ses tâches, et se « répand en plaintes » auprès de ses proches, mais en vain⁷⁰. Envahi par l'« apathie intellectuelle » il perd intérêt pour toute chose, continuellement oppressé, anxieux et dans un « perpétuel combat » de sa volonté, il affirme ne plus parvenir à jouir de la société des hommes⁷¹. Les efforts continus pour ne rien laisser paraître de son état et son incapacité à le surmonter lui rendent l'existence insoutenable, et l'étudiant doué commence à méditer sombrement et espérer que la mort le soustraie à l'« épouvantable regard des hommes »⁷². Le « démon tourmentant »⁷³ est en outre protéiforme et se déplace, faisant siens les symptômes d'autres gens et de nouveaux maux s'installent en von N. « sans autre motif que l'idée de [leur] installation. »⁷⁴ A l'université, il entreprend un voyage en compagnie d'un cousin et au cours duquel

66 LALANNE, « Casper - Biographie d'une idée fixe », art cit, p. 524.

67 *Ibid.*, p. 525.

68 *Ibid.*, p. 525.

69 *Ibid.*, p. 526.

70 *Ibid.*, p. 526.

71 *Ibid.*, p. 527.

72 *Ibid.*, p. 529.

73 *Ibid.*, p. 528.

74 *Ibid.*

l'obsession du rougissement disparaît pour un temps, mais au profit d'un « épouvantable état » qui, trois décennies plus tard, aurait été qualifié de neurasthénique⁷⁵. Le récit se conclut sur une vignette clinique autobiographique où von N. – qui avait entrepris à l'université des études de médecine – évoque son historique médical, suivie d'une réflexion sur les causes de sa « misanthropie », comme il l'appelle, qui l'amène à suggérer, non sans un peu d'auto-complaisance, un énième moyen radical de guérison⁷⁶.

Casper interrompt ici la reproduction (partielle) du manuscrit et reprend la parole pour faire le récit de la cure qu'il met en place lorsque le jeune homme se représente chez lui quelque temps après. C'est alors la chronique d'un échec : le clinicien semble désarmé face à la nature persistante des maux que lui soumet le patient. Dans un premier temps, il rapporte avoir mis en place un « traitement psychique » (dont il ne dit hélas rien) ainsi qu'une cure contre « l'hypocondrie nerveuse »⁷⁷ assez classique (bains de rivière, équitation, « nervins »⁷⁸). Mais la thérapie se révèle difficile : « l'ancien mauvais démon [revient] toujours »⁷⁹ et les traitements doivent être modifiés souvent, apportant un répit temporaire et un désespoir accru lorsque leur efficacité vient à diminuer. Plus que les moyens somatiques connus pour traiter l'hypocondrie, c'est de l'aveu même du médecin la confiance que von N. a placée en lui qui donne les plus grands résultats. Néanmoins le jeune homme est sourd aux tentatives de son médecin de lui faire entendre *qu'il n'a jamais pu observer chez lui ces rougissements intempestifs dont il se plaint*. Aux prises avec ces difficultés, vient à Casper l'idée d'une nouvelle stratégie thérapeutique qui prend le contrepied de ses tentatives précédentes : abondant cette fois dans le sens de la

75 « J'étais dans un véritable état de torpeur, et mon esprit ne voyait que des images terrifiantes dont je ne pouvais me défendre. J'avais les sens très irrités, j'étais incapable de tout effort intellectuel, pendant de longues heures je restais stupide et dans un état d'excitation qui ne me rendait pas abordable [...] » (*Ibid.*, p. 532).

76 Puisque la misanthropie est « entrée en lui par l'effroyable regard », perdre l'usage de la vue serait la solution affirme-t-il (*Ibid.*, p. 533).

77 Notion antique indiquant une forme de mélancolie affectant l'hypocondre, elle passe dans la théorie des humeurs, puis depuis le XVIII^e siècle appartient typiquement, avec l'hystérie notamment dont elle tend à être le pendant masculin, au groupe des « maladies nerveuses ». Sa définition par Cullen à la fin du XVIII^e comme une « névrose » (donc une maladie somatique) présentant : « [...] *a state of mind distinguished by a concurrence of the following circumstances : A languour, listlessness, or want of resolution and activity with respect to all undertakings... Such persons are particularly attentive to the state of their own health, to every the smallest change of feeling in their bodies ; and from any unusual feeling [...] they apprehend great danger, and even death itself.* » fait autorité au XIX^e siècle. (OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, op. cit., p. 142. ; E. Shorter, *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press, p. 80)

78 Les nervins sont des médicaments agissant sur les nerfs, il peut s'agir d'excitants ou au contraire de calmants.

79 LALANNE, « Casper - Biographie d'une idée fixe », art cit, p. 534.

conviction du patient, il lui suggère de se farder afin de camoufler ses supposés rougissements intermittents. Le patient s'en trouve pour un temps très soulagé... jusqu'à ce que l'idée qu'il rougit toujours et que sa rougeur se voit malgré l'artifice reprenne le dessus et le plonge dans un désespoir encore plus profond. Le médecin essaye encore des « paroles de consolation, exhortation, moyens médicaux »⁸⁰, mais sans succès. Von N. ne rendra visite à son médecin qu'une dernière fois, pour demander à récupérer son manuscrit, ce à quoi se refuse Casper, lui assurant qu'il n'en ferait pas « abus », et le laissant ainsi repartir apparemment « tranquilisé ». Le dénouement de ce cas, qui lui confère sa dimension sinon romanesque certainement tragique, a lieu le lendemain. Appelé d'urgence au domicile de son patient, Casper le trouve mourant : il s'est tiré au pistolet dans la poitrine, et sur un ton « amical », précise le médecin légiste, lui demande de ne rien entreprendre pour le sauver puisqu'« il n'avait plus à compter sur aucun moment de bonheur en ce monde »⁸¹, comme s'il n'avait voulu que le rendre témoin de son échec thérapeutique. On peut difficilement imaginer une cure plus calamiteuse : les ressources médicales du médecin n'ont pas montré plus d'efficacité que les stratégies trouvées par le patient avant sa prise en charge médicale et en dépit de ses efforts, Casper finit par n'être plus que le témoin impuissant d'une souffrance inaccessible à son intervention et qui finit par emporter son patient.

De ce fait, on peut s'étonner que le récit de ce cas soit accompagné d'un commentaire théorique plutôt lapidaire. Il y dit toutefois une chose importante : en effet, Casper juge de son examen clinique que rien dans l'état somatique de von N. ne soutenait son « trouble mental »⁸². D'après lui, contrairement à ce qui est affirmé tout le long du témoignage du patient, celui-ci *ne rougit pas*. Et c'est bien à un trouble purement mental que renvoient les différentes catégories nosographiques évoquées dans ce texte : le traitement qu'il adopte correspond en partie à un diagnostic d'« hypocondrie nerveuse pure »⁸³, toutefois Casper rattache explicitement l'état du jeune homme à la catégorie de l'idée fixe et du « délire partiel » (*Partiellem Wahnsinn*⁸⁴), d'où un « traitement psychique approprié » (dont il ne

80 *Ibid.*, p. page?

81 *Ibid.*, p. 535.

82 *Ibid.*, p. 534.

83 On peut toutefois se demander si ce traitement n'est pas une concession thérapeutique à son patient, qui se rassure en se convaincant d'être atteint d'« hypocondrie », une maladie qu'il considère comme « physique [...] qui comporte avec elle un pareil tourment de l'esprit, un pareil état d'âme, mais enfin susceptible de guérison » (cf. note *supra*). En effet, von N. semble considérer la maladie somatique comme traitable et non la maladie psychique (p.533) ; son malheur lui donnera raison.

84 CASPER J.L., *Denkwürdigkeiten zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde für Criminalisten*

dit hélas rien). Soulignons bien ce fait : ce que l'on trouve donc chez Casper n'est pas la description d'un rougissement pathologique comme chez Burgess, mais d'une *idée pathologique du rougissement*. Par ailleurs, si Casper justifie la publication de ce témoignage par l'intérêt qu'un tel document peut avoir pour la compréhension de l'origine mystérieuse de tels troubles⁸⁵, en vérité il laisse entièrement au lecteur la tâche de cette compréhension. Le témoignage n'est accompagné d'aucune analyse concernant l'étiologie ou la pathogénie de la maladie de son patient. Sans doute est-ce que, Casper, médecin légiste de son état, évolue ici sur un terrain qui ne lui est pas familier et ne dispose que de connaissances théoriques élémentaires pour analyser son cas. Il semble donc se limiter à une pure position de clinicien⁸⁶, faisant œuvre de passeur ou de lanceur d'alerte – pour utiliser un terme anachronique. Il fournit d'une part à ses confrères un document « instructif » qui éclaire sur le vécu subjectif d'un patient ; d'autre part il livre un avertissement : « sur une crainte et une timidité enfantines, se développe une maladie psychique irrésistible qui entraîne et pousse aux pires extrémités »⁸⁷ – avertissement plus inquiétant qu'utile puisque Casper n'a pas non plus de réflexion thérapeutique. Le seul élément qu'il tire de ce cas consiste en l'affirmation d'une position épistémologique de principe – au regard de laquelle ce cas ne semble pas être plus pertinent qu'un autre au demeurant – contre une approche inspirée par « le sentiment pieux et poétique ou empirico-philosophique » telle que la « théorie de Heinroth »⁸⁸, et en faveur d'une approche guidée par « l'analyse, la critique et l'observation des sciences naturelles » en la matière⁸⁹.

L'intérêt de Casper pour cette idée fixe du rougissement est suscité par la *rencontre clinique* de von N. Cette rencontre a lieu à l'initiative du jeune homme qui, en raison d'un degré de souffrance jugé insupportable, de la détresse face à son incapacité à guérir par ses propres moyens et de l'espoir que son mal pourrait être traité par un médecin, *se constitue*

und Aerzte, op. cit., p. 165.

85 CASPER Johannes-Ludwig, « Biographie d'une idée fixe », *Archives de Neurologie*, traduit par Lalanne, 1902, XIII, n° 76, p. 270-271.

86 Il y a peut-être aussi quelque chose d'une fascination tragique, Casper est aussi l'auteur de quelques écrits littéraires, notamment des livrets d'opéra.

87 CASPER J.-L., « Biographie d'une idée fixe », art cit, p. 271.

88 Casper fait référence à la doctrine de la maladie mentale comme conséquence du péché développée par Johann Christian August Heinroth (1773-1843). (MARX Otto M., « German Romantic Psychiatry (Part I) », *History of Psychiatry*, 1990, vol. 1, n° 4, p. 351-381)

89 CASPER J.-L., « Biographie d'une idée fixe », art cit, p. 286-287.

comme patient⁹⁰. Il illustre ainsi ce fait souligné par Canguilhem que *la souffrance du malade précède toute connaissance médicale et en est la condition de possibilité*⁹¹. Condition mais non garantie de connaissance. Ainsi, alors que les critiques de l'ouvrage de Casper sont très enthousiastes, le chapitre consacré à l'idée fixe de von N. est rarement relevé dans les comptes-rendus et l'un des rares à s'y attarder le juge justement « d'un bien moindre intérêt, quoique non dénué d'intérêt psychologique », en raison de son « traitement trop général » qui ne fait que confirmer des idées couramment admises en psychiatrie⁹². A un autre niveau d'analyse, cette *rencontre* médicale est rendue possible par une série de facteurs sociologiques : l'origine sociale de von N., qui appartient probablement à l'aristocratie⁹³, lui donne les moyens financiers et le loisir de se consacrer à la cure de sa « misanthropie », elle lui confère également des aptitudes intellectuelles qui lui permettent de communiquer sa détresse au médecin d'une manière qui retient son attention (par la rédaction de cette confession pathographique). Elle n'est par ailleurs probablement pas étrangère à l'empathie que Casper éprouve à son égard. Toutefois tous ces facteurs ne sont suffisants ni pour garantir la guérison du jeune homme, ni – ce qui nous intéresse plus – pour donner naissance à un savoir médical partagé.

*

Que nous apprennent ces deux textes ? Que dans cette première moitié du XIX^e siècle, d'une part la reconnaissance par deux médecins d'une souffrance (subjective) liée au rougissement qui serait plus qu'une simple expression de la timidité et, d'autre part, la possibilité de la rattacher en tant que symptôme à une catégorie nosographique existante, telle que celle de maladie nerveuse ou de délire partiel, permettent d'envisager dans un cadre médical l'existence d'une *forme pathologique liée au rougissement*. Il y a donc là l'amorce d'une légitimation médicale de cette forme de « timidité particulière ».

90 Comme le soulignait Roy Porter « (...) *it takes two to make a medical encounter* » et l'initiative vient le plus souvent du patient (PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 1985, n° 14, p. 175). Et von N. le fait de manière éloquente, en s'en remettant entièrement au médecin : « comme j'espère à bon droit que mon état ne restera pas sans exciter votre attention, et que vous ne regarderez pas mes souffrances sans vous apitoyer sur mon sort et que vous me le prouverez [...] Je mets en vous toute ma confiance et m'anime d'un nouvel espoir ». (LALANNE, « Casper - Biographie d'une idée fixe », art cit, p. 534)

91 CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 53.

92 NOWAK, « Dr Casper Medicinische Statistik und Staatsarzneikunde », *Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*, 1847, vol. 2, n° 4, p. 1-8.

93 On apprend dans son témoignage qu'il possède des terres et des paysans, quoiqu'orphelin il ne semble pas avoir besoin de travailler pour subvenir à ses besoins et peut se permettre de voyager beaucoup et d'être oisif durant de longues périodes.

Cette légitimation s'accomplit selon des modalités très différentes chez Burgess et chez Casper. Différence d'approche, théorique chez Burgess, clinique chez Casper ; de perspective, théologique chez Burgess, naturaliste chez Casper ; de public et de visée du texte, qui va des spécialistes à un public cultivé chez qui Burgess semble aussi chercher à convaincre des patients potentiels, tandis qu'il n'est destiné dans le cas de Casper qu'à des collègues avec qui il s'agit de partager un document clinique précieux ; ce qui se reflète également dans une différence d'attitude vis-à-vis du trouble, optimisme de Burgess contre pessimisme de Casper. Mais il nous semble important de souligner plus particulièrement une différence de point de vue essentielle sur ce phénomène morbide lié au rougissement : si Burgess décrit une forme de rougissement *qui survient* de manière intempestive, sans raison valable, Casper présente lui un jeune homme obsédé par *l'idée* qu'il rougit, mais *qui en réalité ne rougit pas*. Autrement dit, chez le médecin anglais nous trouvons la description d'un phénomène *somatique* pathologique (quoiqu'il ait des causes « nerveuses », qualificatif qui commence déjà à être ambigu), tandis que le Prussien montre un phénomène morbide purement *psychique*⁹⁴. Cette différence de point de vue est essentielle et il importe de la conserver à l'esprit en abordant la question de l'obsession de la rougeur dans la partie qui suit.

Nous avons également constaté que ces légitimations ponctuelles d'un état pathologique lié au rougissement demeuraient des phénomènes isolés qui ne rencontraient pas d'écho dans la littérature médicale de l'époque. On peut faire l'hypothèse de plusieurs obstacles, d'ordre institutionnel, théorique et culturel. Tout d'abord, plutôt que le fait que ces textes aient été écrits par des médecins qui ne sont ni des aliénistes, ni des neurologues – qui n'est pas surprenant pour cette époque –, le fait que la psychiatrie n'a pas encore émergé comme spécialité médicale et qu'il n'existe pas de théorie unifiée de la maladie mentale dans laquelle cette condition puisse faire sens pour tous n'est probablement pas étranger à son insuccès. Il y a aussi sans doute dans le cas de Casper une question de décalage contextuel : son chapitre sur l'idée de fixe de von N. constitue une pièce hétérogène dans le texte auquel il appartient et n'intéresse pas les médecins concernés par les questions d'épidémiologie et de médecine légale qui constituent le fond de son ouvrage. En outre, son texte ne propose aucune analyse nouvelle ou forte, de sorte qu'elle ne se présente pas comme un apport nouveau sur le plan théorique. Quant à Burgess, qui

94 L'opposition n'est pas aussi tranchée, il y a chez Burgess une claire dimension psychique.

cherche à distinguer une version pathologique du phénomène physico-moral du rougissement sur la base de l'argument du Dessen divin, lui se heurte à une catégorie culturelle solide face à laquelle l'argument théologique litigieux rend son entreprise épistémologiquement fragile.

Cependant, en dépit de leur insuccès immédiat, les contributions de Burgess et de Casper donnent à voir, pour qui veut y porter un regard rétrospectif, un grand nombre d'éléments (concept de trouble nerveux, de mal de la civilisation, pratique du traitement moral, statut du récit du patient névrosé et ses effets sur la conceptualisation médicale) qui, dans le contexte de la psychiatrie européenne de la fin du XIX^e siècle vont prendre un tout autre sens et s'agencer de manière à constituer la niche de l'éreuthophobie.

2. Éreuthophobie, *Erröthungsangst*, *Erythrophobie* : l'obsession de la rougeur dans la psychiatrie de la seconde moitié du XIX^e siècle

2.1. Consultation privée et névroses : le contexte institutionnel et théorique de l'émergence du concept d'éreuthophobie

2.1.1. L'expansion de la psychiatrie au XIX^e siècle, de l'asile à la consultation privée

Entre le début et la fin du XIX^e siècle, la psychiatrie traverse des transformations majeures qui la font passer, en Europe ainsi qu'aux Etats-Unis, du statut de branche mineure (et dépréciée) de la pratique médicale, l'aliénisme, à celui de spécialité médicale bénéficiant d'une reconnaissance (certes précaire) scientifique ainsi que sociale. Si les pays qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de cette enquête présentent des environnements sociaux, politiques et culturels fort différents – la France post-révolutionnaire (et ses régimes politiques successifs) et l'Allemagne impériale – qui contribuent à modeler le métier de psychiatre et la science psychiatrique de manières très diverses, on peut néanmoins repérer plusieurs dynamiques communes dans le développement de la psychiatrie dans les grandes puissances européennes au cours du XIX^e siècle. Il ne s'agit évidemment pas ici de faire la synthèse de toutes les recherches qui ont été effectuées sur cette période essentielle dans le développement de la psychiatrie, mais d'indiquer les principales dynamiques structurelles, le cadre théorique et pratique qui forment la « niche » psychiatrique dans laquelle le concept d'éreuthophobie va naître et s'épanouir pendant quelques années à la toute fin du XIX^e siècle.

a. Professionnalisation et expansion de la psychiatrie

Comme l'ont montré de nombreuses recherches en histoire de la psychiatrie, auxquelles nous renvoyons, le XIX^e siècle est caractérisé par un mouvement général de professionnalisation et d'expansion de la psychiatrie⁹⁵. Pour des raisons localement

95 Cette partie s'appuie en particulier sur les travaux suivants : OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, op. cit. ; GOLDSTEIN Jan, *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, traduit par Françoise Bouillot, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1997, 502 p.; SHORTER Edward, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, 436 p.; ENGSTROM Eric J., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany : A History of Psychiatric Practice*, Ithaca, Cornell University Press, 2003, 295 p.; GIJSWIJT-HOFSTRA Marijke et PORTER Roy, *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War*,

diverses mais qui ont en commun d'une part le projet du XVIII^e siècle de guérir les « insensés », et d'autre part l'idée d'une propagation de la folie qu'il faudrait maîtriser⁹⁶, notamment sous-tendue par l'exigence politique de gérer, maîtriser, contrôler ces sujets au comportement indésirable mais irresponsables (au sens légal), le XIX^e siècle constitue tout d'abord l'âge d'or de l'asile⁹⁷ : le nombre d'institutions spécifiquement destinées aux aliénés augmente considérablement, de même que le taux d'internement⁹⁸. Dans la première moitié du siècle, certains pays comme la France ou le Royaume-Uni se dotent en effet de législations visant à mettre en place un réseau d'asiles publiques⁹⁹. Cette évolution marque le début d'un processus d'affirmation progressive de la suprématie des médecins aliénistes – comme on les appelle alors – dans la gestion et le traitement des fous, par la colonisation d'institutions et de prérogatives relevant jusqu'alors de la religion (la gestion des asiles d'aliénés et le traitement de leurs résidents étant jusque là le plus souvent assurés par des congrégations religieuses) ou de la justice (par la médicalisation de la décision d'interner un individu, ainsi que de l'appréciation de la responsabilité pénale)¹⁰⁰. En parallèle de ce mouvement d'établissement d'un monopole professionnel, les psychiatres commencent au milieu du XIX^e siècle à s'organiser comme profession indépendante, dotée d'une identité spécifique, ce dont témoigne la création d'organisations et de revues professionnelles à partir des années 1840¹⁰¹.

Amsterdam, New-York, Rodopi Bv Editions, 2001, 407 p.; LÓPEZ PIÑERO J.M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, op. cit.

96 SCULL Andrew, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, New Haven, Yale University Press, 2005, p. 334-338.

97 Renvoyons sur ces questions aux classiques : CASTEL Robert, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éd. de Minuit, 1977, 340 p. ; SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, *Dialogue avec l'insensé. Précédé de. A la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1994, 281 p.

98 Ainsi en France, en 1883, on dénombre plus de 50 000 internés dans des établissements d'aliénés, c'est-à-dire 0,13% de la population, soit 4 fois plus qu'en 1834. (QUÉTEL Claude, *Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2012, p. 308, 312).

99 Le Madhouse Act de 1828 et le Lunacy Act de 1845 au Royaume-Uni ; et la loi du 8 mars 1838 en France (qui oblige chaque département à se doter d'un asile et remet entre les mains du médecin la décision d'interner les aliénés). L'Allemagne en revanche n'a pas de législation au niveau national.

100 Même s'il existe sur ce point des différences nationales notables : l'anticléricalisme viscéral des psychiatres français et la violence de leurs attaques contre la religion, notamment sous la III^e République, dénote avec la coexistence relativement pacifique des aliénistes britanniques avec leurs concurrents religieux (v. à ce sujet le chapitre 6 de GOLDSTEIN J., *Consoler et classifier*, op. cit.; OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, op. cit., p. 45-47)

101 Ainsi l'Association of Medical Officers of Hospitals for the Insane (1841) et le *Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology* (1848) sont créés au Royaume-Uni, presque au même moment que les *Annales Médico-Psychologiques* (1843) en France, 10 ans avant la fondation de la Société Médico-psychologique (1852). En Allemagne, la création de la première revue professionnelle *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-gerichtliche Medizin* (1844) précède également celle de l'association, la Verein Deutscher Irrenärzte (1864).

Sans que le mouvement de développement de l'asile ne prenne fin, une autre dynamique apparaît dans la seconde moitié du XIX^e siècle, qui caractérisera de façon très marquée les dernières décennies du siècle : l'extension du territoire professionnel de la psychiatrie au-delà des murs de l'asile. Cette expansion se fait en direction d'états qui ne relèvent pas de la folie stricto sensu et en particulier des « maladies des nerfs », telles que l'hypocondrie, l'hystérie, l'épilepsie, les névralgies, etc. Étudiées par les anatomistes et les physiologistes depuis le XVII^e siècle, la cure de ces maladies que l'on appelle « névroses » depuis Cullen (1769) ne relevait jusqu'alors pas d'une juridiction médicale spécifique. On pouvait ainsi se présenter comme « spécialiste des nerfs » tout en étant ophtalmologiste, obstétricien, cardiologue, etc. de formation¹⁰². Or dans la seconde moitié du siècle, les aliénistes affirment de plus en plus une compétence spéciale sur ces névroses. En France notamment, ils prennent appui sur la doctrine de Claude Bernard selon laquelle la santé et la pathologie physique sont dans un rapport de continuité, pour affirmer que ces états nerveux constituent un champ qui se situe entre l'état normal et la pathologie mentale. Les névroses seraient ainsi une « demi-folie » qui relèverait, de fait, de la compétence particulière du médecin aliéniste¹⁰³.

b. Evolutions théoriques

Sous l'impulsion de l'école anatomoclinique de Paris, qui exerce alors une influence considérable en Europe, les macro-catégories de la folie du début du XIX^e siècle ont explosé dans les années 1840 : la deuxième moitié du siècle voit la formation de nouveaux regroupements cliniques, et la réduction progressive de la catégorie des névroses au fur et à mesure que les différentes maladies qui la composent sont re-catégorisées¹⁰⁴. La problématique catégorie des maladies nerveuses est définie à partir du deuxième quart du siècle *par la négative* comme l'ensemble des maladies chroniques et sans fièvre dénotant un trouble du système nerveux mais pour lesquelles *une lésion organique n'a pas été (encore) identifiée*¹⁰⁵. : état nerveux, hystérie, épilepsie, diverses névralgies, etc. Dans l'attente que les progrès de la science permettent de régler le « problème de la lésion

102 OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, op. cit., p. 31-34.

103 GOLDSTEIN J., *Consoler et classifier*, op. cit., p. 422-426.

104 LÓPEZ PIÑERO J.M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, op. cit., p. 50.

105 Comme le résume le bon mot d'Axenfeld et Huchard (1863), cette définition n'est rien d'autre que « notre ignorance élevée à la hauteur d'un caractère nosologique » (cités par Janet dans *Les névroses*, 1909, partie II, chapitre V).

manquante », des définitions purement symptomatiques (c'est-à-dire sans théorie étiologique forte) de ces névroses qu'on appelle « fonctionnelles » sont élaborées¹⁰⁶ ; et en l'absence d'indices « objectifs », le comportement et les symptômes subjectifs deviennent des critères nosographiques¹⁰⁷. A l'aube du XX^e siècle l'hystérie et la neurasthénie s'imposent comme les deux grandes névroses qui constituent l'objet central de la « période psychologique »¹⁰⁸ au cours de laquelle émergent progressivement des théories psychologiques des névroses, qu'indique le terme nouveau de « psychonévrose », et des psychothérapies modernes (non suggestives).

La pensée étiologique de la seconde moitié du XIX^e est dominée par une conception héréditaire de la maladie mentale et en particulier par la théorie de la dégénérescence et ses interprétations variées. Introduite en psychiatrie en 1857 par l'aliéniste français Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), dont l'œuvre domine la psychiatrie française à partir de 1860, la théorie de la dégénérescence est la première théorie étiologique globale de la folie. La dégénérescence est une « déviation malade du type normal de l'humanité »¹⁰⁹, c'est-à-dire tel que créé par Dieu. Si la conception héréditaire de l'aliénation est alors largement partagée par les aliénistes, Morel fait un pas de plus en décrivant cette transmission comme *dissemblable* : les maladies ne se transmettent pas nécessairement telles quelles, c'est la prédisposition pathologique qui est transmise ; et comme *cumulative* : chaque génération accumule ainsi les tares des générations précédentes, jusqu'à extinction de la race¹¹⁰. En France elle est reformulée en des termes plus strictement neurophysiologiques par l'influent Valentin Magnan (1835-1916), qui exerce à Sainte-Anne dans les décennies 1870-1890, d'après qui la dégénérescence est un dysfonctionnement du système nerveux responsable d'un déséquilibre psychique. Il étend aussi la portée de la théorie : le dégénéré étant caractérisé par une « désharmonie », relève donc de la dégénérescence tout ce qui est hors-norme, de l'idiot complet au génie doté d'une intelligence très supérieure à la moyenne. Largement diffusée, cette théorie et ses

106 MICALE Mark S., « On the "Disappearance" of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis », *Isis*, 1993, vol. 84, n° 3, p. 503.

107 BERRIOS German E., « Obsessional Disorders during the Nineteenth Century: Terminological and Classificatory Issues » dans W. F. Bynum, Roy Porter et Michael Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry. People and Ideas.*, London, Routledge, 1985, vol.1, p. 167. ; KAUFMAN Doris, « Neurasthenia in Wilhelmine Germany: Culture, sexuality and the demands of Nature » dans *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, New-York, Rodopi Bv Editions, 2001, p. 163-164.

108 LÓPEZ PIÑERO J.M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, *op. cit.*, p. 72-74.

109 COFFIN Jean-Christophe, *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 26.

110 *Ibid.*, p. 31-34.

variantes deviennent le dogme étiologique de la psychiatrie européenne de la seconde moitié du XIX^e siècle et ont de nombreuses implications. Elles font de la recherche de l'hérédité (notamment par l'identification de ses « stigmates ») une étape systématique du diagnostic psychiatrique ; elle tendent à modifier l'attitude thérapeutique de ceux qui adoptent la version la plus pessimiste de la dégénérescence (l'intervention du médecin tendant à se limiter à de la prophylaxie) ; elles influencent également l'attitude du public en faisant du diagnostic d'aliénation mentale quelque chose de plus dramatique que par le passé (la famille entière d'un individu interné devient potentiellement « prédisposée »). La théorie de la dégénérescence contribue aussi à l'établissement d'un continuum entre aliénation et névrose, les névrosés sont des « prédisposés », des « héréditaires ». Enfin, ce qui nous intéresse plus directement, Magnan fait des impulsions et des obsessions les « stigmates psychiques » de la dégénérescence, et de manière générale la théorie de la dégénérescence va jouer un rôle important dans l'histoire du concept d'idées obsessionnelles qui nous intéresse ici.

c. Causes institutionnelles de l'expansion

Ce mouvement d'expansion professionnelle en direction des maladies nerveuses est également lié aux échecs de l'asile et aux difficultés que rencontre la psychiatrie dans sa légitimation scientifique et sociale. L'idéal du début du siècle d'un asile thérapeutique se révèle en effet être une faillite : l'asile psychiatrique tel qu'il a pris forme au cours du XIX^e siècle est souvent moins un lieu de cure qu'une machine à « fabriquer des incurables »¹¹¹. L'optimisme de la fin du siècle précédent laisse de plus en plus la place à un pessimisme thérapeutique redoublé d'un pessimisme théorique : l'espoir du traitement moral des aliénés recule derrière les théories somatiques et héréditaires de la folie, les fous devenant ainsi ontologiquement incurables. Outre un sentiment d'échec et d'impuissance, le désir de respectabilité et de réussite sociale d'une part, et la volonté d'affirmation scientifique d'autre part poussent ainsi certains psychiatres à prendre des distances avec l'institution

111 Les principes à la base de l'idée d'un asile thérapeutique sont mis en échec : l'isolement des aliénés de leur milieu social n'est pas thérapeutique, bien au contraire. L'asile est une structure d'internement aux proportions inhumaines dans laquelle l'intervention concrète du médecin se résume à quelques minutes à peine par patient, et qui souffre chroniquement de surpeuplement. L'effet négatif de ces transformations sur les taux de guérison engendre un pessimisme croissant des aliénistes eux-mêmes quant au pronostic de la folie. (SWAIN G. et GAUCHET M., *Dialogue avec l'insensé. Précédé de. A la recherche d'une autre histoire de la folie*, op. cit., p. 160.; QUÉTEL C., *Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours*, op. cit., p. 316-7, 397. ; SCULL Andrew, *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1989, p. 245)

asilaire et à reconsidérer le champ des maladies qu'ils estiment relever de leur compétence. Au Royaume-Uni, notamment, la faible gratification sociale que procure le métier de directeur d'asile, qui paye mal et souffre d'une vague stigmatisation (due au fait de côtoyer « les pires éléments de la société »¹¹²), et les difficultés de la médecine aliéniste à se faire reconnaître comme une spécialité médicale à part entière (absence de formation spécifique, concurrence de la neurologie, dépendance vis-à-vis d'une administration profane)¹¹³, poussent à partir du milieu du XIX^e siècle les aliénistes les plus ambitieux à prendre dès que possible leurs distances avec l'asile et à faire carrière dans la pratique privée¹¹⁴, si possible auprès de riches patients, qui paient mieux, dont la fréquentation fait rejaillir sur eux une respectabilité sociale¹¹⁵ (et dont les maladies nerveuses sont en outre plus susceptibles de guérir). En Allemagne, l'émergence précoce d'une classe de psychiatres universitaires et l'inféodation de la neurologie à la psychiatrie assurent à cette dernière une légitimité scientifique. Mais au pessimisme thérapeutique ambiant s'ajoute, d'une part, des scandales d'internements illégaux qui dégradent l'image de la psychiatrie et que les universitaires cherchent à redorer¹¹⁶, et d'autre part, la prégnance des conceptions héréditaristes de la maladie mentale, qui les poussent à redéfinir activement leur métier vers des tâches de prophylaxie sociale : notamment via l'investissement du nouvel espace thérapeutique de la consultation externe. Celle-ci n'est pas, comme l'asile, un lieu de dernier recours pour les fous indigents, mais est conçue comme un lieu d'information du grand public, de prévention des maladies mentales (en intervenant dès les prodromes) et de prise en charge ambulatoire (c'est-à-dire sans hospitalisation) des « états nerveux », destiné à une clientèle bien plus vaste¹¹⁷.

C'est donc un triple mouvement qui caractérise la seconde moitié du XIX^e siècle : l'affirmation de la psychiatrie comme discipline académique, le développement d'un nouveau champ de la pratique thérapeutique – la consultation externe et la consultation privée –, qui va de pair avec l'appropriation du champ des maladies nerveuses par les psychiatres. Cette appropriation n'aurait toutefois sans doute pas été possible sans le consentement et même la participation active du public concerné.

112 OPPENHEIM J., *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, *op. cit.*, p. 26.

113 *Ibid.*, p. 26-27.

114 *Ibid.*, p. 25.

115 *Ibid.*, p. 26.

116 ENGSTROM E.J., *Clinical psychiatry in imperial Germany*, *op. cit.*, p. 180-182, 184-187.

117 *Ibid.*, p. 194-198.

2.1.2. Les nouveaux patients des psychiatres : la vague neurasthénique

L'autre élément de l'équation ce sont donc les patients : si d'un côté les psychiatres se sont ouverts à un éventail plus large de questions et ont ouvert des services ambulatoires et des cliniques privées, encore fallait-il que dans le public potentiellement concerné un nombre significatif de personnes considérât, d'une part, son état comme suffisamment éprouvant ou alarmant pour s'en remettre à un médecin et, d'autre part, jugeât que les psychiatres fussent les plus à même de les soigner. Comme l'ont souligné de nombreux travaux, la diffusion dans la société de la conception d'un ensemble d'états de souffrance comme *maladies nerveuses* dans la seconde moitié du XIX^e siècle a ainsi contribué de manière décisive à l'épanouissement de la psychiatrie comme pratique clinique privée et ambulatoire¹¹⁸. Elle a en effet familiarisé un public toujours plus vaste, constitué non plus d'aliénés plus ou moins marginalisés socialement mais d'individus issus des classes moyennes et supérieures, avec une conception médicale de ses maux et permis par la suite à la psychiatrie de capter progressivement cette clientèle.

Si les concepts d'hystérie et d'hypocondrie étaient bien connus des patients des classes privilégiées et de leurs « médecins des nerfs » depuis le début du siècle, dans ce processus de psychiatrisation des névroses, « l'épidémie » de la neurasthénie au tournant du XIX^e et du XX^e siècle est décisive. L'histoire de la neurasthénie est en effet l'histoire du succès social sans précédent d'un diagnostic médical. Rappelons-en ici les points essentiels¹¹⁹. Diagnostic initialement développé aux Etats-Unis par le neurologue américain George Miller Beard (1839-1883) à partir de 1869, et popularisé par deux best-sellers publiés en 1880 et 1881¹²⁰, la neurasthénie désigne un état d'épuisement (asthénie) de la « force nerveuse » engendré par les demandes excessives imposées par le train de vie moderne sur le système nerveux¹²¹. D'un point de vue théorique, le concept neurasthénie n'a rien de révolutionnaire : le terme n'est pas nouveau, le concept d'épuisement nerveux non plus, ni

118 Notamment : SHORTER E., *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, *op. cit.*, p. 129-136. ; Volker Roelcke « Electrified Nerves, Degenerated Bodies » in GIJSWIJT-HOFSTRA M. et PORTER R., *Cultures of neurasthenia*, *op. cit.*, p. 177-180.

119 Renvoyons en particulier à l'important ouvrage collectif sur l'histoire européenne en particulier de la neurasthénie : GIJSWIJT-HOFSTRA M. et PORTER R., *Cultures of neurasthenia*, *op. cit.*

120 BEARD George M., *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment* (Traité pratique sur l'épuisement nerveux (neurasthénie)), New York, William Wood & co, 1880.; BEARD George M., *American Nervousness, Its Causes and Consequences*, New York, Putnam, 1881, 352 p.

121 GIJSWIJT-HOFSTRA M. et PORTER R., *Cultures of neurasthenia*, *op. cit.*, p. 2.

le mécanisme pathogénique qui lui est attribué¹²². Mais l'étendue des symptômes couverts par le concept, l'étiologie sociale et le profil sociologique assemblés par Beard vont contribuer à son succès en faisant de la neurasthénie un concept à la fois extrêmement disponible, parlant (répondant aux inquiétudes de l'époque), désirable et surtout très utile pour les classes urbaines cultivées du tournant du siècle. Dans son ouvrage de 1880, Beard ne dénombre pas moins de 70 symptômes de la neurasthénie (maux de tête, irritabilité mentale, peurs morbides, rougissements fréquents, insomnie, spasmes musculaires localisés, sensibilité au climat, sentiment d'épuisement, sécheresse de la peau, dégradation des dents, impuissance sexuelle, etc. pour n'en citer que quelques-uns¹²³) faisant de celle-ci une étiquette pouvant s'appliquer à un grand nombre d'états pour lesquels les médecins n'avaient pas de meilleur diagnostic. L'autre particularité de la neurasthénie est sa séduisante étiologie civilisationnelle : Beard la concevait en effet comme le « mal de la civilisation moderne »¹²⁴, un mal qui affectait les individus se trouvant à l'avant-garde du processus de civilisation, autrement dit des individus éduqués, issus des classes urbaines, surmenés et dotés d'un raffinement extrême les rendant plus sensibles aux stimuli excessifs de la vie moderne¹²⁵. Le neurasthénique de Beard est ainsi une figure qui s'inscrit explicitement dans son époque et un malade socialement enviable¹²⁶. Mais la principale raison de ce succès social c'est que, dans un contexte dans lequel le fatalisme de la théorie de la dégénérescence régnait sur la conception de la maladie mentale, faisant peser son opprobre sur les familles entières, et où l'asile inspirait l'effroi, le diagnostic de neurasthénie possède cette double vertu d'être, d'une part, infiniment rassurant pour des patients qui craignent d'être fous ou de le devenir, et d'autre part, d'être socialement acceptable. La neurasthénie est en effet conçue comme une maladie somatique : or souffrir d'une irritation du système nerveux, c'est tout à fait différent d'être fou. Ainsi, le diagnostic de neurasthénie a été un formidable moyen de *légitimation de la souffrance psychique et somatique des individus*¹²⁷. Quoique Beard ait conçu la neurasthénie comme

122 LÓPEZ PIÑERO J.M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, op. cit., p. 72-73.

123 BEARD G.M., *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*, op. cit., p. 36-117.

124 Civilisation moderne incarnée d'après Beard par la société américaine et caractérisée selon sa formule restée célèbre par : « wireless telegraphy, science, steam power, newspapers and the education of women » (Beard 1881, cité par WESSELY Simon, « Neurasthenia and Fatigue Syndromes – Clinical Section » dans *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, Londres, Athlone, 1996, p. 512)

125 LUTZ Tom, « Neurasthenia and fatigue syndromes – Social Section » dans *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, Londres, Athlone, 1996, p. 534.

126 *Ibid.*, p. 535-536.

127 Comme le note Castel « La popularité de la neurasthénie fut avant tout fonction de la possibilité,

un mal essentiellement américain, ses ouvrages traversent rapidement l'Atlantique et le diagnostic connaît un succès fulgurant en Europe, notamment en Allemagne et en France, où il s'acclimate aux milieux cliniques, théoriques, sociaux, politiques et culturels locaux¹²⁸. « Parrainée » par de grands psychiatres et par les classes éduquées dans chaque pays, elle devient pendant une trentaine d'années (1880-1910) un mot à la mode, le diagnostic de tous les surmenés, des déprimés, des anxieux et des impuissants, le mal commun des hommes modernes. Elle sera l'analogon bourgeois et masculin de l'hystérie avec lequel elle forme le couple nerveux de la fin du siècle. Et si l'adoption du concept de neurasthénie de la part du public conduit souvent les patients dans les établissements de bains privés (l'hydrothérapie et l'électrothérapie en particulier étant les traitements de la neurasthénie par excellence), cette épidémie profite largement aux psychiatres¹²⁹. Le nombre important de cliniques des nerfs privées au tournant du siècle reflète le nombre croissant de patients « nerveux »¹³⁰.

*

C'est dans ce cadre institutionnel et culturel, caractérisé par l'affirmation de la psychiatrie comme discipline académique et comme pratique thérapeutique ambulatoire et privée s'adressant notamment à des patients « nerveux », que réapparaît la peur de rougir. Ainsi, alors qu'il était à peu près inconcevable qu'un personnage tel que le von N. de Casper aille consulter un aliéniste dans les années 1840, quarante ans plus tard, il est tout à fait vraisemblable que son parcours thérapeutique l'emmène dans la consultation privée d'un psychiatre de renom, tel que Krafft-Ebing à Vienne ou Paul Dubois à Berne (chez qui Marcel Proust, par exemple, envisageait de se faire soigner). Comme le fait remarquer un aliéniste italien, les malades atteints de ce type d'idées fixes « se trouvent exclusivement dans la clientèle libre »¹³¹. Les individus urbains de la fin du XIX^e ont une familiarité avec

désormais accordée à chaque individu, sans qu'il soit pour autant malade mental ni aliéné, de se plaindre de son état psychique en désignant l'état de la société comme la cause de ses troubles. » (CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 292)

128 La neurasthénie tend ainsi à se parer des couleurs des fin-de-siècle européennes (M. Gijswijt-Hofstra « In Search of Dutch Neurasthenics from the 1880s to the early 1920s » in GIJSWIJT-HOFSTRA M. et PORTER R., *Cultures of neurasthenia*, op. cit., p. 279) : elle devient notamment plus pessimiste en Allemagne sous l'influence du paradigme de la dégénérescence et des inquiétudes sociales, se démocratise en France sous l'impulsion de Charcot (GOLDSTEIN J., *Consoler et classifier*, op. cit., p. 426)

129 KAUFMAN D., « Neurasthenia in Whilhelmine Germany: Culture, sexuality and the demands of Nature », art cit, p. 163-164.

130 Voir à ce sujet : SHORTER Edward, « Private Clinics in Central Europe 1850-1933 », *The Society for the Social History of Medicine*, 1990.

131 MORSELLI Enrico, « La dismorfofobia e la tafefobia » (La dysmorphophobie et la taphéphobie), *Riforma*

la psychiatrie que n'avaient pas ceux de la première moitié du siècle. Ainsi, au tournant du XIX^e et du XX^e siècle, c'est dans cette clientèle libre de la consultation psychiatrique externe ou privée, constituée de personnes socialement intégrées, que nous allons retrouver ces individus obsédés par l'idée de leur rougeur intempestive.

2.2. « Une sorte de névrose ou psychose, moins rare qu'on ne pourrait le croire » : passages et prémices (décennies 1870-1890)

En 1872, dans sa monographie *The Expression of Emotions in Man and animals*, Charles Darwin (1809-1882) consacre au rougissement un long chapitre dans lequel il cite fréquemment et discute les positions de l'ouvrage de Burgess¹³². Si le naturaliste nourrit un vif intérêt pour le rougissement (*blushing*), « la plus singulière et la plus intéressante de toutes les émotions humaines »¹³³ et propose une intéressante interprétation de son fonctionnement psychologique¹³⁴, l'existence éventuelle d'une forme *pathologique* de rougissement n'entre absolument pas dans ses préoccupations. Dans cet essai qui s'inscrit dans la démonstration de sa théorie de l'évolution (en continuité avec *The Descent of Man* publié l'année précédente), l'examen de l'expression des émotions chez l'homme vise à illustrer la continuité évolutive entre l'homme et les animaux inférieurs, et la question du rougissement n'y occupe une place décisive que parce qu'il s'agit de démontrer le mécanisme *évolutif* à l'origine de ce phénomène habituellement tenu pour *spécifique à l'être humain*. Dans l'optique de l'argument darwinien, le rougissement doit donc avant tout être inscrit dans l'ordre du *normal*. L'essai du naturaliste occupe ainsi dans la littérature sur le rougissement morbide une place relativement marginale : il est probablement responsable de la postérité du livre de Burgess¹³⁵, dont il tire une grande

Medica, 1891, vol. 3, n° 185, p. 409.

132 DARWIN C., *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, *op. cit.*, p. 310-347.

133 *Ibid.*, p. 310.

134 D'après lui, quelle que soit sa cause immédiate – timidité, honte, culpabilité, pudeur ou modestie –, le motif central de la rougeur est la « self-attention », *l'attention que l'individu porte sur lui-même*. C'est aussi l'intégration du regard d'autrui. « The face, therefore, will have been subjected during many generations to much closer and more earnest self-attention than any other part of the body ; and in accordance with the principle here advanced we can understand why it should be the most liable to blush. » (p.329) « attention closely directed to any part of the body tends to interfere with the ordinary and tonic contraction of the small arteries of that part. These vessels, in consequence, become at such times more or less relaxed, and are instantly filled with arterial blood. This tendency will have been much strengthened, if frequent attention has been paid during many generations to the same part, owing to nerve-force readily flowing along accustomed channels, and by the power of inheritance. » (*Ibid.*, p. 338-339)

135 Vu la teneur des critiques que *Physiology or the mechanism of blushing* avait reçues à sa sortie, celui-ci serait sans doute entièrement tombé dans l'oubli s'il n'avait pas bénéficié des services d'un si éminent

partie du matériau de son étude, mais surtout il inspirera plusieurs autres médecins se penchant sur la question du rougissement. A commencer par Émile Duboux (1845-1879), un jeune aliéniste vaudois qui publie deux ans plus tard – l'année de la parution de la traduction française de l'essai de Darwin sur les émotions (1874) –, dans le *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, un article « A propos de la rougeur »¹³⁶. Contrairement à ce que ce titre pourrait laisser croire, sous prétexte de présenter quelques observations que la lecture de l'ouvrage du naturaliste lui a inspirées, Duboux n'y discute pas du phénomène général de la rougeur. C'est d'abord une déclinaison pathologique de ce phénomène qui l'intéresse : cette « espèce de l'habitude de rougir qui ne cède ni aux voyages, ni à l'usage du monde, ni à l'expérience de la vie »¹³⁷, affectant même « d'éminents personnages », et plus particulièrement fréquente chez les femmes, peut littéralement « briser une vie », faisant de celui qui en est atteint « l'instrument de son propre malheur », faisant de « sa volonté [...] la cause de son impuissance » et ne lui laissant « d'autre ressource que le suicide ou une terne résignation »¹³⁸ – un tableau dramatique qui ne manquera pas d'évoquer les souffrances du jeune von N. D'après Duboux, Darwin est passé à côté de l'une des causes principales de ce rougissement¹³⁹ : le fait « qu'il suffit de craindre de rougir, pour rougir », c'est-à-dire l'effet aggravant de l'appréhension et de la résistance sur la rougeur, et la « sorte de fascination » qu'exerce la conscience de cet engrenage, qui entraîne qu'on ne peut dès lors « s'empêcher de craindre et de rougir »¹⁴⁰. C'est en réalité ce mécanisme psychologique qui constitue le véritable sujet de cet article, cette « intervention intempestive et perturbatrice de la conscience »¹⁴¹ sur l'accomplissement automatique d'actes divers, dont ce rougissement particulier n'est que l'une des nombreuses manifestations¹⁴². En somme, la peur de rougir est une « sorte de *névrose ou de psychose, moins rare* qu'on ne pourrait le croire »¹⁴³ (nous soulignons). Si son rattachement nosographique est vague et que Duboux n'évoque ni son étiologie ni

passer.

136 DUBOUX Emile, « A propos de la rougeur », *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1874, vol. 8, n° 9, p. 316-322.

137 *Ibid.*, p. 318.

138 *Ibid.*, p. 317, 322.

139 Quoique que Darwin, rappelons-le, ne s'intéresse pas au rougissement pathologique.

140 DUBOUX E., « A propos de la rougeur », art cit, p. 317-318.

141 *Ibid.*, p. 321.

142 Elle est d'après lui responsable du fait qu'il suffit *de craindre pour provoquer* – la rougeur ou l'envie d'uriner dans un lieu public –, *de vouloir pour inhiber* – le sommeil, l'érection –, *d'avoir conscience pour rendre difficile* – la déglutition, la lecture, l'inspiration artistique – etc.

143 DUBOUX E., « A propos de la rougeur », art cit, p. 317.

son traitement, il en fait cependant ainsi une maladie et une maladie *psychiatrique*. Avec cet article, Duboux représente deux tendances qui semblent caractériser une période de transition entre la première moitié du siècle et la fin des années 1890. D'une part, la *pathologisation* de l'angoisse de rougir – dynamique amorcée par Burgess et Casper – par la reconnaissance de la gravité des souffrances qu'elle inflige à ceux qui en sont affectés et de la fréquence du phénomène. D'autre part, la *psychiatisation* du trouble par son rattachement à une taxinomie spécifiquement psychiatrique.

Cette seconde tendance se confirme en mars 1877, lorsque Carl Westphal (1833-1890), psychiatre allemand, grand neuropathologiste et titulaire de la chaire de psychiatrie et de neurologie de l'hôpital universitaire de la Charité à Berlin, donne devant la Société médico-psychologique berlinoise une conférence « Sur les idées obsessionnelles » (*Über Zwangsvorstellungen*)¹⁴⁴. Dans cet essai, qui va longtemps constituer le fondement de la doctrine dominante en Allemagne sur les idées obsessionnelles, le chapitre de Casper de 1846 est cité comme un « cas ancien et apparemment peu connu ». Cependant, si Westphal juge ce cas « extraordinairement intéressant », ce n'est pas en raison de l'objet particulier des souffrances de von N., mais de la reproduction quasi in extenso de son témoignage qui livre au psychiatre de précieuses informations quant à « la manière dont se manifestent de telles idées et sur l'état d'esprit général [du malade] résultant de leur développement » (p.688). Autrement dit, si pour Westphal la peur de rougir n'est pas une question en soi, en revanche elle est clairement identifiée comme l'une des expressions symptomatiques d'une maladie mentale aux formes multiples qu'il s'attache ici à définir, les idées obsessionnelles, et qui relève clairement de la juridiction psychiatrique. De l'autre côté du Rhin cette fois, lors du premier Congrès français d'aliénation mentale (Rouen, août 1890), le Dr Louis Boucher, médecin des hôpitaux à Rouen, et ancien élève de Magnan, donne une communication du cas clinique d'une patiente décrite comme terriblement tourmentée par sa « facilité extrême à rougir »¹⁴⁵ et dont la symptomatologie présente, ici encore, des similitudes avec la description du cas de Casper¹⁴⁶. Il s'agit d'une courte intervention mais

144 WESTPHAL Carl, « Über Zwangsvorstellungen », *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877, vol. 14, n° 46-47, p. 669-672; 687-689. L'essai est aussi publié dans l'*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* la même année.

145 BOUCHER Louis, « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », Rouen, Masson, 1891, vol.IV (1), p. 305.

146 Mme X... est une femme de 30 ans, enceinte de 8 mois ½ et décrite comme « héréditaire de par la lignée maternelle » (p.307). Suite à la naissance de sa première fille, elle est épuisée, insomniaque et obsédée par une l'idée qu'elle va lui trancher le cou. Après avoir repris des forces, c'est sa facilité extrême à rougir qui commence à la faire souffrir, notamment dès qu'on parle d'« actes indécents » en sa présence,

elle témoigne des changements nosographiques qui ont eu lieu dans le domaine psychiatrique et rendent aux yeux du médecin son diagnostic et son traitement parfaitement clairs. Boucher rapproche ainsi le trouble de sa patiente de la classe des maladies alors appelées folie du doute, kleptomanie, agoraphobie, etc. c'est-à-dire de la liste des impulsions et des obsessions, qui relèvent des « tares héréditaires », conformément à la théorie de la dégénérescence française de la fin du siècle. Le cas de cette patiente confirme pleinement au médecin rouennais que ces maux sont typiques des « héréditaires » et, logiquement, il recommande à ses collègues un traitement prophylactique des jeunes filles présentant « une tendance nettement marquée vers l'une de ces tares variées » (*idem*) (il déconseille aussi le mariage en raison de l'effet aggravant des grossesses). Si c'est là, semble-t-il, la première fois que ce symptôme est traité et analysé comme un syndrome spécifique, Boucher note néanmoins en conclusion que :

« Des faits analogues pourront se multiplier à l'infini sans qu'il nous semble nécessaire de créer pour cela des types nouveaux de maladie ; ce n'est qu'une manifestation quelconque greffée sur un substratum qui reste toujours le même, un des symptômes changeants d'une hérédité névropathique morbide immuable. »¹⁴⁷

Dix ans plus tôt, de l'autre côté de l'Atlantique, la pathologie du rougissement se manifestait également, dans un contexte nosographique autrement plus optimiste. Dans son futur best-seller mondial, *A practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)* (1880), le neurologue américain George M. Beard évoquait en effet, dans la longue liste des symptômes de la neurasthénie, le « rougissement fréquent »¹⁴⁸, terme par lequel il désignait bien un symptôme pathologique, survenant de manière irrationnelle – à « la moindre cause mentale ou physique », voire « sans la moindre raison objective » – et bien « plus commun et plus pénible qu'on ne le pense en général »¹⁴⁹. Contre l'idée intuitive qui ferait du « rougissement fréquent » la caractéristique d'individus timides ou solitaires et dans la droite ligne des descriptions optimistes et flatteuses qui caractérisent ses

car elle s'imagine qu'on pensera qu'elle est de connivence, ou en présence d'hommes de sa position sociale, car elle craint qu'on lui prête des pensées érotiques à leur égard. Le mal s'aggrave avec sa deuxième grossesse, l'idée devient omniprésente et elle rougit même lorsqu'elle est seule. Elle se met à manger irrégulièrement, maigrit beaucoup, dort mal et pleure souvent. Malgré la gravité de son état, note le médecin, la patiente « raisonne sans difficulté sur un sujet quelconque » et « tient bien sa maison ». Mais son caractère a changé : autrefois gaie, elle maintenant « triste, sombre, préoccupée » et parle de suicide.

147 BOUCHER L., « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », art cit, p. 307.

148 BEARD G.M., *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia)*, *op. cit.*, p. 42-43.

149 *Ibid.*, p. 42-43.

tableaux de la neurasthénie, Beard affirmait que les victimes de ce trouble étaient au contraire « [...] les audacieux, les énergiques et les déterminés – ceux qui savent comment faire et qui parviennent à frayer leur chemin dans l'existence [...] »¹⁵⁰. Ainsi agrégé à la galaxie des symptômes de la neurasthénie, c'est l'optimisme thérapeutique qui est de mise : le rougissement fréquent est « traitable, comme les autres symptômes de la neurasthénie »¹⁵¹. Une quinzaine d'années plus tard, en 1896, au Royaume-Uni, la question du rougissement pathologique est abordée au détour d'une communication sur la « timidité morbide » présentée par Harry Campbell (1860-1938), un médecin anglais, devant la section de psychologie du Congrès de la British Medical Society¹⁵². Si cette communication ne relève que plus marginalement de la tendance à psychiatriser la question du rougissement, en revanche elle est typique de la tendance à le pathologiser. Campbell identifie dans le rougissement un puissant motif ou facteur aggravant de la timidité mais, note-t-il, les personnes qui en sont affectées peuvent aussi « n'être en rien timides et *ne souffrir que de cette seule crainte d'être vues le rouge aux joues* »¹⁵³ (nous soulignons), suggérant ainsi l'existence d'un trouble qui ne serait pas la simple exaspération d'une timidité caractérielle, mais à proprement parler une *peur pathologique* du rougissement. Si le médecin passe très rapidement sur cette manifestation, il prend néanmoins la peine de souligner, lui aussi, que ce rougissement morbide est à l'origine « de tourments de l'esprit souvent méconnus » et qu'il ne « connaît pas de trouble qui cause plus grande détresse mentale »¹⁵⁴.

Cette rapide énumération n'a pas la prétention d'être exhaustive – il est fort probable que d'autres médecins aient eu l'occasion de noter ce curieux symptôme –, mais elle permet, nous semble-t-il, de saisir les différents éléments qui vont composer la niche médicale de l'éreuthophobie au tournant des XIX^e et XX^e siècles. Ainsi, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, une tendance prononcée au rougissement accompagnée de pensées douloureuses ou bien des pensées anxieuses liées à la crainte de rougir publiquement – ce qui n'est pas exactement la même chose – ont continué à être relevées dans la littérature médicale occidentale. Tous ces médecins reconnaissent dans cette angoisse de devenir rouge un *phénomène authentiquement morbide*, sous-estimé tant dans sa fréquence que

150 *Ibid.*, p. 43.

151 *Ibid.*

152 CAMPBELL Harry, « On Morbid Shyness », *British Medical Journal*, sept. 1896, p. 805-807

153 *Ibid.*, p. 806.

154 *Ibid.*

dans l'intensité des souffrances qu'il engendre chez le sujet. Fait nouveau par rapport à la période précédente, c'est plus particulièrement au *domaine psychiatrique* que ce trouble tend à être assimilé. L'intérêt porté par des psychiatres à cette crainte malade de rougir entraîne son rattachement à des catégories nosographiques psychiatriques et plus particulièrement à celle des idées obsessionnelles, qui tend en cette fin de siècle à être considérée comme un symptôme de la dégénérescence psychique ou bien de la neurasthénie. Elle n'est alors pas encore abordée comme constituant une question présentant un intérêt en soi, mais comme l'une des manifestations de ces entités plus vastes. Il faut attendre la seconde moitié des années 1890 et la réactivation d'un débat concernant la nature des obsessions pour qu'on lui trouve un intérêt spécifique et que l'éreuthophobie voie le jour.

2.3. Une obsession stratégique : l'émergence de l'éreuthophobie au tournant du siècle

2.3.1. 1896-1902 : les sept années de l'éreuthophobie, une chronologie

Alors que jusque dans les années 1890 la peur morbide de rougir n'était apparue que de manière ponctuelle dans la littérature psychiatrique, la deuxième moitié des années 1890 voit sa constitution comme entité clinique. Que se passe-t-il ?

En août 1896, lors du VII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tenant à Nancy, Albert Pitres (1848-1928) et Emmanuel Régis (1855-1918), respectivement neurologue et psychiatre à la Faculté de médecine de Bordeaux, présentent une communication portant le titre « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) »¹⁵⁵. Ils décrivent là une forme pathologique de la rougeur émotive qui constitue d'après eux une véritable obsession, et qu'ils considèrent « loin d'être exceptionnel[le] »¹⁵⁶. Sur le modèle d'autres termes contemporains désignant des phobies (agoraphobie, mysophobie, etc.), ils la baptisent – ou plutôt la rebaptisent¹⁵⁷ –

155 PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) » dans *Comptes Rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* Nancy, Masson, 1896, vol.II., p. 224-254.

156 *Ibid.*, p. 225.

157 Pitres et Régis expliquent avoir dans un premier temps donné à ce trouble le nom d'« erythrophobie », terme qui semble-t-il était devenu courant à Bordeaux jusqu'à ce qu'un cas clinique nouveau réclame pour lui cette dénomination (une personne ayant la phobie de la couleur rouge). Nous ignorons si c'est à partir de cette diffusion locale ou en raison de la mention systématique de ce terme – comme non approprié – par Pitres et Régis eux-mêmes, mais le terme erythrophobie est celui qui se diffusera plus

« éreuthophobie ». Ce faisant, et quoiqu'ils se défendent de vouloir « ériger un simple syndrome en maladie nouvelle »¹⁵⁸, Pitres et Régis semblent avoir trouvé le nom « [qu']il lui manquait [...] pour faire son chemin dans le monde », comme le notera le psychologue Edouard Claparède quelques années plus tard¹⁵⁹. Car si ce n'est pas à proprement parler la première fois que ce syndrome est nommé – on se souvient du « false blush » de Burgess –, c'est un tout autre destin qui attend « l'éreuthophobie » et cette communication constitue l'un des moments fondateurs des recherches psychiatriques sur la peur pathologique de rougir du tournant du siècle. L'apport de Pitres et Régis ne se limite toutefois pas à avoir donné un nom à un syndrome : ils en livrent une description très complète. Se fondant sur neuf cas observés, ils distinguent tout d'abord l'éreuthophobie d'autres formes de « rougeur émotive ». Ayant choisi « l'effet moral »¹⁶⁰ produit chez l'individu comme critère distinctif, ils séparent cette rougeur obsessionnelle de la simple tendance à rougir non pathologique, qu'ils nomment « éreuthose simple », et de la même tendance accompagnée de tourments non obsessionnels, l'« éreuthose émotive », distinguant ainsi nettement le phénomène proprement pathologique des manifestations normales. Les éreuthophobes sont les individus chez qui « la préoccupation de la rougeur constitue une obsession véritable, une phobie extrêmement pénible, tenace et incessante. »¹⁶¹ Ils énumèrent une série de facteurs étiologiques (sexe, âge, hérédité), détaillent la symptomatologie somatique et psychique des crises et de l'état interparoxystique, les modalités de survenue des accès (les conditions climatiques, sociales, situationnelles, etc. les favorisant), les artifices mis en place par les malades pour empêcher ou dissimuler leur rougeur, et leurs tentatives thérapeutiques. Ils développent ensuite leur interprétation de la psychogénie de l'éreuthophobie avant d'achever leur communication sur deux longues présentations cliniques reproduisant, notablement, ce qui semble être les écrits de patients¹⁶². Si Pitres et Régis font montre d'une certaine

tard dans la littérature germanophone et anglophone.

158 PITRES A. et RÉGIS E., « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) », art cit, p. 224.

159 CLAPARÈDE Edouard, « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », *Archives de Psychologie*, 1902, vol. 1, p. 307.

160 PITRES A. et RÉGIS E., « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) », art cit, p. 225.

161 *Ibid.*, p. 230.

162 Voici un extrait de l'observation de « V.L. », étudiant de 21 ans. « Sachant ma facilité extraordinaire à rougir, je suis obsédé par cette idée : “Je vais rougir.” Cette idée me suit partout, me tenaille le cerveau et suffit à elle seule à me faire rougir, sans qu'il soit besoin de l'intervention d'une personne étrangère, d'une circonstance extérieure. Pourtant, si je suis seul, dans ma chambre, cette idée est insuffisante. Il faut que je sois dans la rue, avec d'autres personnes, en un mot, en un endroit où ma rougeur puisse être remarquée. [...] Je m'imagine toujours qu'on me regarde, qu'on m'examine, que je suis l'objet d'une attention malveillante. Presque continuellement, je ressens dans la région précordiale une douleur légère

fascination pour ces malades¹⁶³, leur intérêt pour l'éreuthophobie réside avant tout dans le fait qu'elle représenterait « un terrain de choix pour l'étude des rapports de *l'idée fixe* avec *l'émotion* »¹⁶⁴, et constitue à leurs yeux un argument dans le débat sur la primauté de l'intellect ou de l'émotion dans certaines maladies mentales¹⁶⁵. Comme nous le verrons bientôt, la thèse centrale que défendent les deux psychiatres est que l'éreuthophobie est un trouble *émotif*, dans ce sens bien particulier que l'émotion anxieuse dépendante de la rougeur est primaire par rapport au trouble intellectuel. Cette communication paraîtra à l'identique l'année suivante dans les *Archives de Neurologie*¹⁶⁶.

Si, comme on l'a vu, jusque-là la question d'une forme de peur de la rougeur avait déjà été mentionnée sporadiquement dans la littérature médicale occidentale du XIX^e siècle, la réception de l'intervention des psychiatres Bordelais est tout à fait nouvelle : non seulement des publications qui lui font écho commencent rapidement à s'accumuler en France, mais en outre le nouveau concept est (dans un premier temps) immédiatement adopté. Ainsi dans les mois qui suivent, plusieurs articles font écho à l'intervention des psychiatres bordelais dans la littérature française : en octobre un certain Dr A. Breton présente dans la *Gazette des Hôpitaux* un cas, qu'il suit depuis deux ans, de « cette maladie étudiée par MM. Pitres et Régis »¹⁶⁷. En janvier 1897, dans un article publié dans le journal *La Médecine moderne*, M. Manheimer (interne des asiles de la Seine) crédite Pitres et Régis pour leur « important travail » sur la rougeur émotive morbide qui, dans « la liste illimitée des phobies », est d'après lui de celles qui méritent qu'on s'y attarde. Il présente lui aussi une observation clinique qu'il situe entre le 2^e et le 3^e degré la

et sourde, une gêne. Quand l'accès va se produire, cette gêne devient de l'angoisse. Il me semble qu'on me serre le cœur, et en même temps je l'entends battre violemment, à coups précipités. Je rougis. Alors les mains deviennent moites, j'étouffe (il me me semble que mon col est trop petit, m'étrangle), je ressens des picotements derrière la nuque, aux oreilles, mes idées se brouillent, je ne sais plus exactement ce que je dis, ce que je fais. J'ai envie de fuir, de rentrer sous terre. Peu à peu je me calme, je ressens une grande fatigue, je suis déprimé, abattu, physiquement et moralement. Il me vient l'envie de me saouler, de perdre connaissance, de me reposer, de mourir. » (PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », *Archives de Neurologie*, 1897, III, n° 13, p. 15)

163 Fascination que l'on retrouve d'ailleurs chez d'autres médecins, pour les paradoxes qui traversent ce trouble : l'incommensurabilité entre l'objet apparemment dérisoire de l'angoisse des malades et la profondeur de leur désespoir, ainsi que leur capacité à en rendre compte de manière extrêmement détaillée et à raisonner parfaitement sur d'autres sujets.

164 PITRES A. et RÉGIS E., « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) », art cit, p. 239.

165 Cette analyse se fonde sur celle de CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, *op. cit.*, p. 360-362.

166 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit.

167 BRETON A., « Un cas d'éreuthophobie obsédante », *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 20-10 1896, n° 120, p. 1182-1184. Breton fait un mot-valise des deux termes évoqués par Pitres & Régis : « éreuthophobie ».

classification de la rougeur émotive proposée par eux¹⁶⁸. En décembre, Ernest Régier¹⁶⁹, futur médecin militaire des colonies, soutient à la Faculté de Médecine de Bordeaux, sous la direction d'E. Régis, une thèse intitulée *De l'Ereuthophobie ou Obsession de la rougeur émotive*. Celle-ci suit rigoureusement les thèses de son directeur sur le sujet et présente en outre une dizaine de cas cliniques¹⁷⁰.

Comme c'est souvent le cas, les idées et les concepts naissent rarement en un lieu unique, et tendent à apparaître de manière simultanée en divers endroits. Ainsi, parallèlement et de manière apparemment indépendante paraît, tout d'abord dans une revue russe en décembre 1896¹⁷¹, puis en allemand en mai 1897 dans le *Neurologisches Centralblatt* (Journal central de neurologie) – une revue de grande diffusion en Europe centrale –, un article du neurologue russe Vladimir Bekhterev (1857-1927)¹⁷² sur « L'angoisse de rougir comme forme particulière de trouble morbide »¹⁷³. Cet article sera au fondement de la littérature produite en Russie, en Allemagne et en Europe de l'Est sur ce syndrome auquel il donne, lui, le nom d'« angoisse de la rougeur » (*Erröthungsangst*). Si les deux patients décrits par Bekhterev présentent un tableau symptomatique en tous points semblables à ceux que l'on trouve au même moment dans la littérature francophone¹⁷⁴, il traite de la question d'une manière assez différente de Pitres et Régis.

168 MANHEIMER Marcel, « Peur obsédante de rougir », *La médecine moderne*, 27 janvier 1897, vol. 8, n° 8, p. 57-58.

169 A ne pas confondre avec un homonyme contemporain, introducteur enthousiaste du judo en France qui se faisait aussi appeler le « professeur Re-nie ».

170 RÉGIER Ernest Pierre Prosper, *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, Bordeaux, 1896.

171 Publié dans la « Revue de Psychiatrie, Neurologie et Psychologie expérimentale » de Saint-Petersbourg (*Obozrenie psikiatrii, nevrologii i eksperimentalnoj psihologii*) sous le titre « La rougeur de la face comme forme particulière de trouble nerveux ».

172 Vladimir Bekhterev (dont le nom est à l'époque transcrit Wladmir Bechterew) est un important neurologue russe (qui a laissé son nom à un nombre impressionnant de réflexes et parties de l'anatomie neuro-cérébrale ainsi qu'à une maladie). Après avoir étudié en Allemagne, en Autriche et en France auprès des grands noms de la psychiatrie, de la neurologie et de la psychologie expérimentale, il devient une figure centrale du développement de la psychiatrie et de la « psychologie objective » en Russie.

173 BECHTEREW Wladimir, « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung » (L'angoisse de rougir comme forme particulière de trouble morbide), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 9, p. 386-391.

174 Voici, en guise d'exemple, la lettre, amendée par Bekhterev, adressée par le premier de ses deux patients : « Depuis environ neuf ans je souffre d'une maladie de caractère purement nerveux (j'ai actuellement 20 ans). Dans la compagnie de quelques, ou même d'un seul homme (à l'exception peut-être de personnes très proches), je rougis très souvent. Parfois le sang afflue tellement au visage que cela me brûle. Le phénomène ne peut pas être considéré comme résultant d'une simple timidité car si pendant longtemps je ne pense pas à la rougeur, je ne rougis pas. Par contre, si la pensée s'est transportée vers la compagnie, je ne peux plus réprimer la rougeur. Que la raison [à ceci] doive nécessairement se trouver dans les nerfs, cela apparaît clairement dans la circonstance suivante. Si en société l'éclairage est tel que mon éventuel rougissement serait difficile à remarquer (le soir en plein air ou dans une pièce), alors je ne rougis pas. Je peux alors parvenir à m'avancer librement et rester calme,

Son article se situe plutôt au niveau du commentaire des cas cliniques ; à l'inverse des Bordelais, il s'étend sur l'analyse pathogénique neurologique et passe plus rapidement sur la psychologie ; enfin, il ne cherche pas à tirer de ces cas des conséquences théoriques plus générales. D'après Bekhterev, on a ici affaire à un trouble nerveux consistant en une forme d'« angoisse pathologique » (*pathologischer Angst*) déterminée par « le moment psychique de l'attente anxieuse » (*psychischen Moment der unruhigen Erwartung*) ; le rougissement survient en raison d'une excitabilité inhabituelle des centres corticaux vasodilatateurs, activés « à la moindre impulsion psychique ». Bekhterev, qui affirme avoir eu connaissance de l'article des psychiatres bordelais entre sa première publication et la seconde, signale dans un *addendum* que les états qu'ils décrivent concordent et, à part quelques désaccords « mineurs » (concernant l'étiologie, le traitement et l'âge de survenue du trouble), il les rejoint dans l'interprétation de l'« angoisse de la rougeur » comme un trouble nerveux anxieux causé par une idée obsessionnelle¹⁷⁵.

Ces travaux publiés entre la mi-1896 à la mi-1897, définissent ainsi une nouvelle entité pathologique clairement identifiable et rendent possible l'accumulation de connaissances à son sujet. C'est ce qui va se produire au cours des années suivantes, qui voient la parution de travaux visant à enrichir, qui la clinique, qui la théorie de cette angoisse de rougir. Ces recherches s'organisent clairement selon une logique géographique (et de réseau) : d'un côté, un axe français qui a Bordeaux comme centre névralgique, et de l'autre un axe couvrant l'Europe centrale et orientale dont le *Neurologisches Centralblatt* constitue la plateforme d'échanges, et où prédominent les contributions russes et allemandes.

Presque aussi vite que ce nouveau concept avait été formulé, sa pertinence a été remise en question. Deux semaines après la parution de l'article de Bekhterev dans le *Neurologisches Centralblatt*, paraît dans le courrier des lecteurs de la même revue une courte lettre du psychiatre allemand Alfred Hoche (1865-1943) qui fait sèchement remarquer qu'une description d'un trouble en tous points semblable à celui décrit par Bekhterev et Pitres & Régis avait été faite plus d'un demi-siècle auparavant par Casper

même lorsque l'attention générale est concentrée sur moi, je sais que je ne rougirai pas. [...] Ces caractéristiques me posent sous une fausse lumière face aux hommes, et m'incitent à les éviter et cela me gêne extrêmement. Cela me rend tout simplement sauvage. Par désespoir je me dis souvent, que tout se termine une bonne fois pour toutes ! Soyez sûr de ma franchise. Je suis capable de tout ! On m'a dit qu'un traitement suggestif par l'hypnose serait applicable à mon cas. » (p.386)

175 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 390-391.

dans son ouvrage « classique » de 1846¹⁷⁶. Cette description, ajoute-t-il, avait de surcroît été citée par Carl Westphal (1833-1890) dans son essai « fondamental » de 1877 sur les obsessions (précédemment évoqué). La question ayant d'après lui été amplement traitée par ces deux essais, il rejette la démarche des psychiatres français et du neurologue russe, jugeant « hautement superflu » l'établissement d'une nouvelle entité morbide et l'utilisation de « nouveaux mots étrangers » (*id.*). L'époque est en effet à la prolifération des néologismes et puisqu'il existe autant de phobies que d'objets, les médecins rivalisent d'hellénismes¹⁷⁷. Pitres et Régis, bien conscients de cette surabondance lexicale, avaient affirmé dans leur article de janvier 1897 n'avoir « aucun goût pour les néologismes médicaux inutiles »¹⁷⁸ tout en justifiant le leur par la conformité à l'usage et la commodité du langage. La dénomination restait « accessoire » à leurs yeux et surtout *il ne fallait pas y voir là « le désir d'ériger un simple syndrome en maladie nouvelle »*¹⁷⁹. Cette espèce de clause de non-responsabilité était développée dans une longue note en bas de la première page de l'article, mais leur position est indéniablement ambiguë : en en faisant une description complète (étiologie, pathogénie, symptomatologie, thérapie), en parlant « d'éreuthophobes », comme on parle d'hystériques, Pitres et Régis prêtaient le flanc à l'accusation. De fait, l'argument sera répété en Allemagne et dans les pays de sa sphère d'influence scientifique. Hoche réitérera ainsi cette position en 1899 devant la Société des Aliénistes allemands du Sud-Ouest¹⁸⁰ et le même argument sera développé par d'autres psychiatres allemands, (notamment Friedländer, Tuczek, Jolly) et italiens (Vespa). Les deux Français se défendront de nouveau, en 1902, de n'avoir voulu décrire qu'une *variété*, et argueront que l'abondance de la littérature et des débats auxquels leur première communication a donné lieu démontre bien l'intérêt d'isoler ce concept.

En effet, lors du XII^e Congrès international de médecine qui se tient à Moscou en août 1897, dans la section des maladies mentales et nerveuses, lors d'une séance consacrée aux obsessions, la question de l'éreuthophobie est abordée et débattue. Pitres et Régis ouvrent la séance avec une longue communication qui constitue le manifeste de leur doctrine

176 HOICHE Alfred, « Mitteilung an den Herausgeber » (Message à l'éditeur), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 11, p. 528.

177 A côté d'entités relativement stables et communes (agoraphobie, mysophobie par exemple), apparaissent en effet de très nombreux termes : pantophobie, monophobie, astrophobie, phobophobie (Beard), taphéphobie (Morselli), etc.

178 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 1.

179 *Ibid.*, p. 1 n.1.

180 HOICHE A., « Ueber Zwangsvorstellungen », *Neurologisches Centralblatt*, 1899, vol. 18, n° 24, p. 1135-1137.

émotiviste des obsessions et au cours de laquelle ils évoquent à deux reprises l'éreuthophobie. Louis Boucher, auteur rappelons-nous de la première présentation clinique française de ce qui n'était alors qu'« une forme spéciale d'obsession » (1890), adoptant la posture du précurseur, rend hommage aux recherches qui ont été faites depuis sa première communication. Après avoir suggéré de remplacer le terme éreuthophobie par celui d'« érythémophobie », selon lui plus correct d'un point de vue hellénistique, il présente une nouvelle fois son cas clinique et en ajoute un autre. Son analyse ne semble pas avoir été infléchie par lesdites recherches, au contraire, il y voit la confirmation de sa position dégénérationniste : tous les cas présentés dans la littérature jusqu'à présent relèvent d'après lui de l'hérédité névropathique et de manière générale les obsessions sont, comme l'affirme Magnan (v. *infra*), des « stigmates psychiques des dégénérés ». Il diminue par ailleurs le rôle de l'émotion : « l'érythémophobie » est selon lui « une tare intellectuelle »¹⁸¹. Au cours de la discussion finale, Moritz Benedikt (1835-1920), grand neurologue autrichien, signale que cette maladie qui tient à la rougeur est bien connue de « nous autres vieux neurologues allemands », et qu'elle avait d'ailleurs été décrite par Albert Eulenburg sous le nom de « *Rubescenz* »¹⁸². Il souligne également l'existence de cas dans lesquels le rougissement est absent et seule l'émotion existe (ce qui n'est pas anecdotique puisqu'une telle possibilité tendrait à confirmer la thèse que l'éreuthophobie est un trouble primitivement émotif).

Dans les mois qui suivent, plusieurs communications se succèdent côté russe. En septembre 1897, un collègue de Bekhterev, Nikolai Mikhaïlovitch Popov (1854- ?), présente un cas « d'érythrophobie » devant la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Kazan¹⁸³ ; un certain Tschigaiëff publie également un cas dans la principale revue médicale russe¹⁸⁴. En novembre, Bekhterev publie dans le *Neurologisches Centralblatt*

181 BOUCHER Louis, « Erythémophobie », Moscou, Kouchnérev & co, 1899, vol.IV, p. 86.

182 Albert Eulenburg (1840-1917), neurologue allemand, notamment connu comme le rédacteur de la *Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde* (« Encyclopédie de toute la médecine »), un ouvrage médical standard qui connu quatre éditions entre 1880 et 1914. Dans l'article sur l'érythème, il évoque un « rougissement essentiel » (*essentiellles Erröthen*) qui peut se prolonger durant des heures et être entre autres accompagné d'un sentiment d'angoisse. Sa cause est selon lui une irritabilité excessive des centres nerveux liée à une prédisposition congénitale. Commencant dans l'enfance ce rougissement particulier peut mener jusqu'au suicide, mais diminue généralement avec l'âge. (EULENBURG Albert, *Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde; medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte*, 2e éd., Vienne, Urban & Schwarzenberg, 1885, vol.VI, p. 603)

183 POPOFF Nikolai Mikhailovitch, « Un cas d'érythrophobie », *Revue neurologique*, 1898, vol. 6, n° 1, p. 24.

184 On en trouve un compte-rendu dans : TSCHIGAIËFF, « Ueber die erythrophobie », *Jahresbericht über die Leistungen und fortschritte auf dem gebiete der Neurologie und Psychiatrie*, 1898, p. 1210.

deux « nouvelles observations » d'angoisse de la rougeur, effectuées juste après la publication de son premier article¹⁸⁵, dans lesquelles il fait quelques réflexions supplémentaires. Il y note notamment que la souffrance est *clairement liée à la situation sociale*, car en dehors de celle-ci les patients n'auraient aucun motif de plainte ; et, l'un de ses patients ayant attiré son attention sur cette question, il s'interroge sur le rôle possible de l'onanisme dans le développement du trouble, deux thématiques sur lesquelles d'autres élaboreront.

L'année 1898 marque une étape dans la stabilisation du concept : signe que la recherche sur l'éreuthophobie commence à atteindre une certaine maturité, une première revue de littérature paraît dans un journal italien¹⁸⁶. Beniamino Vespa¹⁸⁷, assistant dans la clinique psychiatrique de l'Université de Rome, y présente un résumé des douze cas publiés jusqu'alors dans des revues médicales¹⁸⁸ et en ajoute trois de son cru – correspondant à un tableau désormais bien établi. Il se livre ensuite à une analyse nosographique complète, passant en revue la symptomatologie, l'étiologie, la pathogenèse, le pronostic et la cure de l'éreuthophobie. Dans l'ensemble, Vespa n'apporte aucune idée vraiment nouvelle à cette théorie de l'éreuthophobie en construction, à part son intérêt prononcé pour le « fond sexuel » de l'éreuthophobie. Une littérature sur l'éreuthophobie commence à prendre corps et nombreux travaux paraissent dans les quatre années qui suivent : en Allemagne (Brassert 1899, Friedländer 1900)¹⁸⁹, en France (Hartenberg 1900, Vaschide et Marchand 1900, Janet 1901)¹⁹⁰, en Bohême (Haskovec 1900)¹⁹¹, en Italie

185 BECHTEREW W., « Neue Beobachtungen über die "Erröthungsangst" » (Nouvelles observations sur « l'angoisse de la rougeur »), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 21, p. 985-989.

186 VESPA Beniamino, « Contributo allo studio dell'ereutofobia », 1898, vol. 5, n° 6, p. 249-264.

187 Vespa est l'élève d'Ezio Sciamanna (1850-1905), qui avait quelques années auparavant mentionné dans un article « Sulla malattia dei Tic » (*Rivista quindicinale di psicologia, psichiatria, neuropatologia*, n° 16 et 17, 1897) un cas présentant le symptôme de peur de la rougeur, et qui lui communiquera un cas très documenté (lettres) datant du début des années 1890.

188 Il omet ainsi les articles parus dans des journaux médicaux ainsi que la thèse de Régnier.

189 BRASSERT H., « Ueber Erröthungsangst », *Neurologisches Centralblatt*, 1899, vol. 18, n° 19, p. 866-871. ; FRIEDLÄNDER A., « Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie » (Du statut clinique de la soi-disant érythrophobie), *Neurologisches Centralblatt*, 1900, vol. 19, n° 18, p. 848-850.

190 HARTENBERG Paul, « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, 1900, vol. 4, p. 716-722. ; VASCHIDE Nicolas et MARCHAND Léon, « Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie », *Revue de Psychiatrie*, 1900, vol. 3, n° 7, p. 193-208. ; JANET Pierre, « La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 1901, LI, p. 337-359, 499-524.

191 Publication originale dans le *Casopis Lekarů Ceskych* (Journal des Médecins tchèques), rapporté dans en France dans : HASKOVEC Ladislav, « L'éreuthophobie », *Revue Neurologique*, 1902, p. 105-106.

(Basile, 1900)¹⁹², en Suisse (Claparède 1902)¹⁹³. En grande partie, ces publications sont des observations cliniques de patients présentant, souvent dans ces mêmes lettres désespérées, des symptômes d'une rigoureuse monotonie – la même rougeur irrépressible et insoutenable –, accompagnés de considérations assez succinctes et souvent semblables des psychiatres relatives à l'étiologie et au pronostic : l'éreuthophobie, *erythrophobie* ou quel que soit le nom qu'on lui donne, est une forme d'obsession ainsi qu'un symptôme neurasthénique, ceux qui en souffrent sont des héréditaires. On notera toutefois la synthèse d'Adolf Friedländer (1870-1949, médecin-assistant à l'asile de Francfort) publiée en 1900 dans le *Neurologisches Centralblatt*, qui se distingue surtout par son volume. Il s'agit d'une revue de toute la littérature publiée depuis Casper jusqu'en 1899 : les 26 cas publiés (auquel il ajoute cinq de ses propres observations) y sont résumés et toutes les positions y sont scrupuleusement passées en revue.

Mais surtout, entre 1900 et 1902, paraît dans la littérature francophone une série d'études publiées par des médecins et des psychologues, dans laquelle la discussion théorique prend un aspect un peu plus constructif et approfondit les questions psychologiques. Selon des perspectives variées, elles répondent de manière critique à la thèse de Pitres et Régis selon laquelle l'éreuthophobie manifesterait un trouble émotif qui se présente en premier lieu sous la forme d'un phénomène vasomoteur (le rougissement). Paul Hartenberg (1871-1949), dans une communication de 1900 intitulée « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », puis dans un ouvrage sur *Les Timides et la timidité* (1901), en propose une reformulation un peu nuancée qui accorde plus de poids au degré de dégénérescence et surtout souligne l'importance de l'émotivité constitutionnelle du malade, mais dans un sens très différent de celui des Bordelais, puisqu'à ses yeux c'est « moins la rougeur proprement dite que l'émotivité anxieuse du sujet qui préside à la constitution de l'éreuthophobie »¹⁹⁴ (nous soulignons). La même année, Vaschide et Marchand, qui s'intéressent au rapport entre les phénomènes physiques et les états émotionnels, soumettent la thèse des Bordelais à un dispositif expérimental visant à établir le rapport de succession chez un éreuthophobe entre les émotions, les idées et les réactions vasomotrices, et aboutissent à des conclusions exactement inverses. Dans un article publié

192 BASILE Gaspare, « Contribuzione alla conoscenza dell'ereutophobia », *La pratica del medico*, 1900, vol. 1, n° 5, p. 129-137.

193 CLAPARÈDE E., « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobia », art cit.

194 HARTENBERG Paul, « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », *Revue de Médecine*, 1902, vol. 22, p. 721.

en 1901 encore, dans *La Revue philosophique*, où il traite d'une catégorie d'obsessions à laquelle il donne le nom de « scrupules », le psychologue et médecin Pierre Janet (1859-1947), installé par Charcot à la direction du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière, fait de l'éreuthophobie de Pitres et Régis le groupe le plus important des « scrupules relatifs au visage »¹⁹⁵, mais pour lui donner une interprétation qui discrédite leur thèse. Janet souligne en effet un élément important : les malades ont une « pensée obsédante que leur visage est rouge, en feu et que cela est profondément ridicule, obscène, déshonorant » parce qu'ils « *croient avoir remarqué* » qu'ils rougissent facilement dans telle ou telle autre circonstance¹⁹⁶. Or d'après Janet : « C'est un tort [...] que de rattacher l'obsession de la rougeur au fait de la rougeur elle-même. » Aussi bizarre que cela puisse paraître, poursuit-il, la « rougeur elle-même ne joue qu'un rôle très minime dans l'obsession », ainsi on peut tout à fait être éreuthophobe sans pourtant jamais rougir¹⁹⁷. Or le fait que l'éreuthophobie venait se greffer sur une tendance vasomotrice préexistante, était jusque-là tenu pour acquis par la majorité des contributeurs et jouait un rôle essentiel dans la démonstration de la thèse de Pitres et Régis. En 1902, Edouard Claparède (1873-1940), médecin et psychologue genevois, après avoir livré dans les *Archives de Psychologie* ce qui sera la dernière revue de littérature – et la plus complète – sur la question (39 cas recensés), y apporte à son tour sa contribution¹⁹⁸. Abondant dans le sens de Janet, il tient l'angoisse pour indépendante de la rougeur effective du visage et refuse de considérer cette dernière comme « le côté objectif du phénomène phobique »¹⁹⁹. Ce qui préside à cette phobie, estime-t-il, ce n'est pas la rougeur en tant que telle, mais l'émotion désagréable qui lui est associée, c'est-à-dire la *honte*²⁰⁰. La rougeur n'est plus, dans cette perspective, qu'une circonstance aggravante qui élève l'émotivité « à la seconde puissance »²⁰¹. Notons enfin un fait unique dans ce corpus : Claparède livre dans cet article une réflexion approfondie sur le processus psychothérapeutique de guérison de l'éreuthophobie²⁰². Sa position a en outre ceci d'original qu'elle est très optimiste quant à la possibilité de guérir l'éreuthophobie, selon le procédé « abréactionnel » décrit par Breuer et Freud dans leurs

195 JANET P., « La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante », art cit, p. 507-509.

196 *Ibid.*, p. 508.

197 *Ibid.*

198 CLAPARÈDE E., « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », art cit.

199 *Ibid.*, p. 320.

200 *Ibid.*, p. 323.

201 *Ibid.*, p. 326.

202 En effet, si tous les auteurs s'accordent à recommander la « psychothérapie » comme traitement privilégié de l'éreuthophobie, il est rare qu'ils spécifient quelle forme celle-ci devrait prendre et moins encore les modalités concrètes selon lesquelles le traitement s'est déroulé.

Etudes sur l'hystérie (1895).

La même année, Pitres et Régis, ayant laissé passer cinq ans depuis leur communication princeps sur l'éreuthophobie, publient dans la *Revue Neurologique* une « note additionnelle »²⁰³. Répondant aux critiques, en particulier allemandes, ils y réaffirment leur antériorité dans la mise en lumière de l'éreuthophobie : si des cas ont certes été décrits avant 1896, c'étaient soulignent-ils « des cas uniques incidemment relatés, et que n'accompagnaient ni cas similaires, ni essai descriptif, ni considérations et réflexions générales »²⁰⁴. Les Bordelais entendent bien passer à la postérité comme les véritables découvreurs de l'éreuthophobie, mais dans le même temps, s'adressant toujours aux Allemands, ils se défendent d'avoir jamais voulu l'ériger en entité morbide indépendante. L'éreuthophobie n'est qu'une variété d'obsession mais qui représente bien un cas intéressant pour l'observation de certaines problématiques fondamentales de la psychologie, de la physiologie et de la clinique, maintiennent-ils, et parmi lesquelles, donc, la question de l'émotivité. Ignorant Janet – dont il ne pouvaient pourtant ignorer les positions tant celui-ci était déjà célèbre (il est nommé cette année même à la chaire de psychologie expérimentale et comparée du Collège de France) –, c'est à Vaschide et Marchand qu'ils adressent la défense de leur hypothèse²⁰⁵. Après avoir salué leurs expérimentations et pris acte de leurs résultats – et rappelé qu'ils avaient eux-mêmes appelé de leur vœux de tels travaux –, c'est sur leur interprétation qu'ils cherchent à imposer leur propre position présentée comme inchangée depuis 1896. En réalité, s'ils réaffirment que l'éreuthophobie est une maladie de l'émotivité, moyennant quelques pirouettes rhétoriques, ils se dédisent entièrement sans l'assumer sur le cœur même de leur thèse, à savoir ce qu'il faut entendre par émotivité.

Si nous achevons cette chronologie en 1902, cela ne signifie pas que le concept ait disparu de la littérature psychologique et médicale à la fin de cette année. En 1903 on trouve par exemple la présentation d'un cas d'éreuthophobie dans les *Archivos de Psiquiatria y Criminologia* publiés à Buenos Aires²⁰⁶. Le terme apparaîtra encore ça et là dans la littérature médicale, française notamment, par exemple sous la plume d'Hartenberg

203 PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie (note additionnelle) », *Archives de Neurologie*, 1902, XIII, n° 75, p. 177-194.

204 *Ibid.*, p. 178.

205 Ces arguments issus de l'expérimentation psychophysique envisagent en effet le problème sous le même angle qu'eux ; la raison pour laquelle l'article de Janet est passé sous silence est moins claire. Ils ne pouvaient en revanche avoir connaissance de l'article de Claparède, paru peu de temps après le leur.

206 Dont le compte-rendu est fait en 1904 dans la *Revue Neurologique*.

(1911, 1920), ainsi que dans une thèse soutenue à Bordeaux – sous la direction de Régis – en 1911 ; et même jusque dans les années 1930 on peut encore trouver un exposé présenté devant la Société médico-psychologique sur le sujet²⁰⁷. Ni le terme, ni la réalité qu'il désigne sans doute, n'ont disparu, mais 1902 est la dernière année au cours de laquelle le débat sur l'éreuthophobie est encore nourri par des contributions conséquentes. Passée cette date, les publications à son sujet se font de nouveau sporadiques et sans plus d'enjeu théorique fort. En sept ans, l'argument semble avoir été épuisé. Mais au juste, que s'est-il passé au cours de ces sept années ? Pourquoi, alors que les textes de Burgess et de Casper avaient été des exceptions isolées, un demi-siècle plus tard deux articles psychiatriques traitant de cette peur maladive de rougir ont-ils suffi à faire émerger une littérature consistante qui donne forme, en l'espace de quelques mois, à un nouvel objet scientifique légitime ? Pourquoi l'éreuthophobie, érythrophobie, érythémophobie ou *Erröthungsangst* est-elle soudain devenue *saillante*²⁰⁸, comment a-t-elle acquis son évidence épistémologique, notamment en France ?

2.3.2. Les enjeux théoriques du débat sur l'éreuthophobie

La structuration et la ramification du monde scientifique médical européen de la fin du XIX^e siècle fournissent le support institutionnel permettant la circulation du concept d'éreuthophobie²⁰⁹. Mais sur le plan épistémologique, c'est d'abord parce qu'elle s'inscrit de manière déterminante dans le débat sur les obsessions que l'éreuthophobie devient une question en soi. Les obsessions ou idées obsessionnelles sont un concept dont on fait habituellement coïncider la naissance en psychiatrie avec la description de la « monomanie raisonnante » de « Mademoiselle F... » par Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) en 1838. Or la seconde moitié des années 1890 et les années 1900 marquent un moment de renouveau théorique dans l'étude des obsessions²¹⁰, notamment en France où

207 CHAUMAT Dominique-Aurèle-Alexandre, *Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (ereuthophobie)*, Bordeaux, 1911. ; HARTENBERG Paul, « La base organique de l'éreuthophobie et son traitement », *La presse médicale*, 25-2 1911p. 140-141p.; GAUTHIER M., « Un cas d'éreuthophobie et ses conséquences au point de vue militaire », *Annales médico-psychologiques*, 1934, n° 2, p. 658-661.

208 DASTON Lorraine (ed.), *Biographies of Scientific Objects*, Chicago, University of Chicago Press, 2000, p. 6-7.

209 Les congrès internationaux de médecine, les congrès et sociétés d'études nationales, les revues et les hebdomadaires médicaux constituent des lieux fondamentaux de circulation du savoir (rappelons notamment que des compte-rendus sont faits dans la littérature des moindres communications et articles parus dans la littérature nationale et étrangère, permettant une circulation large de la connaissance, en dépit des barrières linguistiques).

210 BERRIOS German E., « Obsessive-Compulsive Disorder: Its Conceptual History in France during the 19th Century », *Comprehensive Psychiatry*, 1989, vol. 30, n° 4, p. 283-295.; BERRIOS German E., *The*

elles ont été particulièrement étudiées tout le long du siècle, renouveau auquel Pitres et Régis, justement, prennent une part active. L'éreuthophobie naît dans ce contexte théorique et reflète ainsi plusieurs problèmes structurant le débat sur les obsessions au tournant du siècle. Nous verrons ainsi que le débat que suscite l'éreuthophobie est avant tout déterminé par les discussions relatives à la nature du trouble primitif des obsessions, c'est-à-dire principalement par l'opposition entre doctrines intellectualistes et émotivistes, et des différentes théories émotivistes entre elles. Nous évoquerons ensuite les trois options nosographiques, qui font alors des obsessions soit un symptôme de la neurasthénie, soit un symptôme de la dégénérescence, soit encore un trouble indépendant.

a. Trouble de l'intellect ou des émotions ?

La question de la nature du trouble primitif de l'éreuthophobie est l'enjeu premier de ce débat. C'est du moins ce qui motive l'intérêt de Pitres et Régis pour ce trouble spécifique : en montrant que l'éreuthophobie est un trouble émotif, il s'agit pour eux de démontrer la primauté de l'émotion sur l'idée pour les obsessions en général. Cette question de la nature émotive, intellectuelle ou volitive des obsessions est présente dès le tout début de l'intérêt des aliénistes pour ces formes si particulières de folie qui ne semblent atteindre que partiellement le fonctionnement psychique du malade. D'où l'idée que seule une dimension de la vie mentale est touchée : l'intellect, la volonté ou les émotions.

De manière un peu schématique, on décrit la répartition des positions de la manière suivante : au cours du XIX^e siècle les théories de la volonté et des émotions auraient été particulièrement représentées en France tandis que la théorie intellectualiste aurait été plus défendue en Allemagne²¹¹. Alors qu'Esquirol (1838) y voit plutôt un trouble de la volonté (dans lequel le patient est « enchaîné à des actions que ni sa raison, ni son sentiment n'ont engendrés, que sa conscience rejette et que sa volonté ne peut supprimer »)²¹². La doctrine du « délire émotif » de Bénédicte-Augustin Morel (1809-1873) va constituer le point de référence de la position émotiviste et restera dominante chez les aliénistes français. En 1866, il décrit une névrose (c'est-à-dire un trouble du système nerveux), caractérisé par

History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, 563 p.

211 BERRIOS G.E., « Obsessive-Compulsive Disorder: Its Conceptual History in France during the 19th Century », art cit, p. 288.

212 *Ibid.*, p. 284.

une idée fixe ou des actes anormaux n'entamant pas les capacités intellectuelles du malade qui reste en outre lucide : il s'agit donc là pour lui d'une *maladie spéciale de l'émotivité*²¹³. En 1875, *La folie du doute (avec délire de toucher)* de Legrand du Saulle, contribue considérablement à la description clinique des troubles obsessionnels et compulsifs et abonde également dans le sens de Morel²¹⁴. Du côté allemand, Wilhelm Griesinger avait décrit en 1868 trois cas d'un « état psychopathique peu connu » qu'il désignait sous le nom de « *Grübelnsucht* » (ruminations) et qui consistait d'après lui en un trouble des *idées*. Cette vision sera systématisée par Carl Westphal dans sa communication de 1877, qui deviendra la référence de la vision intellectualiste, et d'après laquelle les idées obsessionnelles sont le résultat d'un trouble de la fonction intellectuelle : il s'agit d'une *idée qui s'impose à la conscience du malade* malgré lui – ce que décrit le terme *Zwangsvorstellungen*, « représentations forcées ». Du côté émotiviste, c'est donc le caractère *partiel* du délire qui est souligné, tandis que du côté intellectualiste c'est la nature *contraignante* de l'idée. A la fin du XIX^e siècle, la vision volitionniste tend à perdre de son influence et les camps intellectualistes et émotivistes occupent le terrain. Les acteurs de l'époque et l'historiographie semblent indiquer que le rapport de force est à un point de bascule précisément au tournant du siècle²¹⁵.

C'est dans ce contexte qu'il faut replacer l'entreprise éreuthophobique, pour ainsi dire, de Pitres et Régis. Tous deux sont donc de farouches partisans de la thèse émotiviste qu'ils contribueront à populariser en France notamment lors du congrès international de médecine de Moscou en 1897 et avec leur monographie publiée en 1902 sous le titre *Les Obsessions et les impulsions*. Comme ils l'affirment lors de ce congrès, Pitres et Régis s'inscrivent dans un courant en train d'émerger en psychologie : la théorie émotiviste est défendue par des psychologues qui entendent rompre avec la psychologie introspective et métaphysique des philosophes et naturaliser les faits de conscience en intégrant les enseignements récents de la science moderne. Cette théorie satisfait les psychiatres au plus

213 *Ibid.*, p. 284-285.

214 *Ibid.*, p. 286-287.

215 La diversité des opinions sur la situation des années 1890-1900, nous pousse à interpréter ce moment comme un moment où les équilibres évoluent considérablement. Ainsi, au congrès de Moscou de 1897, Pitres et Régis affirment que la position qui fait de l'émotivité un effet secondaire d'un trouble avant tout cérébral est dominante (chez les Italiens, Krafft-Ebing, Magnan, p.3-5) ; mais six ans plus tard, Janet (1903), fait au contraire le constat que c'est la position émotiviste qui domine désormais. Dans la littérature secondaire, selon Berrios la position émotiviste devient majoritaire à la fin du siècle, car les explications fondées sur l'angoisse bénéficient des recherches sur le rapport entre affectivité et système nerveux autonome, et de l'appui de psychologues influents (Ribot, Féré et Paulhan) ; selon Castel, au contraire, la position émotiviste serait principalement représentée par Pitres et Régis en France.

haut point car elle permet de faire d'une « faculté morale d'essence inconnue », un « fait biologique distinct »²¹⁶ : en somme, en les naturalisant elle offre une théorie *scientifique* des émotions. L'affectivité occupant une place primordiale dans la vie psychique normale comme pathologique, poursuivent-ils, des troubles considérés jusque là comme intellectuels, tels que l'obsession, doivent en fait être envisagés comme d'abord émotifs. L'idée morelienne de l'obsession comme « délire émotif » serait ainsi enfin étayée par la science moderne. Se fondant sur la prémisse, soutenue par l'influent Théodule Ribot (*La psychologie des sentiments*, 1896), que la vie émotionnelle est primitive par rapport aux états intellectuels, ils adoptent la théorie dite périphérique de l'émotion exposée par William James et Carl Lange, qui fait de l'émotion un épiphénomène des variations viscérales²¹⁷. Et c'est cette « [...] émotion, “conscience des variations neuro-vasculaires” (Lange); [qui constitue] l'élément primitif et fondamental de l'obsession »²¹⁸.

Dans ce cadre, l'éreuthophobie représente pour Pitres et Régis le terrain idéal pour démontrer la nature émotive des obsessions, puisque cette obsession particulière lie une modification vaso-motrice (la rougeur) à un phénomène émotionnel (l'angoisse). C'est donc à la démonstration de cette thèse que les Bordelais consacrent la partie d'analyse psychopathologique de leur article. S'ils jugent des recherches expérimentales nécessaires, la clinique semble leur indiquer déjà que *la tendance au rougissement précède l'apparition de la peur de rougir*. La genèse pathologique est donc le phénomène *vasomoteur* (rougissement), sur lequel se greffe le phénomène *émotif* (confusion) et, comme ultime complication, le phénomène *intellectuel* (idée fixe)²¹⁹. C'est sur cette genèse que se fonde la classification des formes de la « rougeur émotive » proposée par Pitres et Régis (v. *infra*). Aussi, lorsque les patients affirment d'eux-mêmes qu'ils

216 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 21.

217 La thèse dite de James-Lange désigne en fait deux théories de l'émotion formulées de manière contemporaine par le philosophe américain William James et le physiologiste danois Carl Lange. Cherchant à dépasser les insuffisances des descriptions des émotions elles proposent toutes deux une forme de réductionnisme dans lequel les émotions sont conçues comme le simple écho subjectif de changements se produisant dans le corps. La théorie de Lange est plus schématique et psychologiquement très rudimentaire et se résume dans la formule « l'émotion psychique n'est que la conscience des variations organiques [qui sont] toutes sous la dépendance de la circulation » (p.392) ; tandis que celle de James, bien plus fine sur le plan psychologique, se fonde sur le principe que « si l'on supprime du contenu d'une émotion tous ses concomitants physiologiques (...), il ne reste rien que des jugements abstraits » (p.394-5). Ce résumé et ces citations sont tirées du compte-rendu qu'en fait : Alfred Binet, « W. James : La théorie de l'émotion [compte rendu] », *L'Année psychologique*, vol. 9/1, 1902, p. 388-401.

218 PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « Séméiologie des obsessions et idées fixes », Moscou, Kouchnérev & co, 1899, vol.IV, p. 6.

219 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 23.

rougissent à l'idée de rougir, les deux psychiatres doivent-ils argumenter qu'il ne s'agit pas d'une idée purement intellectuelle : c'est « un état psychique complexe dans lequel l'idée et l'émotion coexistent, indissolublement liées »²²⁰. Et quand les patients pensent être dominés par l'idée de leur rougeur²²¹ Pitres et Régis y voient plutôt une « crainte », une « représentation vive, une hypermnésie systématique de la mémoire affective, une reviviscence spontanée d'une émotion pénible antérieure »²²². La preuve, d'après eux, de la prépondérance du phénomène émotif (donc physiologique) c'est la manière dont la crise peut survenir de manière quasiment réflexe : on rencontre quelqu'un dans la rue et les réactions physiques se mettent en place avant même le surgissement du flot des idées. L'éreuthophobie émerge ainsi sous la plume des deux psychiatres français en tant qu'argument à l'appui de leur théorie émotiviste de l'obsession. Cependant, en tant que telle, l'éreuthophobie se révèle – jusque dans ce qu'en disent les patients eux-mêmes –, moins un argument décisif qu'un cas plutôt délicat²²³.

Les critiques viennent, naturellement, tout d'abord du courant intellectualiste, représentés dans ce débat, en France notamment, par les partisans de l'école de Valentin Magnan (Boucher, Manheimer, Popov) et en Allemagne par ceux de la définition classique de Westphal (Hoche). Pour les dégénérationnistes la question est toute réglée, et il leur suffit de suivre la définition de leur maître pour reconnaître dans l'éreuthophobie une obsession, c'est-à-dire une « tare intellectuelle »²²⁴, dans laquelle « un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, mais en dehors de la volonté »²²⁵. Il semble évident que « de telles représentations obsédantes, associées à ces réactions émotives, ne peuvent jamais éclore que dans le cerveau d'un prédisposé chez lequel on constate le plus souvent des stigmates physiques [...] »²²⁶ affirme ainsi Manheimer. L'éreuthophobie est donc « un

220 *Ibid.*, p. 24.

221 Comme ce patient qui leur envoie un mémoire détaillé de son propre cas : « Mais la rougeur n'est que l'effet. La cause, c'est la pensée, la crainte que j'ai, quand je me trouve en présence de quelqu'un, de rougir. La preuve, c'est que si, par hasard je rencontre quelqu'un dans la rue, ou si je suis fortement attentionné à un récit, à une conversation, et que je ne songe pas à rougir, eh bien ! je ne rougis pas. Supprimez la pensée, et la rougeur cessera. Tout est là ! » (*Ibid.*, p. 20)

222 *Ibid.*, p. 24.

223 Ainsi, note Castel, lorsque Pitres et Régis voient dans l'influence des conditions atmosphériques, qui peuvent empêcher l'empourprement de la face et moduler ainsi l'intensité de l'idée fixe, le signe du fait que l'idée est soumise à l'émotion, on pourrait interpréter de manière exactement inverse : le fait que la rougeur due au froid ne gêne aucunement les malades contredit plutôt l'origine physiologique de l'émotion et va dans le sens d'une interprétation intellectualiste.

224 Louis Boucher, « Erythémophobie », Moscou, Kouchnérev & co, 1899, vol.IV, p. 86.

225 MANHEIMER M., « Peur obsédante de rougir », art cit, p. 58.

226 *Ibid.*

trouble essentiel de la conscience » dans lequel « l'émotion est un élément secondaire » assure Popov²²⁷. Boucher oppose ainsi une interprétation exactement inverse de celle de Pitres et Régis des rougeurs réflexes de certains patients. Rougir, comme ce coiffeur lorsqu'il entre dans une pièce chaude, ça n'est pas différent du phénomène de congestion du visage provoqué par les vapeurs de nitrite d'amyle : cela tient du réflexe, c'est tout à fait étranger à une réaction émotive ; mais en concevoir une grande *honte*, cela demande l'intervention de la conscience, de *l'idée*²²⁸. De même, cette patiente qui *ne rougit pas avec n'importe lequel de ses interlocuteurs* montre bien que la conscience joue un rôle déterminant et que le « réflexe émotif est entièrement subordonné à l'idée »²²⁹. En Allemagne, Alfred Hoche, partisan de la définition (intellectualiste) donnée par Westphal note également dans son courrier que l'éreuthophobie est un cas banal de « *Zwangsvorstellungen* ».

Cependant, la critique la plus systématique de la proposition des Bordelais viendra moins des partisans de la théorie intellectualiste que de ceux de la théorie émotive même. En effet, la majeure partie des auteurs de la littérature sur l'éreuthophobie se déclare en faveur de la position émotiviste : pour Bekhterev, Vespa, Basile, Brassert, Hartenberg, Claparède et bien d'autres c'est bien l'émotion qui est déterminante dans ce trouble. Mais là où personne n'est réellement d'accord c'est bien sur *ce qu'il faut entendre par émotion*, et la manière donc Pitres et Régis formulent leur vision de l'émotion pose particulièrement problème. La littérature germanophone et italophone (Bekhterev, Brassert, Vespa, etc.) voit dans l'éreuthophobie une forme « d'angoisse pathologique » (*pathologischer Angst*). Bekhterev, qui propose le premier cette interprétation et se croit sur ce point d'accord avec les deux Français, dit en fait exactement l'inverse : chez lui c'est cette angoisse qui provoque le rougissement. Et c'est d'après lui parce qu'ils n'ont plus *peur* que leur rougeur soit remarquée que les malades ne rougissent pas le soir ou dans un coin sombre d'une pièce. Bekhterev ne cherche pas à savoir si ses patients avaient l'habitude de rougir avant d'en faire une obsession, ce qui est certain pour lui c'est que c'est l'« attente inquiète » (*Unruhigen Angst*) qui constitue « l'impulsion psychique » qui excite anormalement les centres corticaux vasodilatateurs qui provoquent à leur tour un rougissement effréné. Autrement dit, l'angoisse est ici abordée comme un vécu de

227 POPOFF N.M., « Un cas d'érythrophobie », art cit.

228 BOUCHER L., « Erythémophobie », art cit, p. 86.

229 *Ibid.*, p. 84.

conscience qui provoque des effets vasomoteurs et non comme l'écho psychique d'un événement vasomoteur. C'est bien la théorie de James-Lange, sur laquelle repose le caractère décisif du cas de l'éreuthophobie dans la démonstration de Pitres et Régis, qui est problématique. Chez ceux qui identifient clairement ce point comme problématique et il s'agit plus particulièrement des auteurs francophones, on trouve deux stratégies critiques différentes. La première consiste à réfuter la théorie de James-Lange. L'expérimentation publiée par Vaschide et Marchand en 1900 vise ainsi à examiner la thèse des Bordelais : l'émotion précède-t-elle le phénomène physique du rougissement ou est-ce l'inverse, comme ceux-ci l'affirment ? L'éreuthophobie n'a pour eux d'intérêt qu'en tant qu'elle permet d'étudier un problème classique de psychologie : le rapport de succession entre les phénomènes physiologiques et les états émotifs²³⁰. Il ressort de leur expérience que c'est « l'idéation » qui provoque l'association qui engendre une émotion anxieuse, et seulement ensuite apparaissent les phénomènes vasomoteurs (rougeur, accélération du pouls, etc.). Leur conclusion infirme donc la thèse des Bordelais : l'obsession de la rougeur serait « en tant qu'émotion bien d'origine cérébrale »²³¹. Bref, l'éreuthophobie est ainsi « bien loin d'être nécessairement liée à une coloration spéciale du visage » et la théorie de James-Lange reste encore à prouver²³². L'autre versant de la critique émotiviste de la thèse de Pitres et Régis consiste à contester la pertinence de l'éreuthophobie comme cas d'application de la théorie de James-Lange. En 1901, dans un article qui paraît dans la *Revue philosophique*, Janet juge ainsi que l'éreuthophobie n'est pas déterminante dans la discussion de la théorie de James-Lange, pour la raison suivante :

« C'est un tort à mon avis que de rattacher l'obsession de la rougeur au fait de la rougeur elle-même. Quoique cela semble bizarre, ce n'est pas parce qu'ils sont rouges que ces malades sont obsédés par la pensée de la rougeur ou du moins cette rougeur elle-même ne joue qu'un rôle très minime dans l'obsession. D'abord on peut être éreuthophobe [sic] comme Nadia sans avoir jamais eu de rougeur. [...] En outre l'obsession de la rougeur ne survient pas uniquement à la suite de rougeur

230 VASCHIDE N. et MARCHAND L., « Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie », art cit, p. 194. Le dispositif expérimental consiste à soumettre un patient éreuthophobe à différentes situations (on parle devant lui de faire rentrer quelqu'un, une personne entre, plusieurs personnes entrent) et dans différents états (à l'état normal et dans un état dans lequel il croit être alcoolisé) ; ses réactions vasomotrices sont mesurées, ses expressions sont notées par les expérimentateurs et il est interrogé sur ses impressions subjectives.

231 *Ibid.*, p. 205.

232 *Ibid.*, p. 208.

véritable. »²³³

Si le phénomène organique du rougissement n'est pas lié directement de la question de l'obsession, si la réalité du phénomène vasomoteur n'est pas une condition nécessaire au son développement de cette « phobie », l'argument de Pitres & Régis qui consiste à voir dans l'éreuthophobie la confirmation de la théorie de James-Lange ne tient pas. En 1902, Claparède qui est plutôt partisan de la théorie de James-Lange n'en abonde pas moins du côté de Janet : d'une part, l'éreuthophobie ne prouve rien ni pour ni contre cette théorie des émotions, et d'autre part, « il n'y a aucune raison *a priori* pour considérer le phénomène de la congestion du visage comme le côté objectif du phénomène phobie »²³⁴. Mais dans un cas comme dans l'autre, que le phénomène de la rougeur soit premier ou que ce soit l'idée du rougissement, l'émotion reste primitive en ce sens que c'est la « tonalité affective désagréable », qui n'est autre que le sentiment de *honte*, qui provoque l'angoisse²³⁵. Quoique de manière plus ambiguë, puisqu'il est lui-même partisan d'une vision biologique des émotions, Hartenberg (1902) affirme lui aussi que l'obsession de la rougeur ne constitue pas un argument en faveur ou contre James-Lange. C'est, dit-il, « moins la rougeur proprement dite que l'émotivité anxieuse du sujet qui préside à la constitution de l'éreuthophobie. Une rougeur, même intense, ne donne pas nécessairement lieu à une éreuthophobie. Il faut pour que cette dernière se développe, l'intervention d'une autre cause, l'émotivité particulière du malade. »²³⁶ C'était là caricaturer un peu la position de Pitres et Régis, qui avaient pris le soin de signaler que la rougeur et la peur de rougir n'étaient pas dans un simple rapport de proportion²³⁷. Toutefois dans leur « note additionnelle » publiée en 1902 les Bordelais se dédient à peu près entièrement au sujet de la théorie de James-Lange. D'un côté, apparemment impressionnés par la note très critique que l'influent Jules Soury a consacré à ladite théorie suite à leur premier article²³⁸, ils nient

233 JANET P., « La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante », art cit, p. 508-509.

234 CLAPARÈDE E., « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », art cit, p. 320.

235 *Ibid.*, p. 323.

236 HARTENBERG P., « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », art cit, p. 721. Néanmoins, outre le fait qu'il défend lui-même la théorie de James-Lange (BERRIOS German E. et PORTER Roy, *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Diseases*, Londres, Athlone Press, 1995, p. 555.) Hartenberg se fera au cours des années 1900 et 1910 le promoteur d'une cure de la timidité et de l'éreuthophobie en particulier consistant à combattre « la prédisposition au rougissement effectif » par divers moyens somatiques, contre ce qu'il juge être de vaines tentatives psychothérapeutiques de combattre l'idée obsessionnelle elle-même. (HARTENBERG P., « La base organique de l'éreuthophobie et son traitement », art cit.)

237 On peut être sujet à de violentes crises de rougissement et même en être très affecté sans pourtant jamais développer d'idée fixe, expliquaient-ils, de même qu'on peut être très préoccupé de sa rougeur et rougir fort peu. PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 23.

238 SOURY Jules, « Théorie des émotions », *Annales Médico-psychologiques*, 1897, n° 6, p. 247-262.

avoir formellement adopté l'opinion que « l'émotion n'était que la conscience des variations neuro-vasculaires », et ajoutent avoir simplement constaté une « tendance majoritaire » à ce que le rougissement survienne *avant* l'anxiété. Mais de l'autre côté ils affirment néanmoins que « les différences d'intensité de la phobie étaient chez beaucoup en rapport avec les variations de l'aptitude à rougir »²³⁹. Dans cette communication finale, tout en démentant maladroitement une adhésion trop rigoureuse à la théorie James-Lange, les Bordelais réaffirment la « prédominance de l'élément émotif sur l'élément intellectuel »²⁴⁰ dans l'éreuthophobie et les obsessions en général. L'obsession est une « maladie de l'émotivité » mais ce qu'est au juste cette émotivité demeure incertain et l'éreuthophobie semble ainsi perdre un peu de son statut particulier dans ce débat.

Le débat sur l'éreuthophobie est donc en premier lieu *instrumental* : l'éreuthophobie est d'abord soulevée par Pitres et Régis pour démontrer la nature émotive des obsessions et imposer une vision naturalisée de l'émotion.

b. Stigmates de la dégénérescence, symptômes de la neurasthénie, ou obsessions autonomes ?

Par ailleurs, dans cette seconde moitié des années 1890, les obsessions – dont l'éreuthophobie est l'une des manifestations particulières – sont au point de vue nosographique dans une période de transition. Alors qu'elles tendent depuis une dizaine d'années à être rattachées soit à la dégénérescence soit à la neurasthénie, les travaux de plusieurs chercheurs, parmi lesquels ceux de Pitres et Régis 1897, mais aussi ceux de Freud 1895 et Janet 1903, poussent dans le sens d'en faire une entité morbide indépendante²⁴¹. Ces tensions nosographiques se reflètent dans les discussions autour de l'éreuthophobie.

Valentin Magnan, le continuateur et promoteur de la théorie de la dégénérescence dans le dernier quart du siècle, classe les obsessions et les impulsions dans la catégorie de la « folie des dégénérés »²⁴². Les obsessions et les impulsions sont d'après lui les « stigmates

L'article facilite en effet leurs dénégations en leur attribuant diplomatiquement une adhésion très modérée à ladite théorie.

239 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie (note additionnelle) », art cit, p. 183.

240 *Ibid.*, p. 183.

241 BERRIOS G.E., *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, op. cit., p. 173.

242 BERRIOS G.E., « Obsessive-Compulsive Disorder: Its Conceptual History in France during the 19th

psychiques » de la dégénérescence : les symptômes de la perte d'interdépendance fonctionnelle au sein du cerveau, signe du défaut d'équilibre entre les facultés morales et intellectuelles qui caractérise les dégénérés (qui sont précisément des « déséquilibrés »), et qui explique la coexistence d'idées pathologiques et d'idées normales chez un même individu²⁴³. C'est donc en France et en particulier chez les élèves de Magnan que l'on trouve logiquement l'application la plus rigoureuse de cette doctrine²⁴⁴. Ainsi Boucher reconnaissait-il dans la préoccupation de la rougeur de sa patiente l'une des multiples formes de la « tare héréditaire »²⁴⁵ – au même titre que la folie du doute, l'agoraphobie, la kleptomanie et tant d'autres – identifiée par son maître : ce n'est là rien d'autre qu'« un des symptômes changeants d'une hérédité névropathique morbide immuable. »²⁴⁶ Même son de cloche en 1897 chez Marcel Manheimer (alors interne de Magnan), qui confirme sans hésitation que le syndrome décrit par Pitres et Régis relève de l'« obsession des dégénérés »²⁴⁷. Et en effet les éléments ne manquent pas, dans l'hérédité des patients éreuthophobes, pour appuyer cette interprétation : la patiente de Boucher, par exemple, est née d'une mère nerveuse et impressionnable, a un frère « mal équilibré, extrêmement nerveux et sujet à des crises d'agitation » mort de la phtisie, une sœur très émotive, et deux filles « très nerveuses » qui ont « tendance à l'onanisme »²⁴⁸. L'autre grande option nosographique c'est la neurasthénie, à l'apogée de son succès scientifique et populaire en Europe au tournant du siècle, et qui recouvre alors dans le champ des névroses à peu près tout ce qui ne relève pas de l'hystérie. Ainsi les symptômes obsessionnels et plus particulièrement les phobies appartiennent à la symptomatologie neurasthénique décrite par Beard. Aussi, pour Friedlander la question ne fait aucun doute :

« Dans quelle maladie répandue trouve-t-on l'étiologie commune de l'hérédité, de la masturbation, de l'hyperesthésie sexuelle et l'hyperexcitabilité des centres vasomoteurs, de l'intolérance à l'alcool, etc ? Dans la neurasthénie. Et de la même manière qu'elle peut mener à la formation des phobies les plus diverses [...] qu'il ne viendrait à l'idée de personne de traiter comme des maladies indépendantes, on peut

Century », art cit, p. 287.

243 BERRIOS G.E., « Obsessional Disorders during the Nineteenth Century: Terminological and Classificatory Issues », art cit, p. 173.

244 Mais Popoff, par exemple, est également un émule de la théorie des obsessions comme signes de la dégénérescence.

245 BOUCHER L., « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », art cit, p. 304.

246 *Ibid.*, p. 307.

247 MANHEIMER M., « Peur obsédante de rougir », art cit, p. 58.

248 BOUCHER L., « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », art cit, p. 305.

assurément désigner l'érythrophobie comme n'étant rien d'autre qu'un symptôme de la neurasthénie. »²⁴⁹

Basile fait également de l'éreuthophobie une simple manifestation « de l'hystérie et de la neurasthénie »²⁵⁰. Le choix de l'une ou l'autre de ces deux options fournit immédiatement une explication pathogénique : si les éreuthophobes sont des dégénérés c'est qu'ils souffrent d'une atteinte cérébro-spinale, si ce sont des neurasthéniques c'est alors l'épuisement nerveux qui est en cause.

La troisième voie, qui est finalement la plus courante dans ce débat, consiste à n'adopter aucun de ces deux partis nosographiques et à laisser toutes les options ouvertes – dégénérescence, neurasthénie et quelquefois même hystérie – en les reléguant au statut de *terrain favorable*²⁵¹. Ce qui revient de manière implicite à faire de l'éreuthophobie un syndrome autonome, doté d'un mécanisme pathogénique propre fourni par la doctrine émotiviste qui tend à devenir dominante (l'émotivité morbide, l'angoisse) – ce qui correspond à la position que Pitres et Régis ont eux-mêmes largement contribué à populariser en France à partir de 1897. L'étiologie renvoyant au seul fait sur lequel tout le monde s'accorde : le rôle important de l'hérédité névropathique, autrement dit une version plus ou moins atténuée de la théorie de la dégénérescence qui permet de rendre compte du constat qu'il existe de véritables familles « d'individus nerveux, psychopathes, timides et enclins à rougir »²⁵², sans adopter une position trop strictement déterministe. Ainsi Pitres et Régis notent-ils au sujet de leurs huit patients éreuthophobes :

« Tous avaient des nerveux, des alcooliques ou des tuberculeux dans leur famille. Tous avaient dans leurs ascendants ou leur collatéraux des individus timides et enclins à rougir. A part la femme, entachée d'hystérie, tous étaient des neurasthéniques constitutionnels, quelques-uns, en plus, des dégénérés à stigmates. »²⁵³

Et Vespa assure dans sa revue de littérature que l'hérédité névropathique est la première cause prédisposante de l'éreuthophobie²⁵⁴.

249 FRIEDLÄNDER A., « Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie », *Neurologisches Centralblatt*, 1900, vol. 19, n° 20, p. 955-956.

250 BASILE G., « Contribuzione alla conoscenza dell'ereutofobia », art cit, p. 129.

251 Régnier, l'élève de Régis, note ainsi dans sa thèse que le terrain propice à l'apparition de la rougeur pathologique se retrouve chez « [...] toute la série des névropathes, de quelque catégorie qu'ils soient », neurasthéniques, dégénérés ou hystériques (RÉGNIER E.P.P., *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, op. cit., p. 54-57)

252 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 258.

253 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 7.

254 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 258.

Si les théories de la dégénérescence et de la neurasthénie forment le cadre théorique de référence de toute discussion sur les maladies nerveuses à la fin du XIX^e siècle, elle sont en quelque sorte à l'apogée de leur productivité scientifique et à la veille de leur déclin, mais c'est la troisième option de l'autonomisation des obsessions qui s'imposera bientôt dans l'ensemble de la psychiatrie. L'éreuthophobie émerge ainsi dans un moment où le champ des obsessions et des phobies, traversé par de multiples dynamiques est sur le point d'être nosographiquement reconfiguré. Les travaux de Pitres et Régis en particulier, avec ceux de Janet et de Freud, ont contribué à « sauver » les obsessions du marais neurasthénique en défendant leur indépendance nosographique. Si d'un point de vue rétrospectif l'œuvre de Pitres et Régis est la dernière grande œuvre « des études classiques des obsessions », ce « chant du cygne », comme l'appelle German Berrios,²⁵⁵ aura toutefois alors bien plus d'influence sur les psychiatres français que les travaux de Janet et a fortiori ceux de Freud.

2.3.3. Les limites du débat sur l'éreuthophobie

Suivant à nouveau une analyse (de la théorie janétienne) proposée par Pierre-Henri Castel, nous examinerons maintenant deux caractéristiques de la manière dont est appréhendée l'éreuthophobie, à savoir la centralité du discours des patients dans l'analyse psychologique et le problème posé par la thérapie de ce syndrome, afin de faire ressortir ce qui distingue radicalement la manière de poser le problème au cours de ces années et l'approche de la question par Janet en 1903.

a. L'éreuthophobe au pied de la lettre

Dans le contexte institutionnel de la consultation de ville et face à des maladies éminemment subjectives telles que le sont les troubles nerveux, n'offrant qu'une symptomatologie objective minimale et dont les symptômes subjectifs ne peuvent être connus que par le récit qu'en fait le patient, les psychiatres sont, plus encore qu'ailleurs, clairement dépendants de la parole de leurs malades. Les obsessions, et donc l'éreuthophobie, accentuent encore cette dépendance dans la mesure où le mal est tellement mental (et autoréférentiel) qu'il peut demeurer inconnu de l'entourage même de la personne pendant des années²⁵⁶. Les « autosographies » spontanées et souvent

255 G.E. Berrios, « Obsessional disorders during the nineteenth century: terminological and classificatory issues », art cit, p. 185-note 102.

256 La consultation du médecin est souvent pour le malade l'occasion de confier son mal à quelqu'un pour la première fois (comme l'indiquent Régnier, Pitres et Régis, Vaschide, etc.)

volumineuses – dont von N. donnait le prototype –, dans lesquelles les malades recensent leurs antécédents, l'historique de leurs maux, font la liste de leurs symptômes physiques et psychiques, indiquent les facteurs qui les favorisent, etc., sont un moyen dont les patients se servent régulièrement pour consulter le médecin²⁵⁷ (cette tendance s'accroît d'autant plus lorsqu'il s'agit d'étudiants en médecine, ce qui n'est pas rare, pour des raisons d'accessibilité évidentes). Et le volume textuel occupé par la reproduction de ces lettres des malades dans la littérature sur l'éreuthophobie (le plus souvent reproduites en totalité, elles composent dans certains cas pour le tiers, voire la moitié de l'article) reflète l'importance considérable que les médecins tendent à accorder au précieux témoignage du patient. Cette tendance est d'autant plus forte que les psychiatres rencontrent chez les éreuthophobes un certain nombre de patients « très intelligent[s] »²⁵⁸, très capables et très prompts à analyser leurs tourments dans les moindres détails et à en fournir des explications élaborées. Une sorte de dialectique s'installe ainsi entre un médecin avide de comprendre ce phénomène si bizarre et absurde, et un malade qui ne demande qu'à parler de ses tourments et le fait en outre avec une justesse expressive, soulignée par Castel²⁵⁹, et sous une forme qui va parfois jusqu'à calquer l'écriture médicale. Insensiblement, les psychiatres en viennent bien souvent à adopter les analyses psychologiques de leurs patients. Ainsi Bekhterev, dès qu'il ne parle plus de neurologie se contente presque de paraphraser ses patients, et lorsque Pitres et Régis voient dans ce qu'écrit l'un de leurs patients « qui s'est analysé avec une très rare pénétration [...] une confirmation complète, absolue de notre manière de voir »²⁶⁰, on peut se demander si c'est le discours du patient qui confirme celui du psychiatre ou l'inverse. Ainsi, explique Castel, la psychologie des obsessions pré-janétienne tend à rester prisonnière des récits subjectifs des malades et à tomber dans ce paradoxe épistémologique qu'à trop accorder de crédit au récit de patients obsessionnels cultivés et intelligents « la chose à expliquer devient la chose qui explique »²⁶¹. L'approche psychogénétique des névroses représentée par Janet et Freud en particulier au tournant du siècle consistera notamment à introduire une distance critique

257 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 259. Contrairement à ce qu'affirme Janet au sujet des abouliques, catégorie dans laquelle il intègre les éreuthophobes, ces derniers sont bien des adeptes de la « feuille de papier légendaire du neurasthénique » (JANET P., « La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante », art cit, p. 341)

258 RÉGNIER E.P.P., *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, op. cit., p. 106.

259 CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 378.

260 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie (note additionnelle) », art cit, p. 186.

261 CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 378.

dans l'écoute des névrosés.

b. Pessimisme thérapeutique

Une seconde caractéristique qui ancre le débat sur l'éreuthophobie dans le paradigme de la première psychiatrie moderne est le problème thérapeutique. La question de la cure de l'éreuthophobie n'est jamais thématisée dans cette littérature, mais elle n'en est pas moins hautement problématique et symptomatique des tensions épistémologiques qui conduisent au changement de paradigme dans la théorisation des névroses à la fin du XIX^e siècle. Elle semble à première vue relativement simple. Le consensus est en effet quasi-total sur la centralité du traitement psychothérapeutique dans la cure de l'éreuthophobie. Si quelques-uns recommandent un traitement qui soit d'une part "moral" et d'autre part somatique²⁶², la plupart sont convaincus que la psychothérapie « doit jouer un rôle majeur dans le traitement »²⁶³, que la cure « devra être entièrement psychique »²⁶⁴ et que les sédatifs habituels ne sont sans doute pas inutiles mais au seul titre d'adjuvants²⁶⁵. Là où le bât blesse c'est que, d'une part, ce que devrait être ladite psychothérapie et d'autre part – et surtout – l'efficacité de la cure sont loin d'être une affaire entendue.

Tout d'abord, les auteurs sont peu disert sur le contenu précis de ce traitement moral qu'ils s'empressent de recommander et les avis divergent quant à sa nature. Vespa, qui exprime le jugement le plus tranché en faveur de la psychothérapie et n'en dit pas un traître mot, est un cas extrême, mais les autres évacuent souvent la question assez rapidement. Toute la gamme des traitements moraux de la fin du XIX^e siècle est évoquée. L'hypnose, régulièrement réclamée par les patients eux-mêmes²⁶⁶, est jugée efficace dans quelques cas (Friedlander, Manheimer) mais bien plus souvent elle est considérée comme

262 BRETON A., « Un cas d'éreuthophobie obsédante », art cit, p. 1184.; MANHEIMER M., « Peur obsédante de rougir », art cit, p. 58.

263 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 391.

264 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 263.

265 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 391. Il s'agit dans la plupart des cas des médications éprouvées des maladies nerveuses en général : usage des toniques (fer) et des sédatifs (bromure, codéine), interdiction des excitants (alcool), recommandation de l'exercice physique, des bains, de l'électricité. Dans sa thèse, Régnier, qui s'étend un peu plus sur la question, suggère d'essayer aussi des traitements « moins banals » tels que l'application de pointes de feu sur la colonne vertébrale, la flagellation avec des orties ou les pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle sur le rachis (RÉGNIER E.P.P., *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, op. cit., p. 79)

266 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 386, 388.; CLAPARÈDE E., « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », art cit, p. 317. ; VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 256.

impossible à mettre en place avec ce type de patients²⁶⁷ – rejoignant le constat assez largement partagé à l'époque selon lequel les obsessionnels, contrairement aux hystériques dont c'est un trait distinctif, ne sont pas hypnotisables. L'alternative, la suggestion à l'état de veille, est ainsi évoquée comme méthode à employer avec ces éreuthophobes tenaces²⁶⁸ ; Vespa note aussi que les patients sont « extrêmement sensibles à l'action de la suggestion ordinaire, au réconfort moral du médecin »²⁶⁹, et Brassert souligne que « c'est le fait de parler qui fait du bien ». Breton évoque lui une forme de traitement persuasif qui, faisant « appel à [la] raison et à [la] volonté » de la malade, vise à la convaincre de « l'inanité de ses craintes [et] de ses peines »²⁷⁰ ; méthode que Régnier jugeait à l'inverse probablement inutile²⁷¹. Enfin, puisque la présence d'un terrain héréditaire chez les éreuthophobes est largement admis, on trouve inévitablement des recommandations prophylactiques : visant soit à « atténuer de bonne heure la prédisposition [névropathique à la timidité et au rougissement] »²⁷², soit à éviter l'aggravation de l'état²⁷³. Cette sorte de catalogue approximatif et contradictoire de procédés psychothérapeutiques, confère l'impression que les psychiatres ne sont pas beaucoup plus équipés (ni plus intéressés) qu'un ami de bon conseil ou un parent éclairé pour venir au secours de leurs patients éreuthophobes.

Et en effet, dans leur grande majorité les psychiatres jugent que l'éreuthophobie ne peut être soignée. Une bonne partie des articles de ce corpus juge ainsi qu'il s'agit là d'un phénomène fort intéressant d'un point de vue psychopathologique, mais « désespérant au point de vue d'une guérison radicale »²⁷⁴. Pitres et Régis sont en ce sens exemplaires dans le rôle des savants résignés à leur impuissance : à l'exception d'une malade présentant des symptômes hystériques chez qui la suggestion semble avoir eu un peu d'effet : « [c]hez nos autres malades qui étaient ou neurasthéniques ou dégénérés, nous ne sommes arrivés à

267 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 391. ; RÉGNIER E.P.P., *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, op. cit., p. 79. ; VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 264.

268 BASILE G., « Contribuzione alla conoscenza dell'ereutofobia », art cit, p. 137.

269 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 263.

270 BRETON A., « Un cas d'éreutrophobie obsédante », art cit, p. 1184.

271 RÉGNIER E.P.P., *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, op. cit., p. 78.

272 En développant chez les enfants prédisposés « la force de résistance », en les éduquant « au calme et l'empire de soi face aux péripéties de l'existence », en les protégeant des « fortes émotions » et en surveillant « les éventuelles perversions de l'instinct génital » (VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 264.

273 En évitant le mariage chez les jeunes filles prédisposées, par exemple. (BOUCHER L., « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », art cit, p. 307)

274 BRETON A., « Un cas d'éreutrophobie obsédante », art cit, p. 1184.

rien et ils semblent voués à perpétuité à leur torture morale »²⁷⁵. L'idée que l'éreuthophobie est l'« une des maladies les plus rétives à l'action du médecin »²⁷⁶ fait l'unanimité²⁷⁷. Cette résistance au traitement étant parfois attribuée, avec une exaspération à peine voilée, à la tendance des « névropathes à aliéner leur volonté plus que le nécessitent et leur intérêt et celui du médecin »²⁷⁸ – autrement dit à leur mauvaise volonté. Les très rares résultats optimistes (tels qu'avancés par Manheimer qui affirme avoir complètement guéri son patient en l'espace de trois mois²⁷⁹) obtenus par les traitements classiques sont tempérés par ce constat que les améliorations ne sont qu'une illusion résultant de l'effet temporaire de la suggestion et d'une absence de suivi des patients sur le long terme, comme le note Brassert²⁸⁰. Et en effet il n'est pas rare que les médecins ignorent tout à fait l'issue du traitement qu'ils ont entrepris, étant demeurés sans nouvelles de leurs malades.

Ce pessimisme thérapeutique qui reflète la relative impuissance des psychiatres face à l'éreuthophobie, comme face aux obsessions en général, est à l'image des limites et des apories de la doctrine des névroses fonctionnelles. D'une part, la théorie de la dégénérescence qui constitue dans ses différentes déclinaisons le fond étiologique le plus couramment admis constitue à la fois une impasse thérapeutique et la justification de cet échec. D'autre part, la « suggestion », au cœur de ce qu'on appelle psychothérapie à l'époque, est critiquée par certains (tels que Janet ou Freud) comme une notion extrêmement vaste et donc psychologiquement imprécise, en même temps qu'un scepticisme croissant s'exprime quant à la précarité de ses effets²⁸¹.

Dans ce pessimisme ambiant, l'article de Claparède, qui clôt d'une certaine manière cette saison de l'éreuthophobie, marque du point de vue thérapeutique le début d'une rupture avec le paradigme qui la régit. « [II] ne faut pas désespérer du traitement de l'éreuthophobie, même lorsque celle-ci est assez intense pour faire songer au suicide »²⁸², affirme-t-il, en inaugurant dans la clinique de l'éreuthophobie une psychothérapie qui n'est plus synonyme de suggestion sous la forme d'une application de la cure « psycho-

275 PITRES A. et RÉGIS E., « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 14.

276 BASILE G., « Contribuzione alla conoscenza dell'ereutophobia », art cit, p. 137.

277 VESPA B., « Contributo allo studio dell'ereutofobia », art cit, p. 263.; POPOFF N.M., « Un cas d'érythrophobie », art cit..

278 FRIEDLÄNDER A., « Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie », art cit, p. 957.

279 MANHEIMER M., « Peur obsédante de rougir », art cit, p. 58.

280 BRASSERT H., « Ueber Erröthungsangst », art cit, p. 870.

281 V. chapitre 4 dans CARROY Jacqueline, *Hypnose, suggestion et psychologie*, Paris, PUF, 1991, 269 p.

282 CLAPARÈDE E., « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreutophobia », art cit, p. 332.

cathartique » de Breuer et Freud (*Etudes sur l'hystérie*, 1895), agissant par dissociation progressive des associations d'idées pathogènes. Cette cure d'un cas d'éreuthophobie qui présente la particularité d'avoir « germ[é] et fleur[i] sur un terrain nullement dégénéré »²⁸³, permet au médecin et psychologue genevois d'affirmer que ce trouble « peut se développer sous forme d'association idéo-émotive isolée, chez un individu d'ailleurs normal »²⁸⁴, autrement dit d'envisager qu'il repose non une émotivité innée²⁸⁵ mais *exclusivement sur un mécanisme psychopathologique*. Sans rejeter le paradigme des névropathes héréditaires, Claparède se fait l'écho du paradigme des psychonévroses, qui émerge alors, et dont Freud et Janet sont les plus importants représentants.

*

L'éreuthophobie, Erröthungsangst, erythrophobie, a ainsi émergé en tant que type d'obsession dans un moment où le champ des troubles obsessionnels est le sujet de vives discussions et en voie de reconfiguration. Dans le cadre de l'opposition entre émotivistes et intellectualistes, et alors que les premières ont un nombre croissant de partisans, Pitres et Régis, eux-mêmes grands défenseurs de cette position, font de l'éreuthophobie un argument en faveur de leur vision émotiviste particulière des obsessions. C'est en particulier autour de leur proposition que va s'articuler le débat sur l'éreuthophobie.

Si Pitres et Régis font partie, avec Janet et Freud, de ceux qui défendent l'option nosographique qui s'imposera dans la décennie suivante, à savoir l'autonomie des obsessions, leur manière de penser l'émotion en la naturalisant, la place qu'ils accordent à l'hérédité nerveuse et leur impuissance thérapeutique reflètent parfaitement le paradigme dans lequel s'inscrit tout le débat sur l'éreuthophobie et qui est celui de la première psychiatrie moderne. En ce sens, l'éreuthophobie est un produit du paradigme classique des névroses (comme névropathies). La psychologisation particulière des obsessions opérée par Janet va fournir la possibilité d'un retournement complet dans la conceptualisation de l'éreuthophobie, ce que nous allons maintenant voir.

283 *Ibid.*, p. 318.

284 *Ibid.*, p. 319.

285 *Ibid.*, p. 327.

3. De l'éreuthophobie à la phobie sociale : Janet et la psychasthénie

En 1903, au détour de son monumental ouvrage *Les Obsessions et la psychasthénie*, le psychologue et médecin Pierre Janet (1859-1947), introduit un changement radical de perspective sur le problème de l'éreuthophobie. Contrairement à la manière dont la question a été abordée jusqu'alors, ce qui lui apparaît comme central dans ce syndrome, ce qui génère l'angoisse du malade, ce n'est pas la rougeur du visage mais « la perception d'une situation morale et surtout d'une situation sociale. »²⁸⁶ L'éreuthophobie n'est pas l'exaspération de l'écho mental d'un phénomène vasomoteur, comme la décrivent Pitres et Régis ou Hartenberg. La rougeur du visage n'a, en tant que telle, que peu d'importance dans ce trouble : elle n'y joue que « le rôle d'un prétexte pour justifier une angoisse dont l'origine est plus profonde »²⁸⁷. La preuve en est qu'on peut fort bien être éreuthophobe sans pourtant jamais rougir affirme-t-il – reprenant une remarque qu'il avait déjà faite en 1901, comme Benedikt et Casper avant lui. En outre, souligne-t-il encore, l'obsession de la rougeur se transforme souvent – devenant chez celui-ci une obsession ayant trait à une moustache précoce, chez cet autre une obsession du bégaiement – c'est donc que la rougeur du visage n'est pas le trait essentiel sur lequel l'analyse doit se fonder. Mais en 1903 Janet ajoute un élément essentiel à ces réflexions sur l'éreuthophobie lorsqu'il affirme que *le caractère essentiel de l'éreuthophobie c'est « le sentiment d'être devant les hommes »*²⁸⁸. Être soumis au regard d'autrui : voilà la source des souffrances des éreuthophobes. L'énoncé de ce fait n'a en soi rien de révolutionnaire : on se rappelle que tous les patients décrits au cours des dernières années soulignent que leurs souffrances se manifestent en contexte social – lors des dîners mondains, quand ils rencontrent une personne dans la rue, etc. – et qu'ils ne trouvent de soulagement que dans la solitude. Là où Janet innove c'est en tirant des conséquences nosographiques de ce constat : si c'est avant tout leur caractère éminemment social qui détermine ces manifestations morbides, alors l'éreuthophobie ne doit pas être pensée de manière différente que d'autres angoisses qui présentent également ce caractère fondamental. Comme celle de ce malade qui a peur de bégayer en présence d'étrangers ; ou de cet autre qui est obsédé par la crainte qu'on remarque la cicatrice qu'il a sur son nez ; ou encore de celui-là angoissé par une soi-disant

286 JANET Pierre, *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, Paris, Félix Alcan, 1903, p. 206.

287 *Ibid.*, p. 209.

288 *Ibid.*, p. 210.

paralysie des lèvres qui l'empêcherait de sourire naturellement et de tous les « dysmorphophobiques » décrits par Morselli (1891), convaincus de la difformité de leur front, de leur nez, de leurs jambes, des proportions de leur corps, des directions de leurs membres, etc.²⁸⁹ ; ou encore cette femme terrorisée à l'idée de faire classe devant des enfants. Toutes ces obsessions sont d'après Janet liées entre elles par « le fait d'avoir à agir en public » et il est dès lors justifié de parler de « phobies sociales » ou « phobies de la société »²⁹⁰. Avec la proposition du concept de phobies sociales Janet marque, par rapport au débat autour de l'éreuthophobie, un changement radical de perspective qui se fonde sur un changement de paradigme : sa théorie psychologique de la « psychasthénie ».

Après s'être intéressé en psychologue-philosophe à l'étude de l'automatisme psychologique (titre de sa thèse de lettre soutenue en 1889), puis avoir entrepris des études de médecine, sous la direction de Charcot, consacrées à la psychologie des hystériques (1893), Pierre Janet (1859-1947) développe à partir de 1901, sur la base de cette double formation peu commune, une théorie exposée dans la longueur dans son double ouvrage *Les Obsessions et la psychasthénie* (1903). « Psychasthénie » est un terme que Janet propose pour désigner un ensemble de troubles décrits jusqu'alors le plus souvent de manière indépendante (comme nous l'avons vu précédemment) et dont le rapprochement permet selon lui une meilleure compréhension : les obsessions, les impulsions, les délires de contact, les angoisses, mais également les différentes neurasthénies, la névropathie cérébro-cardiaque, etc. Elle doit ainsi constituer, à côté de l'hystérie et de l'épilepsie, une nouvelle grande *psycho-névrose*. Ce qui nous intéresse ici c'est de voir comment, avec la théorie de la psychasthénie, Janet dépasse la double opposition qui a structuré le débat sur les obsessions jusqu'alors et dont on a vu qu'elle déterminait par conséquent l'approche de l'éreuthophobie : d'une part, l'opposition des théories émotivistes aux théories intellectualistes, et, d'autre part, le rattachement des obsessions à la dégénérescence pour les uns et à la neurasthénie pour les autres. L'émancipation – même partielle – de ce cadre épistémologique permet à Janet de remettre à plat la question de l'éreuthophobie. Nous suggérerons enfin, en nous fondant sur l'interprétation qu'en propose Pierre-Henri Castel, que la conception du psychisme qui sous-tend la psychasthénie et qui en fait une « névrose de relation » est pour beaucoup dans l'émergence du concept de phobies sociales chez Janet.

289 MORSELLI E., « La dismorfofobia e la tafefobia », art cit.

290 JANET P., *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, op. cit., p. 210.

3.1. Dépasser émotivisme et intellectualisme

Le débat sur la nature du trouble primaire des obsessions a principalement été structuré par l'opposition des théories intellectualistes et des théories émotivistes, quoique ces dernières, tendent à devenir dominantes au tournant du siècle. Janet refuse toutefois de prendre un parti ou l'autre : d'après lui, l'argument psychologique demeure d'un côté comme de l'autre trop vague, trop général. Les partisans de la vision intellectualiste des idées obsédantes, tout d'abord, ne prennent jamais la peine de définir précisément en quoi consiste ledit trouble intellectuel (s'agit-il de l'idée en elle-même, des ruminations, des troubles de l'attention ?). Mais surtout l'argument d'une idée obsédante comme trouble primitif ne tient pas d'un point de vue psychologique : comment une idée, qui est déjà en soi un phénomène psychologique complexe, pourrait-elle naître et s'enraciner chez un individu en l'absence de troubles psychologiques antérieurs, demande-t-il²⁹¹ ? Les théories émotionnelles, telles qu'elles sont représentées par Pitres et Régis dans leur monographie de 1897, présentent ainsi selon Janet un progrès indéniable. Cependant, outre le flou qui entoure la notion d'émotion en psychologie, d'après lui, l'application par les psychiatres bordelais de la théorie de l'émotion de James et de Lange – qui est déjà discutable en elle-même – aux obsessions est hautement problématique. Si l'émotion n'est rien d'autre que la conscience des phénomènes viscéraux, explique Janet, il devient impossible de distinguer entre l'émotion morbide de l'obsédé et l'émotion normale, ou même les réactions viscérales qui accompagnent certaines pathologies organiques (comme la phtisie), ou encore les réactions viscérales dénuées d'angoisse qu'on rencontre dans d'autres maladies nerveuses (telles que l'hystérie). L'émotion ainsi définie *ne permet pas de caractériser le phénomène obsessionnel*. En outre, nombre d'obsessions semblent exclusivement intellectuelles et parfaitement exemptes de troubles émotionnels (les ruminations mentales notamment). Comme le souligne Castel, il y a dans l'opposition stérile entre émotivistes et intellectualistes une forme de « naïveté psychologique » qui est la conséquence d'un double travers de la psychiatrie de l'époque qui fait trop vite l'économie d'une description psychologique rigoureuse. D'une part, en réduisant les phénomènes psychiques à des épiphénomènes des phénomènes organiques²⁹²,

291 *Ibid.*, p. 451-2.

292 « L'aliéniste en passant trop tôt à la considération exclusive de ces réactions viscérales qui sont banales et à peu près les mêmes dans toutes sortes de maladies me semble avoir abandonné trop tôt son domaine et ne plus pouvoir trouver les phénomènes proprement cérébraux qui caractérisent et distinguent les maladies les unes des autres. » (*Ibid.*, p. 465)

et d'autre part, en se contentant d'être « le secrétaire obéissant » du patient, lui laissant la responsabilité de la description psychologique²⁹³.

Nous avons vu combien la littérature sur l'éreuthophobie demeurerait subordonnée aux explications fournies par les malades eux-mêmes. Et puisque la parole du patient est prise au pied de la lettre, on commet « une erreur de méthode malheureusement bien commune en psychiatrie » qui consiste à supposer que la présence de certains phénomènes – organiques – est exigée par la théorie et de présupposer leur existence car leur absence rendrait le vécu subjectif des patients incompréhensible²⁹⁴. L'approche de Janet est au contraire caractérisée par une forte mise à distance du discours des patients. Si Bekhterev n'a jamais vu son patient rougir, il le croit néanmoins sur parole quand celui-ci affirme s'être empourpré à de multiples reprises dans sa salle d'attente. Janet tranche : les éreuthophobes « pensent avoir remarqué » qu'ils rougissent souvent, mais rien n'est moins sûr ! Cette distance que pose le psychologue vis-à-vis du discours des névrosés, et qui confine parfois au mépris²⁹⁵, est essentielle pour changer de perspective sur les obsessions. Et accessoirement, si l'éreuthophobie n'est pas l'écho dans la conscience d'une modification viscérale, alors elle est entièrement à réexpliquer. Pour s'extraire de ce débat qui tourne en rond, une théorie « un peu plus précise et un peu plus complète » est nécessaire, et Janet se propose de mettre en évidence le phénomène morbide essentiel dans la psychasthénie, qui permet d'expliquer aussi bien les obsessions émotives qu'intellectuelles et que l'angoisse elle-même²⁹⁶. Il s'appuie pour cela sur son abondante expérience clinique et sa capacité d'élaboration théorique de philosophe.

3.2. Vers une étiologie psychologique des obsessions

« Psychasthénie » est un terme que Janet utilise depuis déjà une dizaine d'années. Sur le modèle de « neurasthénie », qui indiquait que le symptôme central de la maladie était l'épuisement (asthénie) nerveux, la psychasthénie signifie que *l'affaiblissement psychologique* constitue le trouble élémentaire de cet ensemble de symptômes. Le terme présente en outre cet avantage, explique Janet, de ne pas prendre position quant à savoir si

293 CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 378.

294 JANET P., *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, op. cit., p. 468-469.

295 « Ils ont des manies *de se dire, de se croire, de se montrer* en proie à des tentations et ils ont des manières de lutter désespérément contre une impulsion *qu'ils inventent*. Ce qui serait une preuve d'énergie ce serait de cesser ce combat *grotesque* et de penser à autre chose et c'est ce qu'ils ne peuvent pas faire » (nous soulignons) *Ibid.*, p. 342.

296 *Ibid.*, p. 469.

les obsessions sont une dégénérescence ou une forme de la neurasthénie²⁹⁷. Sur la question de l'étiologie, Janet demeure en effet prudent : « la modification anatomique à laquelle on pourrait rattacher les accidents psychasthéniques, la nature intime du trouble qui les produit nous échappe »²⁹⁸ (son étude de l'étiologie n'entend pas être plus que « fort vague »). Si l'observation récurrente de familles de neurasthéniques pousse Janet à maintenir l'hérédité parmi les causes étiologiques ultimes, il est bien plus réticent sur la question de la dégénérescence (un mot dont on a « singulièrement abusé » dit-il²⁹⁹). Surtout, *elle ne constitue pas une explication suffisante* : toute la sémiologie du trouble, sa genèse et ses dérivations sont à expliquer *psychologiquement*. Rappelons que chez Freud au même moment, le passage du paradigme des névropathies à celui des psychonévroses, c'est-à-dire à une théorie psychologique des névroses se fait de la même manière, sur la base, d'une part, du constat d'une ignorance de leurs causes organiques (après plusieurs décennies d'hypothèses jamais corroborées), et d'autre part, de la conviction qu'une meilleure compréhension de la dimension psychique des névroses peut grandement contribuer à leur compréhension et à leur cure (l'hypnose et les cures de la neurasthénie ayant contribué à faire apparaître la dimension psychique de l'efficacité thérapeutique).

La théorie janétienne est donc une théorie essentiellement *psychologique* des névroses. La théorie pathogénique de Janet est la suivante : le trouble fondamental de la neurasthénie est *l'affaiblissement de la tension psychologique*, celui-ci provoque une altération hiérarchisée des fonctions psychiques³⁰⁰. Par « tension psychologique » Janet entend la réunion de la synthèse mentale et de la concentration d'un grand nombre de faits de conscience³⁰¹. L'effet de l'abaissement de cette tension sur le fonctionnement psychique est expliqué par une métaphore électrique typique de l'époque : de même que des niveaux différents de tension électrique sont nécessaires pour allumer une ampoule et pour faire fonctionner une machine, différents degrés de tension psychologique sont nécessaires pour accomplir des opérations psychologiques de complexité variable. L'opération la plus complexe est donc celle qui requiert le plus grande tension psychique et elle est, par conséquent, la première à être atteinte lorsque cette dernière baisse. Or d'après Janet,

297 *Ibid.*, p. 470-471.

298 *Ibid.*, p. 606.

299 *Ibid.*, p. 454.

300 Les fonctions les plus complexes et donc le plus récemment acquises sont celles qui disparaissent en premier, les plus primitives en dernier.

301 JANET P., *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, *op. cit.*, p. 495.

l'opération qui disparaît le plus vite et le plus souvent chez les psychasthéniques – l'opération mentale la plus élaborée de la vie psychique – est ce qu'il appelle la « fonction du réel ». Le point commun à tous les symptômes psychasthéniques est donc la *perte de cette fonction du réel*, c'est-à-dire de la capacité « [d']appréhension de la réalité sous toutes ses formes », l'« attention à la vie présente dont parle M. Bergson »³⁰². La capacité à agir sur les objets extérieurs, l'attention qui permet de se représenter les choses comme réelles, le sentiment de notre propre unité, la jouissance du moment présent, etc. voilà ce qui, selon lui, est systématiquement atteint chez les psychasthéniques. C'est cette atteinte primaire de la conscience qui est à l'origine des innombrables symptômes abouliques relevés par Janet³⁰³, et tous les autres symptômes dérivent de cette atteinte primitive. On comprend mieux l'écart entre les précédentes théories des obsessions et la théorie psychasthénique de Janet : en faisant des obsessions une psychonévrose, Janet en fait un *trouble fondamental de la conscience*. Or ce changement de perspective a des répercussions sur le cas particulier de l'éreuthophobie, qui ne tiennent pas qu'à la psychologisation de la pathogénie des obsessions mais également au caractère particulièrement *social* de cette fonction du réel.

3.3. La psychasthénie comme « névrose de relation »

Cette fonction du réel qui se voit accorder un rôle absolument prépondérant dans la vie psychique se manifeste sous différentes formes. La première de ces manifestations est l'action volontaire qui permet d'agir sur et de transformer le réel. Or, explique Janet :

« Cette action volontaire présente elle-même différents degrés de difficulté. Au point de vue de son objet, il semble qu'elle devient plus difficile quand elle est sociale, quand elle doit s'exercer non seulement sur le milieu physique mais encore sur le milieu social dans lequel nous sommes plongés. »³⁰⁴

Ainsi, dans la représentation de l'esprit de Janet, les relations sociales, le rapport à l'autre présentent le plus haut degré de complexité³⁰⁵. *Agir devant autrui*, voilà ce qui requiert le maximum de tension psychologique. Aussi « l'aboulie sociale » est-elle une caractéristique de la psychasthénie : « Cette inhibition ou mieux cette disparition de l'acte volontaire en présence des hommes [...] joue un rôle énorme chez presque tous les

302 *Ibid.*, p. 477.

303 *Ibid.*, p. 477-481.

304 *Ibid.*, p. 477.

305 *Ibid.*, p. 347.

malades psychasthéniques »³⁰⁶ :

« Ne pas pouvoir jouer du piano devant des témoins, ne plus pouvoir travailler si on vous regarde, ne plus pouvoir même marcher dans un salon et surtout ne plus pouvoir parler devant quelqu'un, avoir la voix rauque, aiguë ou rester aphone, ne plus trouver une seule pensée à exprimer quand on savait si bien auparavant ce qu'il fallait dire, c'est le sort commun de toutes ces personnes, c'est l'histoire banale qu'ils racontent tous. »³⁰⁷

Les actes sociaux, propulsés au sommet de la hiérarchie psychologique deviennent les premiers supprimés par l'abaissement de la tension psychologique, aussi tous les symptômes des psychasthéniques se manifestent-ils *en présence d'autrui*, ce qui conduit Castel à qualifier la psychasthénie, et plus particulièrement la conception janétienne des obsessions, de « névrose de relation ». Castel propose avec cette expression une hypothèse intéressante concernant l'élaboration de cette conception interindividuelle de l'obsession : celle-ci serait le produit de la pratique psychothérapeutique de Janet et de sa perception de l'existence d'un « lien substantiel » entre les symptômes psychasthéniques et le type de rapport thérapeutique qui se met en place entre l'obsessionnel et le thérapeute³⁰⁸. La nouveauté janétienne consisterait ainsi à avoir :

« [sorti] la psychasthénie, en tant qu'état d'esprit, de la tête des gens [pour] la réinscrire dans une dynamique de la relation tendue et difficile au Réel et à l'Autre »³⁰⁹. Les obsessions janétiennes ne sont pas le produit d'une anomalie inscrite dans le seul individu (par la dégénérescence, l'émotivité morbide, etc.) : elle existent « en relation à un dehors social »³¹⁰.

Pour en revenir à la question de l'éreuthophobie, on peut maintenant mesurer la distance qui sépare la notion janétienne de « phobies sociales » du simple fait de noter que l'une des caractéristiques principales de ce trouble est de se produire *en présence d'autrui* – comme Bekhterev qui disait de ses patients « [qu']*en dehors de la société* ils n'auraient

306 *Ibid.*, p. 345.

307 *Ibid.*, p. 346.

308 Le « besoin de direction » permanent des obsessionnels, le rapport de dépendance au médecin, dont le malade ne veut pour rien au monde s'émanciper, dont Janet fait le constat n'est rien d'autre que l'écho de leur impossibilité à entretenir un rapport interpersonnel normal. Chez le psychasthénique soit l'autre n'existe pas, soit « il devient tout ». CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, *op. cit.*, p. 376.

309 *Ibid.*, p. 379.

310 *Ibid.*, p. 378.

aucune raison de se plaindre de leur état »³¹¹. Car pour Bekhterev comme pour la majorité des auteurs, la situation sociale n'est que le *facteur déclenchant* d'une « émotivité anxieuse »³¹², la « circonstance donnée » dans laquelle se manifeste « l'une des formes de l'angoisse pathologique »³¹³. Elle n'a pas, en tant que telle de signification psychologique. Tandis que chez Janet le caractère *social, interpersonnel* de la manifestation de l'éreuthophobie, le « sentiment d'être devant les hommes »³¹⁴, fait directement écho à l'aboulie sociale des psychasthéniques, c'est-à-dire à l'expression de l'échec d'une fonction psychique élaborée. C'est en conférant à cette aboulie sociale un sens fondateur, en en faisant la première des manifestations du trouble élémentaire de la psychasthénie (la perte de la fonction du réel) que Janet peut opérer ce réagencement nosographique et identifier au cœur de l'éreuthophobie une dynamique psychique (l'impossibilité d'agir devant autrui) qui permet de mettre sur le même plan éreuthophobie, dysmorphophobie, etc. en renvoyant au second plan le contenu de l'idée obsédante. En ce sens on pourrait considérer la phobie sociale comme la forme élémentaire de la psychasthénie janétienne prise comme névrose de relation.

*

Ainsi, le passage de l'éreuthophobie aux phobies sociales est accompli par Janet par un dépassement du débat sur la nature des obsessions dans laquelle l'éreuthophobie est enracinée. Ce dépassement se fait au travers de l'élaboration de sa théorie de la psychasthénie, qui prend ses distances avec la dichotomie étiologique opposant neurasthénie et dégénérescence, et s'émancipe d'une forme de psychologie simpliste, excessivement dépendante du récit des patients, qui surdétermine et limite le débat. Même si Janet demeure à certains égards inscrit dans le paradigme névropathique, il n'en est pas moins l'un des instigateurs du paradigme des psychonévroses. Sa psychasthénie est ainsi fondée sur un mécanisme entièrement psychopathologique et il la traite par une forme de psychothérapie extrêmement réfléchie qui s'interroge profondément sur la question du rapport entre le névrosé et son thérapeute³¹⁵. L'éreuthophobie, manifestation d'une émotivité morbide, devient ainsi une phobie sociale, manifestation d'une fonction

311 BECHTEREW W., « Neue Beobachtungen über die "Erröthungsangst" », art cit, p. 988.

312 HARTENBERG P., « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », art cit, p. 721.

313 BECHTEREW W., « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung », art cit, p. 388.

314 JANET P., *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, op. cit., p. 210.

315 CARROY J., *Hypnose, suggestion et psychologie*, op. cit., p. 212-219. ; CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 366-378.

psychologique dégradée.

Cependant, cette manière tout à fait nouvelle d'appréhender « l'éreuthophobie » semble n'avoir eu aucun écho dans l'immédiat. L'une des raisons à cela tient sans doute à la réception compliquée de l'œuvre de Janet par les psychiatres. En dépit de sa célébrité, Janet demeura en effet dans un relatif isolement théorique et institutionnel et ne fit jamais école³¹⁶. Aussi, si la théorie de la psychasthénie fut saluée et si certains éléments inspirèrent d'autres psychiatres, son raffinement abstrait, d'une part, ne favorisa pas son adoption par les médecins³¹⁷, et d'autre part, le succès parallèle de la catégorie nosographique de « névrose obsessionnelle » proposée par Freud contribua à limiter sa réception à la reconnaissance de sa richesse clinique et le terme de psychasthénie demeura par la suite plutôt comme synonyme du fond de personnalité des obsessionnels³¹⁸. En outre, d'après Castel, l'œuvre de Pitres et Régis sur les obsessions eut bien plus d'influence dans la psychiatrie française ultérieure que celle de Janet³¹⁹, ce qui ne peut qu'avoir contribué à la non-circulation du concept de « phobies sociales ». Ainsi, une thèse de médecine intitulée « Phobie et obsession de la rougeur (éreuthophobie) » soutenue à Bordeaux en 1911 – sous la direction de Régis évidemment – offre une illustration de la réception ambiguë de cette partie de l'œuvre janétienne par les psychiatres³²⁰. Son auteur y présente longuement la théorie de la psychasthénie, mais au travers de la présentation qu'en a fait Pitres dans *l'Année psychologique* (1903), et seulement comme faire-valoir de la théorie émotiviste des obsessions et des phobies de Pitres et Régis, ce qui est assez ironique³²¹. La notion de phobies sociales, qui pourrait pleinement trouver sa place dans cette thèse se présentant comme une mise à jour sur les recherches sur l'éreuthophobie, n'y est jamais mentionnée (et il est bien possible que son auteur, qui ne semble pas avoir lu Janet dans le texte, en ignore en effet l'existence). En

316 Enseignant au Collège de France mais n'ayant ni poste d'enseignement à l'université, ni de service à diriger dans un hôpital psychiatrique, Janet n'avait pas de disciples qu'il aurait pu former. Il s'attira par ailleurs de nombreuses inimitiés, notamment celle des successeurs de Charcot à la Salpêtrière et celle du mouvement psychanalytique qui entretint durablement une grande hostilité à son égard. (ELLENBERGER Henri-F., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Nouv éd rev. et augm., France, Fayard, 2001, p. 433-434)

317 *Ibid.*, p. 432.; LANTÉRI-LAURA Georges, « La psychasthénie : histoire et évolution d'un concept de P. Janet », *L'Encéphale*, 1994, vol. 20, p. 556. ; CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, *op. cit.*, p. 347.

318 ELLENBERGER H.-F., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, *op. cit.*, p. 433.; LANTÉRI-LAURA G., « La psychasthénie », *art cit.*, p. 556.

319 CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, *op. cit.*, p. 350.

320 CHAUMAT D.-A.-A., *Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (ereuthophobie)*, *op. cit.*

321 *Ibid.*, p. 29-37.

revanche une place de choix est accordée aux dernières publications de Paul Hartenberg qui, continuant de défendre *une vision émotiviste naturalisée* de l'éreuthophobie parfaitement en ligne avec la thèse des Bordelais, a poursuivi ses recherches sur les fondements organiques de l'obsession de la rougeur³²². C'est ainsi tout à fait comme si la phobie sociale de Janet n'avait jamais existé. Mais plus encore que les difficultés de la réception de l'oeuvre janétienne par les psychiatres, c'est sans doute la clôture du débat sur la nature des obsessions, par l'affirmation dominante des théories émotivistes, indépendamment de la pertinence du cas finalement anecdotique de l'éreuthophobie qui rendait le concept de phobie sociale peu intéressant et déjà dépassé.

Cela n'empêchera cependant pas l'idée d'une phobie des situations sociales ou du rapport à l'autre de demeurer dans l'horizon des théories psychologiques. La notion proposée par Janet n'est en effet pas sans rappeler un autre concept formulé une trentaine d'années plus tôt par Beard, le « père » de la neurasthénie, concept qui a eu une autre fortune. En 1879, dans un article consacré aux « peurs morbides », Beard décrivait effectivement une « aversion pour la société, une peur de voir, de rencontrer ou de se mêler avec la multitude, ou d'être en présence de qui ce soit en dehors de soi-même », à laquelle il donnait le nom d'*anthropophobia*³²³. Cette phobie, affirmait Beard, pouvait, dans les cas les plus graves, entraîner un handicap social tel « qu'il forçait le patient à renoncer entièrement à travailler ». Sa description était assez succincte, seul le détournement du regard y était évoqué comme symptôme récurrent et Beard ne s'attardait un peu que sur l'une des variétés de ce trouble, la « gynéphobie » (peur de se retrouver dans la compagnie de femmes). Bien que Beard ne rattachât pas à cette anthropophobie le « rougissement fréquent », qu'il décrivait ailleurs, on entrevoit ici des similitudes avec le tableau clinique des patients rassemblés par Janet sous l'étiquette des phobies sociales. Et, en dépit du caractère bien moins élaboré de l'anthropophobie beardienne par rapport au concept janétien, les quelques lignes qu'il lui consacre ont leur importance pour notre histoire car elles figureront dans l'ouvrage du neurologue américain sur la neurasthénie, *A practical treatise on nervous exhaustion (neurasthenia)* (1880). Or ce livre – contrairement au volume de Janet sur la psychasthénie de 1903 – devient un véritable best-seller international au cours de la décennie suivante, traduit dans de nombreuses

322 HARTENBERG P., « La base organique de l'éreuthophobie et son traitement », art cit.

323 BEARD George M., « Morbid fear as a symptom of nervous disease », *The Hospital Gazette*, 1879, vol. 6, p. 306. L'indication de cette référence peu connue provient de : CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, op. cit., p. 285 n. 16.

langues, la neurasthénie faisant son arrivée dans la littérature médicale japonaise dès les années 1880.

Conclusion

L'histoire (ou plutôt la préhistoire) de la phobie sociale se déroule ainsi dans l'Europe du XIX^e siècle, au fil de sept décennies d'un intérêt médical ponctuel pour une plainte particulière formulée par des patients relative à un rougissement exagéré et incontrôlable. D'abord appréhendée par un jeune physiologue anglais, d'après une vision caractérisée par la théologie naturaliste pré-darwinienne, comme une maladie nerveuse, une expression des maux de la civilisation ; elle apparaît quelques années plus tard sous la forme d'un cas clinique désespéré et exceptionnellement documenté chez un médecin légiste prussien. L'approche de Burgess indique notamment comment, pour émerger en tant qu'objet scientifique, ce rougissement excessif et les souffrances psychologiques qui lui sont associées devaient d'abord être « détachées de leurs associations traditionnelles »³²⁴, c'est-à-dire de leur appartenance aux phénomènes de la timidité et de la fausse honte, pour être soumises à un regard médical qui leur attribue une signification nouvelle. Dans une autre perspective, on peut voir chez Burgess une tentative de *médicalisation* de ce phénomène, tandis que le cas de Casper donne plutôt à voir l'autre facette de ce processus, à savoir la participation active et volontaire du patient lui-même à cette médicalisation par sa demande d'être soigné. C'est donc bien parce que, d'une part, des individus confient leurs souffrances à des médecins, d'autre part, leurs plaintes sont reconnues comme légitimes et peuvent trouver une place dans la théorie médicale que ces maux commencent à être pris en considération dans le cadre médical. Mais ce n'est pas avant la seconde moitié des années 1890 que la question de la peur pathologique de rougir émerge réellement en tant que catégorie partagée par les psychiatres. Les évolutions théoriques et sociales majeures qui transforment la psychiatrie dans la seconde moitié du XIX^e siècle, pour le dire rapidement, d'une pratique non plus seulement asilaire en une pratique « de ville » également offrent un terrain clinique et théorique fertile. Elles ont en effet facilité la mise en relation plus systématique d'individus se plaignant de leurs rougissements excessifs avec des psychiatres et ont fourni à ces derniers un cadre théorique plus précis dans lequel inscrire ces plaintes. La période de transition qui va des années 1840 aux années 1890 est ainsi ponctuée de textes qui marquent l'assimilation de la pathologie à laquelle renvoie cette plainte au domaine de compétence spécifique des psychiatres. Sur ce terrain, le

324 Lorraine Daston (ed.), *Biographies of Scientific Objects*, op. cit., p. 7.

concept d'idées obsessionnelles, en pleine évolution dans la dernière décennie du siècle, offre le cadre nosographique nécessaire aux observations désormais plus fréquentes de la peur de rougir. L'éreuthophobie prend forme avec sa description par Pitres et Régis en 1896 et l'utilisation stratégique qu'ils font de ce concept dans le cadre de l'opposition théorique entre les doctrines émotivistes et intellectualistes des obsessions, comme d'un argument en faveur de leur position émotiviste particulière. C'est autour du débat lancé par les deux psychiatres français que vont alors s'organiser pendant sept ans des descriptions soudain nombreuses de cette maladie qui a désormais une pléthore de noms. La métaphore de la « niche écologique » d'Ian Hacking – que nous avons déjà évoquée à plusieurs reprises – peut ici nous être utile³²⁵. Nous avons ainsi identifié deux vecteurs de la niche médicale de l'éreuthophobie au tournant du siècle en Europe : l'expansion de la psychiatrie vers la clientèle de ville a rendu les éreuthophobes *observables* (par des psychiatres), et le concept d'obsessions et plus particulièrement le débat entre doctrines émotivistes et intellectualistes ont fourni le vecteur *théorique* permettant de l'inscrire dans une taxinomie commune, tout en lui accordant une position stratégique dans un débat d'actualité³²⁶.

En 1902, la discussion sur l'éreuthophobie prend fin presque aussi soudainement qu'elle était apparue et le trouble se fait à nouveau très rare dans la littérature. En effet, les théories émotivistes, au sens large, des obsessions tendent à s'imposer au tournant du siècle, notamment grâce à la contribution de Pitres et Régis ; en outre, l'éreuthophobie a été à peu près unanimement jugée par les acteurs du débat n'être pas pertinente dans l'usage argumentatif qu'en faisaient Pitres et Régis. Ces derniers renoncent à demi-mot aux aspects les plus polémiques de leur position, destituant ainsi l'éreuthophobie de son statut épistémologique spécial. L'un des vecteurs de la « niche » ayant disparu, l'éreuthophobie semble retourner à sa position clinique et nosographique marginale. Nous pourrions en ce sens conclure que le changement de perspective radical sur l'éreuthophobie proposé par Janet en 1903 au détour de l'exposé de sa théorie de la psychasthénie arrive trop tard. Le concept, déjà marginal dans l'oeuvre janétienne, de phobies sociales, demeure presque un hapax dans la psychiatrie occidentale pour près d'un siècle. Ce long sommeil questionne en perspective les raisons pour lesquelles, dans cet

325 Pour une description de ce concept, on se reportera à l'Introduction de la thèse.

326 Pour constituer une niche écologique à proprement parler, cette description devrait également comporter un vecteur *culturel* dont l'évaluation déborde toutefois du cadre de ce travail.

intervalle précis, le concept étonnamment proche de « phobie interpersonnelle » formulé quelques décennies plus tard au Japon va au contraire s'imposer apparemment sans obstacle dans la psychiatrie japonaise.

Partie II

Introduction

Nous avons vu dans le précédent chapitre comment une plainte singulière – la peur de rougir – ponctuellement rencontrée par des médecins prend corps à la toute fin du XIX^e siècle pour devenir une entité nosographique définie, nommée, dotée d'un statut nosographique, inscrite dans un cadre conceptuel partagé par les psychiatres. Nous avons ensuite constaté que ce nouveau concept était, dans les premières années du XX^e siècle, radicalement remanié par le psychologue Pierre Janet, qui, passant d'une description symptomatique à une description psychopathologique, était amené à appréhender cette angoisse du rougissement *du point de vue relationnel*, ce qui l'avait conduit à la repenser comme une forme de « phobie sociale ». Ce passage conceptuel coïncide toutefois avec la fin de la période faste du concept d'éreuthophobie. Or, si les psychiatres et psychologues européens se détournent de ces troubles au début du XX^e siècle, au Japon, l'obsession du rougissement et l'anthropophobie, importées avec l'arsenal nosographique de la psychiatrie occidentale, vont survivre et donner lieu quelques décennies plus tard à la formulation d'un diagnostic très proche du concept janétien de phobie sociale. Le *taijinkyōfu* ou « phobie interpersonnelle », formulé au début des années 1930 par le psychiatre Morita Shōma, se fonde également sur l'idée d'une angoisse propre aux situations sociales. Mais, contrairement au destin éphémère de la phobie sociale de Janet, la phobie interpersonnelle de Morita va rencontrer un succès immédiat et durable au Japon, circulant dans la littérature psychothérapeutique dès les années 1930 pour s'épanouir tout à fait dans la nosographie psychiatrique japonaise après-guerre.

C'est donc à l'émergence du concept de phobie interpersonnelle au Japon qu'est consacrée cette seconde partie. Il s'agira de comprendre comment, dans un pays dans lequel les modalités de prise en charge, mais également d'expression de la souffrance psychique étaient entièrement différentes jusque dans le 3^e quart du XIX^e siècle, a néanmoins pu émerger et se développer avec une grande facilité au début de l'ère Shōwa, dans le cadre conceptuel d'une psychiatrie récemment implantée, l'idée d'une obsession relative à l'interaction avec autrui.

Dans une première partie introductive, nous effectuerons tout d'abord un long détour dans lequel nous tracerons à grands traits le développement d'une psychiatrie moderne

d'importation occidentale au Japon des années 1890 aux années 1930, en décrivant d'une part son développement scientifique et d'autre part la diffusion d'un vocabulaire et de pratiques psychiatriques dans la société japonaise par le biais de la neurasthénie. Ces processus mêlés ont en effet constitué le terreau sur la base duquel il a été possible de penser certaines souffrances, telles qu'une anxiété sociale grave, dans les termes d'un savoir à l'origine non autochtone. C'est donc dans le second chapitre que nous nous attaquerons à l'analyse du concept formulé par Morita, en le situant dans sa propre entreprise théorique et psychothérapeutique, ainsi que dans le cadre de la conceptualisation et de la prise en charge des troubles obsessionnels dans le Japon des années 1920-1930 ; puis nous emmènerons le lecteur sur les traces, à notre connaissance encore jamais étudiées, de sa première circulation dans la littérature psychothérapeutique.

*

Introduction

Le Japon et la psychiatrie moderne (décennies 1880-1930)

1. La psychiatrie comme nouvelle discipline médicale au tournant des XIX^e-XX^e siècles

Les quatre décennies 1890-1920 voient au Japon la fondation de la psychiatrie comme discipline académique et comme spécialité clinique au sein de la nouvelle médecine officielle adoptée par l'Etat japonais¹. Au cours de cette période, une série de nouvelles législations régissant le traitement des malades mentaux sont adoptées et un système de soins psychiatriques, qui fait une large part à l'initiative privée, se met en place.

1.1. L'institutionnalisation de la psychiatrie au Japon

Branche de la médecine occidentale officiellement adoptée par le gouvernement japonais en 1874, la psychiatrie – alors appelée *seishinbyōgaku* 精神病学 – commence à exister dans la formation médicale au cours des années 1870-1880², ponctuellement

-
- 1 Cette partie est pour une large part une synthèse de travaux d'histoire de la psychiatrie. Nous nous sommes en particulier fondée, concernant le développement de la discipline et de la pratique psychiatrique, sur : OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Nihon seishinka iryōshi* 日本精神科医療史 (Histoire de la psychiatrie japonaise), Tokyo, Igaku Shoin, 2002, 274 p.; SUZUKI Akihito, « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 » dans Roy Porter et David Wright (eds.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p. 193-225 ; et concernant l'histoire de la neurasthénie au Japon : SATŌ Masahiro 佐藤雅浩, *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku : « kokoro no yamai » wa naze ryūkō suru no ka ?* 精神疾患言説の歴史社会学: 「心の病」はなぜ流行するのか (Sociologie historique des discours sur la maladie mentale : pourquoi les « maladies de l'âme » connaissent-elles des modes ?), Tokyo, Shin.yōsha, 2013, 520 p.; WATARAI Yoshiichi 渡会好一, *Meiji no seishin isetsu : shinkeibyō, shinkeisuijaku, kamigakari* 明治の精神異説 : 神経病・神経衰弱・神がかり (Diverses théories de l'esprit à l'époque Meiji : névrose, neurasthénie, possession), Tokyo, Iwanami Shoten, 2003, 290 p. ; KITANAKA Junko, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012, 243 p.; WU Yu-Chuan, *A Disorder of Ki: Alternative Treatments for Neurasthenia in Japan, 1890-1945*, University College London, Londres, 2012.
- 2 Nous n'abordons pas ici l'histoire de la circulation des théories médicales « hollandaises » antérieure à l'ouverture du pays : notons tout de même que dès la fin du XVIII^e siècle, certains médecins japonais ont intégré à une conception de la folie qui s'inscrivait dans le cadre de la médecine sino-japonaise, des éléments relevant de la médecine européenne (notamment l'identification du cerveau comme siège de l'activité mentale). On pourra lire à ce sujet : HIRUTA Genshiro, « Japanese Psychiatry in the Edo Period (1600-1868) », *History of Psychiatry*, 2002, vol. 13, p. 131-151..

enseignée dans des cours de médecine donnés par des professeurs européens³. Les deux premiers asiles psychiatriques publics, conçus sur le modèle des asiles occidentaux, sont ouverts à Kyoto (1875) et à Tokyo (1879). Les motivations politiques qui poussent les autorités à soutenir le développement d'une discipline et d'un système de soins psychiatriques publics tiennent tant au maintien de l'ordre social (l'augmentation des cas de possession depuis la fin de l'époque d'Edo font craindre une recrudescence des nouveaux mouvements religieux, hantise des gouvernements de Meiji à Taishō en raison des troubles sociaux qui les accompagnent parfois), qu'au souci de faire du Japon une nation moderne et civilisée prenant soin de ses fous (nourri par certains personnages de l'élite intellectuelle occidentalisée tels que Fukuzawa Yukichi et Mori Arinori)⁴. C'est l'année 1886 qui marque la naissance officielle d'une psychiatrie académique, avec la création de la première chaire de psychiatrie à l'Université impériale de Tokyo. Elle sera d'abord occupée par Sakaki Hajime 榎俣 (1857-1897), puis suite à son décès prématuré et après une courte période de transition, elle est reprise en 1901 par Kure Shūzō 呉秀三 (1865-1932), qui l'occupera pendant près d'un quart de siècle, jusqu'en 1925. La durée importante de son exercice, son rôle pionnier dans de nombreux domaines ainsi que son statut de maître pour les premières générations de psychiatres font de Kure la figure du « fondateur » de la psychiatrie japonaise dans l'historiographie psychiatrique. Sans verser dans le récit apologétique, il est indéniable que Kure représente la figure institutionnelle centrale de la psychiatrie japonaise dans ce premier quart de siècle. Il consacre une partie substantielle de sa longue carrière à la consolidation de la psychiatrie comme discipline académique, au développement et à l'amélioration du soin psychiatrique, ainsi qu'à la promotion de l'hygiène mentale. Il fonde dès 1902 avec le neurologue Miura Kinnosuke 三浦謹之助 (1864-1950) (également professeur à l'Université impériale de Tokyo) la Société japonaise de Neurologie (Nihon shinkei gakkai 日本神経学会) – ancêtre de l'actuelle Société japonaise de Psychiatrie et de Neurologie (Nihon seishin shinkei gakkai 日本精神神経学会) – qu'il co-présidera presque sans discontinuer jusqu'à sa mort⁵. La revue de la Société, *Shinkeigaku Zasshi* 『神経学会雑誌』

3 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, *op. cit.*, p. 122-129.

4 La lutte contre les « superstitions », sous la forme d'enquêtes sur les phénomènes de possession animale ou sur les leaders des nouvelles religions, va ainsi régulièrement occuper les psychiatres des années 1880 jusqu'aux années 1920. (*Ibid.*, p. 108-110, 113-122. KITANAKA J., *Depression in Japan*, *op. cit.*, p. 42)

5 La Société japonaise de Psychiatrie et de Neurologie demeure aujourd'hui l'organisation professionnelle de référence des psychiatres japonais, et sa revue la publication nationale la plus prestigieuse dans ce domaine.

誌』 (Revue de neurologie) est créée la même année. Kure fait également de l'amélioration de l'enseignement de la psychiatrie l'une de ses priorités et obtient en 1908 que les cours de psychiatrie soit rendus obligatoires dans les écoles spécialisées de médecine⁶. Au cours des deux premières décennies du XX^e siècle, une vingtaine de départements de psychiatrie sont fondés dans des universités et écoles de médecine à travers le pays. Tous ont à leur tête des élèves de Kure⁷.

Sur le plan institutionnel, la période 1880-1920 voit l'expansion progressive, quoique limitée, du soin psychiatrique, en particulier dans le secteur privé. Au début du siècle, l'état du traitement des malades mentaux au Japon est jugé à la fois insuffisant et déplorable par les premiers psychiatres qui dénoncent régulièrement cette situation dans la presse et auprès des représentants politiques. Il n'existe en effet alors qu'un seul asile public⁸ : le mode de gestion dominant des malades mentaux est une pratique qui a cours depuis l'époque d'Edo et a été institutionnalisée en 1900 par la « loi sur la surveillance et la protection des malades mentaux » (*seishinbyōsha kango hō* 精神病患者監護法) sous le nom de « confinement à domicile » (*shitaku kanchi* 私宅監置)⁹. Cette législation vise l'enfermement des malades mentaux jugés présenter une menace pour l'ordre public (vagabonds, criminels, etc.), tout en empêchant les enfermements abusifs¹⁰. Mais l'objectif du législateur est bien plus de

6 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 186. ; SERIZAWA Kazuya 芹沢一也, « Hō » kara kaihōsareru kenryoku: hanzai, kyōki, hinkon, soshite Taishō demokurashii 〈法〉から解放される権力—犯罪、狂気、貧困、そして大正デモクラシー (Les pouvoirs émancipés de la « loi » – crime, folie, misère et démocratie Taishō), Tokyo, Shin.yōsha, 2001, p. 104-106.

7 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 168-169.

8 L'asile de Kyoto ayant fermé en 1882, il ne reste plus que l'hôpital Sugamo 東京府立巢鴨病院 (ancien asile de Tokyo), dont la direction médicale est, depuis 1887, sous la responsabilité de la chaire de psychiatrie de l'Université impériale de Tokyo. Les étudiants y font leur pratique clinique et les cours de psychiatrie s'y tiennent jusqu'en 1919.

9 Le confinement à domicile consiste à maintenir l'individu au comportement problématique enfermé dans une sorte de cage ou de cabane située dans ou à proximité du domicile, et ce, sous la responsabilité de la famille et avec l'autorisation ou à l'instigation de la police. En 1905, le ministère de la Santé dénombre ainsi 12 000 malades confinés à domicile, contre 5 500 patients hospitalisés (SUZUKI A., « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 », art cit, p. 199-201. ; SUZUKI Akihito, « A Brain Hospital in Tokyo and its Private and Public Patients, 1926-45 », *History of Psychiatry*, 2003, vol. 14, n° 3, p. 340).

10 La très romanesque et immensément médiatique « affaire Sōma » *Sōma jiken* 相馬事件 (1885-1892) qui vit l'enfermement illégal de l'héritier du fief de Sōma (situé dans l'actuel département de Fukushima) dans une cellule au motif de sa prétendue folie, fruit d'un complot familial dénoncé par l'un des anciens vassaux du fief, fera couler une quantité d'encre phénoménale : feuilleton judiciaire qui s'étend sur plus d'une décennie, 40 et quelques livres lui sont alors consacrés, ainsi que des pièces de théâtres. L'affaire – qui ternit l'image que le Japon souhaite donner alors qu'il essaye de renégocier les traités inégaux – ayant été rapportée jusque dans la presse américaine et britannique, hâtera l'adoption de la législation réglementant l'enfermement à domicile. (OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 134-138)

réglementer cette pratique vieille de plusieurs siècles que de soutenir une expansion du soin psychiatrique. De fait, les psychiatres n'ont aucun rôle à jouer dans cette pratique : les acteurs centraux dans la gestion des fous problématiques sont les familles et les autorités locales¹¹. Aussi, la nécessité de construire des hôpitaux psychiatriques sera l'antienne que les psychiatres des universités impériales répèteront pendant plusieurs décennies, tantôt agitant la menace à l'ordre public (les malades mentaux dangereux doivent être enfermés), tantôt faisant appel au prestige national (toute nation civilisée se doit de manifester son souci philanthropique envers les malades mentaux) ou à des arguments humanistes (les malades mentaux doivent recevoir des soins médicaux adéquats)¹². En 1918, Kure et plusieurs de ses disciples marquent un point important en produisant un célèbre rapport qui documente et dénonce la situation misérable des individus confinés à domicile¹³. Ces démarches contribuent à l'adoption, en 1919, de la loi sur les hôpitaux psychiatriques (*seishinbyōin hō* 精神病院法), qui affirme pour la première fois la nécessité d'apporter des soins aux malades mentaux. Elle prévoit la création d'asiles publics dans tous les départements et accorde aux psychiatres un certain pouvoir décisionnel dans l'internement et la décharge des malades¹⁴. Toutefois, la loi est dans son application un échec partiel. Faute des ressources financières considérables nécessaires et du fait de l'existence d'un dispositif de financement public de patients hospitalisés dans des institutions privées, dont le rôle a été souligné par Suzuki Akihito¹⁵, la loi aura surtout pour effet de renforcer le secteur psychiatrique privé, en plein essor depuis la fin du XIX^e siècle. Ainsi en 1918, à la veille de la loi sur les hôpitaux psychiatriques, il existe déjà 57 hôpitaux privés comptant presque 4000 lits, contre 450 lits pour l'unique institution publique ; 20 ans plus tard, en 1940, on compte 160 hôpitaux privés et 7 hôpitaux publics¹⁶. Cet essor du secteur commercial traduit l'existence d'une véritable demande de soins psychiatriques de la part

11 SUZUKI A., « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 », art cit, p. 199-201.

12 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, op. cit., p. 220-222.

13 Publié dans la *Revue médicale de Tokyo* sous le titre « Situation des malades mentaux enfermés à domicile et observations statistiques », ce volumineux rapport présente les résultats d'une minutieuse enquête nationale menée de 1910 à 1916 sur plus de 350 cellules, ainsi que sur les traitements populaires de la maladie mentale. KURE Shūzō 呉秀三 et KISHIDA Gorō 檉田五郎, *Seishinbyōsha shitaku kanchi no jikkyō : gendaigo yaku* 精神病患者私宅監置の実況 : 現代語訳 (L'état de la détention à domicile des malades mentaux (traduction moderne)), traduit par Hideo Kanekawa 金川英雄, Tokyo, Igaku Shoin, 2012, 351 p.

14 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 174-175.

15 SUZUKI A., « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 », art cit, p. 212-217.

16 *Ibid.*, p. 202-203, 213.

d'une clientèle privée¹⁷. Une demande qui est notamment le fruit de la diffusion et de l'adoption dans le public japonais des conceptions psychiatriques de la maladie mentale, au sens large, et de la légitimation des thérapies psychiatriques. Le tournant du siècle voit effectivement une présence accrue de la psychiatrie dans les médias et l'apparition d'un discours nouveau sur la maladie mentale qui a familiarisé les lecteurs avec le savoir et les hôpitaux psychiatriques¹⁸, comme nous le verrons bientôt.

En termes de traitement, la psychiatrie japonaise suit de très près les développements européens. Ses caractéristiques institutionnelles affectent largement la pratique thérapeutique avec une différence importante entre le traitement des patients privés, payant de leur poche et pouvant bénéficier de toutes sortes de thérapies (en particulier des dernières technologies coûteuses, telles que les thérapies de choc dans les années 1920-30¹⁹), et celui des patients publics, bénéficiant de conditions de vie médiocres et souvent abandonnés à leur sort (ce dont témoigne leur importante mortalité²⁰).

1.2. Orientations de la recherche

Sur le plan théorique, la psychiatrie enseignée à l'université suit largement les orientations de fond de la psychiatrie germanophone (allemande et autrichienne) et est en particulier caractérisée par son orientation nettement neuropsychiatrique – et ce jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale au moins. L'immense majorité des étudiants vont faire leur séjour d'études dans les pays de la sphère germanique et les premiers manuels sont le plus souvent des traductions compilées de manuels de langue allemande. Sakaki, qui a étudié à Berlin chez Carl Westphal (1833-1890), l'un des plus illustres représentants d'une génération de psychiatres absorbés par les recherches de laboratoire sur l'anatomie du cerveau et du système nerveux, instaure à l'Université de Tokyo cette approche promue par Wilhelm Griesinger (1817-1868) – dont le manuel forme la trame des premiers cours de Sakaki – et résumée dans sa maxime selon laquelle « les maladies mentales sont des maladies du cerveau ». Cette orientation demeure essentiellement la même pendant les décennies du règne de Kure, qui a effectué la moitié de son séjour d'études (1897-1901) à

17 *Ibid.*, p. 217.

18 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 200-230.

19 Voir à ce sujet : SUZUKI Akihito, « Global Theory, Local Practice: Shock Therapies in Japanese Psychiatry, 1920-1945 » dans *Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*, Newcastle, Cambridge Scholars Pub., 2010, p. 116-141.

20 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, *op. cit.*, p. 185-186.

Vienne, à l'Institut d'anatomie et de physiologie du système nerveux central de renommée mondiale fondé par Heinrich Obersteiner (1847-1922) et auprès de Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) ; et l'autre moitié à Heidelberg auprès de l'incontournable Emil Kraepelin (1856-1926)²¹ en particulier. Il ramène en 1901 dans ses valises le nouveau système nosographique de Kraepelin, une conception fondamentalement héréditariste de la maladie mentale, ainsi qu'une vive conscience du rôle que la psychiatrie a à jouer dans la prophylaxie sociale²². Cette double affiliation germano-autrichienne et neuropsychiatrique se maintient avec ses élèves, Miyake Kōichi 三宅鑛一 (1876-1954), son futur successeur à la chaire de psychiatrie de l'Université de Tokyo (1925-1936), Saitō Mokichi 斎藤茂吉 (1882-1953), etc. qui iront se former à Vienne et à Munich (où exerce alors Kraepelin). Ces premiers professeurs de psychiatrie font preuve d'une rapidité remarquable à intégrer un *style de pensée* (au sens fleckien) neuropsychiatrique et à produire des recherches de niveau international²³. Ainsi, si certains psychiatres s'intéressent par ailleurs à la pédopsychiatrie, à l'étude des névroses, etc., jusque dans les années 1930, les études sur l'anatomie du système nerveux et du cerveau, et la compréhension des troubles les plus fréquemment diagnostiqués dans les asiles (la démence paralytique et de la démence précoce), constituent l'épine dorsale de la recherche psychiatrique japonaise. Une focalisation thématique sans doute ultérieurement renforcée par le petit nombre d'institutions et de spécialistes²⁴.

*

Tandis qu'une psychiatrie académique soutenue par le pouvoir politique s'institutionnalise progressivement et que la recherche neuropsychiatrique connaît un développement rapide, elle est accompagnée au sein de la société par une dynamique d'appropriation des catégories conceptuelles et des pratiques de la psychiatrie occidentale

21 Figure majeure de la psychiatrie allemande des années 1890-1920, Kraepelin est l'auteur d'un manuel de psychiatrie dont les éditions successives (en particulier celles publiées à l'époque du séjour de Kure) bouleversent la classification des maladies mentales en cherchant à la fonder sur l'observation clinique plutôt que sur les regroupements symptomatiques. (*Ibid.*, p. 168 ; ENGSTROM Eric J., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany : A History of Psychiatric Practice*, Ithaca, Cornell University Press, 2003, p. 121-146)

22 ENGSTROM E.J., *Clinical psychiatry in imperial Germany*, *op. cit.*, p. 174-177, 194-198.

23 LEITNER Bernhard, « Psychiatrie und Neurologie zwischen Wien und Tokyo. Zur Rolle eines transnationalen Netzwerkes in der Entwicklung der akademischen Medizin in Japan circa 1900 » dans Daniela Angetter et al. (eds.), *Strukturen Und Netzwerke: Medizin Und Wissenschaft in Wien 1848-1955*, s.l., V&R unipress GmbH, 2018, p. 533-554.

24 UCHIMURA Yūshi 内村祐之, « *Nihon seishin.igaku no kako to shōrai* » 日本精神医学の過去と将来 (Le passé et l'avenir de la psychiatrie japonaise), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1954, vol. 55, n° 7, p. 707.

moderne. La diffusion du concept de neurasthénie dans le public japonais, dans les premières années du XX^e siècle, va jouer dans ce dernier processus un rôle fondamental, semblable à ce qui se produisit dans les pays occidentaux à la fin du XIX^e siècle.

2. La neurasthénie ou la psychiatrisation des maux des Japonais (décennies 1900-1930)

Le concept de neurasthénie commence à circuler au Japon dans le milieu médical et chez les intellectuels dès les années 1880, mais ce n'est qu'après la guerre russo-japonaise (1904-1905) qu'il se diffuse dans la société. Il commence alors à faire l'objet d'abondants discours largement médiatisés de la part de médecins, mais aussi d'essayistes, pédagogues, sexologues, romanciers, etc., ainsi que d'une pléthore de traitements activement promus. L'« épidémie » japonaise de neurasthénie (c'est-à-dire sa présence accrue sur les plans clinique et discursif) dure une trentaine d'années : elle commence à perdre de l'ampleur dans les années 1930 et aura tout à fait disparu après la Seconde Guerre mondiale. Le Japon du début du XX^e siècle présente un environnement culturel et scientifique favorable à l'épanouissement de « l'épuisement nerveux », comparable à celui des autres nations neurasthéniques. D'un côté, un processus d'industrialisation et d'urbanisation effréné qui bouleverse tous les aspects de la vie sociale, auquel s'ajoute la conscience aigüe d'une occidentalisation des mœurs en cours, deux facettes du mouvement d'« ouverture à la civilisation » (*bunmei kaika* 文明開化) dont la neurasthénie deviendra l'un des noms ; et de l'autre, une discipline psychiatrique en quête de légitimation académique et sociale, ainsi que l'opportunisme d'une multitude de thérapeutes (médecins ou non) pour qui la neurasthénie constituera un moyen formidable de faire avancer leurs causes. Le concept de neurasthénie, en raison du rôle essentiel qu'il joue dans la reformulation d'un certain nombre de maux psychiques des Japonais, fournira le cadre conceptuel et pratique dans lequel la phobie interpersonnelle, qui nous intéresse ici, va pouvoir émerger.

2.1. Des visions divergentes de la neurasthénie : un état dégénératif pour la psychiatrie académique...

Le concept de neurasthénie, *shinkeisuijaku* 神経衰弱, apparaît dans la littérature médicale japonaise dès le début des années 1880, résultat de la circulation rapide des idées et de la

capacité de la communauté médicale académique japonaise à suivre de près l'actualité scientifique internationale²⁵. Jusqu'aux premières années du XX^e siècle, de nombreux articles paraissent dans les revues médicales, attestant de l'intérêt des médecins pour ce trouble. S'il s'agit le plus souvent de présentations théoriques, de traductions ou de résumés d'articles publiés dans des revues étrangères, on trouve également des études cliniques menées localement (par exemple à l'hôpital de l'Université impériale de Tokyo)²⁶.

La théorie de la neurasthénie qui va se diffuser dans la psychiatrie académique japonaise est caractérisée par l'influence des idées de Kraepelin. Cette conception est marquée par le principe de la nature essentiellement organique des maladies mentales, la prégnance d'une conception héréditariste et de la théorie de la dégénérescence²⁷. L'étiologie civilisationnelle de Beard (cf. chapitre 1) y est au mieux reléguée au rang de cause déclenchante. Les symptômes neurasthéniques sont distribués entre deux diagnostics, distingués selon l'étiologie qui leur est attribuée. D'un côté, une « neurasthénie acquise » (*kōtensei shinkeisuijaku* 後天性神経衰弱) désignant un état d'épuisement passager pouvant survenir à la suite d'une maladie ou d'un état de surmenage, et dont les symptômes les plus courants sont une grande fatigue, des troubles de la mémoire, des angoisses, des maux de tête, un sommeil difficile, des troubles de la digestion et des difficultés de nature génitale²⁸. De l'autre côté, et de manière majoritaire, les psychiatres japonais identifient la « neurasthénie constitutionnelle » (*sentensei shinkeisuijaku* 先天性神経衰弱, all. *konstitutionelle Neurasthenie*), également appelée « nervosisme » (*shinkeishitsu* 神経質, all. *Nervosität*), qui recouvre les mêmes symptômes, souvent augmentés de symptômes psychiques :

25 La neurasthénie sexuelle est mentionnée dès 1879 dans un article sur « Les maladies nerveuses liés aux organes reproducteurs mâles » publié dans *Tōkyō iji shinshi* 『東京医事新誌』 (Nouvelle revue médicale de Tokyo) – soit un an avant la publication du *Practical Treatise on Nervous Exhaustion* de Beard. Le terme neurasthénie y est traduit *shinkeikyosui* 神経虚衰. La première occurrence du terme qui finira par s'imposer, *shinkeisuijaku* 神経衰弱, date de 1884. (WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, *op. cit.*, p. 159).

26 CHIKAMORI Takaaki 近森高明, « *Futatsu no "jidaibyō" – shinkeisuijaku to noiroze no hayari ni miru ningenkan no henyō* » 二つの「時代病」—神経衰弱とノイローゼの流行にみる人間観の変容 (Deux « maux de l'époque » – la vision de l'homme dans les modes de la neurasthénie et de la névrose), *Kyōto shakaigaku nenpō* 京都社会学年報, 1999, n° 7, p. 199. ; SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 161.

27 V. notamment ROELCKE Volker, « Biologizing social facts: An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1997, vol. 21, n° 4, p. 383-403. (Pour une définition, se reporter au chapitre 1, partie 2.1.1)

28 ISHIDA Noboru 石田昇, *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 4e éd. corrigée., Tokyo, Nankōdō, 1909, p. 237..

hypocondrie, habitudes érotiques « anormales » et idées obsessionnelles notamment²⁹. Elle est en revanche causée par une disposition nerveuse *congénitale* et se manifeste donc dès l'enfance. Elle relève ainsi de la « dégénérescence psychique » (*seishin henshitsu* 精神変質), une catégorie introduite par Kraepelin dans sa classification à partir de 1896³⁰ et désignant un ensemble d'états de dysfonctionnement psychique innés et héréditaires, situés à la frontière entre la santé et la maladie mentale. Les « dégénérés psychiques » sont frappés d'un « défaut congénital » qui se manifeste dans leur « personnalité psychique anormale » (en particulier sur les plans émotif et volitionnel). Dans cette catégorie, les neurasthéniques côtoient « anormaux sexuels », « attardés mentaux », alcooliques, « criminels-nés », prostituées et autres déviants³¹. Le caractère dominant de la doctrine kraepelinienne de la neurasthénie dans la psychiatrie japonaise n'a évidemment pas empêché que quelques-uns puissent défendre des positions divergentes³².

Avec la diffusion large de l'emploi du concept de neurasthénie dans les médias et le public, il apparaît clairement que la doctrine des psychiatres académiques est loin d'être la seule et ne s'impose pas nécessairement d'autorité. A partir des années 1920, les grands professeurs de psychiatrie commencent à s'élever contre un usage qu'ils estiment à la fois excessif et incorrect de ce diagnostic dans la société et chez leurs collègues médecins. Ainsi, dans un article publié en 1927 dans la « Revue de Neurologie » (*Shinkeigaku Zasshi*), Miyake Kōichi réaffirme-t-il la définition kraepelinienne : rappelant aux médecins que les cas de neurasthénie pure (c'est-à-dire exclusivement dus à des causes

29 La neurasthénie dite acquise est également appelée « épuisement nerveux chronique » (慢性神経性疲憊, all. *nervöse erschöpfung*), tandis que sa forme dite constitutionnelle est aussi nommée « neurasthénie congénitale » (*shōraisei shinkeisuijaku* 生来性神経衰弱) ou « neurasthénie de constitution » (*taishitsusei shinkeisuijaku* 体質性神経衰弱).

30 ROELCKE V., « Biologizing social facts: An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration », art cit, p. 388.

31 ISHIDA Noboru, *Shinsen seishinbyōgaku*, p. 261–62. ; MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, *精神病診断及治療学 Diagnostik und therapie der geisteskrankheiten*, vol. 1, Nankōdō, p. 594.

32 Par exemple Matsubara Saburō 松原三郎 (1877-1936), disciple de Kure, pour qui la neurasthénie était bien la maladie du surmenage des individus les plus exposés au processus de civilisation. Le fait que Matsubara ait effectué son stage d'études aux Etats-Unis, et non en Allemagne ou en Autriche comme il était plus courant de le faire, n'est sans doute pas étranger à son hétérodoxie. (KITANAKA Junko 北中淳子, « “Shinkeisuijaku” seisuishi – “rōka no yamai” wa ika ni “jinkaku no yamai” e sutigumaka saretaka » 「神経衰弱」盛衰史—「過労の病」はいかに「人格の病」へとステイグマ化されたか (Grandeur et décadence de la neurasthénie: comment la « maladie de l'épuisement » est-elle devenue une « maladie de la personnalité » ?), *Yuriika* ユリイカ, 2004, p. 156. ; IZUMI Takateru 泉孝英 (ed.), *Nihon kingendai igaku jinmei jiten* 日本近現代医学人名事典 1868-2011 (Dictionnaire bibliographique des médecins japonais modernes et contemporains), Tokyo, Igaku Shoin, 2012, p. 570)

environnementales) sont extrêmement rares, qu'il s'agit le plus souvent de cas de nervosisme (c'est-à-dire de neurasthénie constitutionnelle) et, en tout état de cause, qu'une prédisposition morbide héréditaire est presque toujours présente³³. Quoique la question de la neurasthénie ait pu donner lieu à quelques débats (par exemple lors d'un colloque sur la neurasthénie organisé à la Société de Neurologie en 1913), la psychiatrie académique ne s'y intéresse pas de manière prioritaire. Par ailleurs, il ressort de la conception kraepelinienne une image de la neurasthénie moralement assez ambiguë et sans aucun doute moins désirable, pour les personnes potentiellement concernées par ce diagnostic, que celle d'un mal touchant les individus à l'avant-garde du processus de modernisation véhiculée par la doctrine beardienne. Or, non seulement le concept n'a pas attendu l'institutionnalisation de la psychiatrie pour commencer à circuler au Japon, mais il existe un décalage important entre les théories médicales fraîchement importées d'Europe auxquelles se réfère le mainstream académique, et le discours protéiforme sur la neurasthénie auquel est exposé le public.

2.2. Des visions divergentes de la neurasthénie : ...le « mal de la civilisation » dans le discours public

La neurasthénie a commencé à être discutée par les intellectuels japonais dans les années 1880 – soit au moment où elle commence à prospérer dans les pays européens –, mais sa diffusion auprès d'un plus large public ne s'est faite qu'à partir du milieu des années 1900. Une dizaine d'années plus tard, elle a non seulement évacué les concepts autochtones existants du mal-être quotidien, mais est devenue une « maladie nationale » (*kokumin byō* 国民病) qui menace la population entière et de laquelle on l'encourage à se préserver³⁴.

La diffusion de la neurasthénie dans la société japonaise, qui a débuté précisément au lendemain de la guerre Russo-japonaise (1904-1905) a reçu différentes interprétations historiques. L'une met en avant l'appropriation individuelle du concept en tant qu'expression du sentiment d'épuisement éprouvé par une nation japonaise engagée comme un seul homme dans le conflit, traduisant les souffrances et les difficultés éprouvées dans

33 MIYAKE Kōichi 三宅 鑛一, « *Shinkeisuijaku to shinkeishitsu no kata* » 神経衰弱と神経質の型 (Les formes de la neurasthénie et du nervosisme), *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌, 1927, vol. 28, n° 1, p. 75-86.

34 KITANAKA J., *Depression in Japan*, *op. cit.*, p. 55-58. ; SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 166-184.

les milieux les plus divers³⁵. L'autre montre qu'au niveau du récit national véhiculé par le discours médiatique, le concept de neurasthénie a d'abord été employé au sujet de l'ennemi russe avec une connotation double reflétant l'ambivalence (admiration et hostilité) du sentiment national japonais vis-à-vis des puissances occidentales ; puis après la victoire de 1905, la neurasthénie est devenue « l'expression de la fierté et de l'angoisse nationalistes d'un Japon devenu un pays civilisé, capable de rivaliser avec les puissances occidentales ; et le symbole du sentiment de crise dû aux divers changements sociaux qui prennent leur origine dans la compétition internationale et pénètrent jusqu'au niveau de la vie quotidienne »³⁶.

A partir du milieu des années 1900 et jusqu'à la fin des années 1930, le concept de neurasthénie s'est donc diffusé dans la société japonaise, notamment par le biais de la presse nationale et d'ouvrages de vulgarisation médicale³⁷. Or les plus ardents promoteurs de ce discours ne sont pas des grands noms de l'histoire de la psychiatrie japonaise : ce ne sont pas les chercheurs établis des prestigieuses universités impériales mais des cliniciens, des directeurs d'hôpitaux privés en pleine ascension sociale qui vivent de leur pratique et doivent se constituer une clientèle³⁸. Au travers de plusieurs longues séries d'articles publiées dans les quotidiens nationaux au cours des années 1905-1906, puis rééditées dans des ouvrages qui seront de véritables best-sellers, ces médecins vont enseigner aux lecteurs à reconnaître en eux les symptômes insidieux de ce mal encore peu connu, tout en promouvant les cures proposées dans les institutions qu'ils dirigent³⁹. Ils tirent évidemment un bénéfice très concret de « l'épidémie » de neurasthénie qui ne tarde pas à suivre leur infatigable campagne médiatique. Par ailleurs, les psychiatres ne sont pas les seuls experts à évoluer dans le champ neurasthénique : sexologues et pédiatres notamment alimenteront aussi le discours public, mettant en lumière des problématiques qui concernent plus

35 C'est l'interprétation que propose Watarai Yoshiichi à partir de l'analyse de journaux intimes. (WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, op. cit., p. 186-194)

36 Cette interprétation, fondée sur l'analyse des articles de presse nationale est proposée par Satō Masahiro (SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, op. cit., p. 144-159)

37 Satō Masahiro a ainsi dénombré, durant cet âge d'or de la neurasthénie japonaise, entre 1905 et 1939, plus de 550 articles sur la neurasthénie dans le seul journal *Asahi* ; et 110 ouvrages publiés sur ce sujet entre 1906 et 1939 conservés à la bibliothèque de la Diète (*Ibid.*, p. 148, 164)

38 Comme l'a montré Satō Masahiro (*Ibid.*, p. 166-184).

39 Kano Kengō 狩野謙吾, par exemple, directeur de l'hôpital Kano à Tokyo et inventeur de la « cure viscérale » (*zōki ryōhō* 臓器療法) de la neurasthénie, est l'un de ces « psychiatres médiatiques ». Il est notamment l'auteur d'une série de cinquante articles dans l'*Asahi* (1905-1906) qui furent par la suite rassemblés dans l'ouvrage *Shinkeisuijaku yobōhō* 『神經衰弱予防法』 (Méthode préventive contre la neurasthénie) réédité dès sa sortie en 1906. (*Ibid.*, p. 166-184)

spécifiquement leurs compétences professionnelles⁴⁰.

D'abord abordée comme un problème de conscrits, après la victoire militaire contre la Russie, la neurasthénie devient un problème d'étudiants. En 1903, le suicide très médiatisé de Fujimura Misao 藤村操 (1886-1903), étudiant en littérature à l'Université impériale de Tokyo, avait généré un discours anxieux dans la presse sur une supposée vague de suicides au sein la jeunesse cultivée. Ces jeunes sont présentés comme souffrant d'« épuisement nerveux » ou d'« épuisement du cerveau », victimes de la compétition scolaire excessive, qui serait l'une des expressions de la « lutte pour la survie » (*seizon kyōsō* 生存競争)⁴¹ tenue pour caractéristique de la société moderne. Mais à partir du milieu des années 1910, la neurasthénie des étudiants surmenés n'est plus que la pointe immergée d'une menace qui planerait sur l'ensemble de la nation japonaise, dont la santé des « nerfs du cerveau » serait mise en péril par la charge accrue que lui impose le « processus de civilisation » (*bunmeika* 文明化)⁴². Dans les médias, et notamment dans les articles publiés par les psychiatres spécialisés dans le traitement de la neurasthénie, celle-ci est imputée à trois types d'étiologie : le facteur héréditaire, mais aussi les facteurs environnementaux (maladies, excès, etc.) et les causes sociologiques (« lutte pour la survie »)⁴³. Et c'est la représentation de la neurasthénie comme « maladie de la civilisation » (*bunmeibyō* 文明病) qui tend à être dominante dans le public. Ainsi l'urbanisation, l'augmentation du travail intellectuel, la nécessité d'assimiler vite de nouvelles connaissances pour se faire sa place à l'âge de la « lutte pour la survie » sont invoquées de manière répétée. Le discours que tient l'écrivain Natsume Sōseki 夏目漱石 (1867-1916), lui-même un éminent neurasthénique⁴⁴, en 1911

40 Sabine Frühstück s'est penchée sur la dimension sexuelle du discours sur la neurasthénie : notamment les débats autour de la masturbation comme cause de neurasthénie et la promotion de l'éducation sexuelle par la sexologie naissante. (FRÜHSTÜCK Sabine, « Male Anxieties : Nerve Force, Nation, and the Power of Sexual Knowledge » dans *Building a modern Japan: Science, technology, and medicine in the Meiji era and beyond*, New York, Palgrave Macmillan, 2005, p. 37-59)

41 D'après Satō, la métaphore darwinienne de « lutte pour la survie », qui fut d'abord employée dans le contexte de la guerre (comme « lutte pour la survie » entre les États-nations et cause de la neurasthénie des soldats russes), pour ensuite être invoquée comme étiologie de la neurasthénie qui semblait envahir la société, aurait contribué à établir une analogie entre les « luttes » militaire, politique et économique du Japon au niveau international d'une part, et la violence de la « lutte pour la survie » quotidienne des individus en temps de paix d'autre part. (SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 158-159)

42 *Ibid.*, p. 230-239.

43 *Ibid.*, p. 169, 172.

44 Natsume Sōseki représente d'ailleurs dans plusieurs de ses romans (*Je suis un chat*, *Oreiller d'herbes*) des personnages considérés comme neurasthéniques par leur entourage. (TAKAHASHI Masahiro 高橋正雄, « 漱石文学における癒し—「神経衰弱」者の理解と救済— » (La guérison dans l'œuvre de Sōseki –

dans sa célèbre conférence sur la modernisation du Japon est typique à cet égard :

« Supposons qu'en quarante ou quarante-cinq années d'étude acharnée depuis la Restauration, nous ayons atteint la pointe extrême d'une civilisation que les Occidentaux ont mis cent ans pour atteindre : si donc nous sommes parvenus, en la moitié de temps à peine, à passer les étapes que les Occidentaux, incontestablement plus forts que nous physiquement et intellectuellement, ont mis cent ans à franchir, [...] nous pouvons être fiers d'avoir amassé tant de connaissances ; mais en même temps nous ne pouvons échapper à la [neurasthénie], nous respirons péniblement au bord de la route et nous gémissons : voilà le résultat inévitable. A bien y réfléchir, quelqu'un qui aurait déployé tous ses efforts pendant dix ans comme professeur d'université ne serait-il pas normalement atteint de [neurasthénie] ? »⁴⁵

La neurasthénie est ainsi présentée de manière récurrente comme la maladie de l'épuisement psychique, ou du cerveau, des hommes politiques, hauts fonctionnaires, médecins, avocats, journalistes, etc. autrement dit, les travailleurs du cerveau aux prises avec la modernité⁴⁶. De sorte que, si la neurasthénie fait souffrir, son succès social est notamment dû au fait qu'elle constitue un symbole culturel positif et désirable – ce que certains contemporains ne manquèrent pas de railler⁴⁷. Mais d'un autre côté, à mesure qu'elle se diffuse, elle fait résolument peur : peur individuelle de la folie – ainsi la crainte que la neurasthénie ne dégénère en véritable maladie mentale est-elle récurrente chez les patients – et peur collective du déclin de la nation – mise en danger par l'expansion de la neurasthénie parmi ceux dont on attend qu'ils soutiennent le pays ou qu'ils le défendent (étudiants, militaires, etc.)⁴⁸.

Comme l'a noté Kitanaka⁴⁹, la diffusion du concept de neurasthénie dans la société

compréhension et délivrance des « neurasthéniques »), *Nihon byōsekigaku zasshi* 日本病跡学雑誌, 1996, n° 52, p. 30-36)

45 La traductrice a fait le choix du terme « névrose » pour rendre *shinkeisuijaku*, mais la traduction exacte est bien « neurasthénie ». NATSUME Sōseki, « La civilisation japonaise moderne [Gendai Nihon no kaika 1911] » dans *Cent ans de pensée au Japon (tome 1)*, traduit par Elisabeth Suetsugu, Arles, P. Picquier, 1996, p. 154.

46 CHIKAMORI T., « *Futatsu no "jidaibyō"* », art cit, p. 200-201. ; WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 38.

47 Nakamura Yuzuru 中村譲 (1878-?), psychiatre diplômé de l'université impériale de Tokyo, tourne ainsi en dérision en 1912, dans un ouvrage sur la neurasthénie destiné au grand public, ceux qui « se pavanent plutôt de souffrir de la civilisation moderne et, à peine avoir remarqué un ou deux signes [de la neurasthénie] sur leur propre personne, s'en vont le proclamer, s'enorgueillissant d'être des incarnations de la civilisation » (cité par WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, *op. cit.*, p. 180)

48 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 238 ; FRÜHSTÜCK S., « Male Anxieties : Nerve Force, Nation, and the Power of Sexual Knowledge », art cit, p. 43, 47-48.

49 KITANAKA J., *Depression in Japan*, *op. cit.*, p. 57-59.

japonaise a ceci de remarquable que quelques décennies auparavant – avant l'institutionnalisation de la médecine occidentale moderne et l'appropriation de ses concepts dans le public –, les Japonais ne se souciaient ni de leur cerveau ni a fortiori de leurs nerfs – ces derniers n'existant pas dans la médecine sino-japonaise « pure » –, mais de la mauvaise circulation de leur *ki* (énergie, flux vital)⁵⁰. Ainsi l'un des facteurs culturels qui permit au discours sur la neurasthénie de trouver un écho auprès du public, fut la constitution d'un « vocabulaire des nerfs » et, peut-être plus encore, de ce que Watarai appelle une « culture des maladies du cerveau », dans lequel ce discours pouvait faire sens. En effet, à partir du début de l'ère Meiji, s'était progressivement diffusé un emploi populaire des termes *nōbyō* 脳病 (maladie du cerveau) et *shinkeibyō* 神経病 (maladie des nerfs, névrose) pour désigner une multitude de symptômes tant somatiques que psychologiques (maux de tête, insomnies, difficultés de concentration, tourments existentiels, etc.)⁵¹. Autrement dit, c'est aussi parce que les Japonais (et a fortiori les personnes les plus exposées aux nouveaux savoirs) s'étaient familiarisés avec cette nouvelle appréhension de leurs organes, qu'ils purent commencer à souffrir d'une neurasthénie qui était au Japon « comprise comme une maladie du cerveau [plus encore peut-être que comme une maladie du système nerveux] et la civilisation moderne considérée comme une civilisation du cerveau ou de la tête »⁵².

2.3. La neurasthénie, un boom thérapeutique

Au-delà de ces discours, qu'en est-il sur le plan clinique ? Si dans les années 1890 plusieurs études menées à la consultation externe du Premier hôpital de l'Université

50 Ainsi, des maux appelés à la fin du XIX^e siècle *ki-utsu* 気鬱 (mélancolie, tristesse, angoisse), *shaku* 癩 (irritabilité), etc. et vécus comme résultant d'une accumulation ou d'une stagnation du *ki* en viennent, au cours de l'ère Meiji, à être remplacés par l'expérience de l'épuisement nerveux. Voir à ce sujet : KURIYAMA Shigehisa, « Translation and the History of Japanese Irritability » dans *Traduire, transposer, naturaliser: la formation d'une langue scientifique moderne hors des frontières de l'Europe au XIX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 27-41. ; le chapitre « Reading Emotions in the Body: the Premodern Language of Depression » in KITANAKA J., *Depression in Japan, op. cit.*, p. 23-39. ; DAIDOJI Keiko, « Treating Emotion-Related Disorders in Japanese Traditional Medicine: Language, Patients and Doctors », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2013, n° 37, p. 59-80.

51 Ce passage à un paradigme du cerveau, pourrait-on dire, est notamment reflété par le choix du nom des hôpitaux psychiatriques privés qui, à partir de 1899, abandonnèrent la dénomination originelle de *tenkyōin* 癲狂院 (nom qui se réfère aux catégories sino-japonaises de la folie) pour devenir les uns après les autres des « cliniques de l'encéphale » (*nōbyōin* 脳病院), ainsi que par la publication de nombreux manuels détaillant les moyens de maintenir un « cerveau en bonne santé » (*kennō* 健腦) WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu, op. cit.*, p. 20-24. ; OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi, op. cit.*, p. 156-158. ; CHIKAMORI T., « Futatsu no "jidaibyō" », art cit, p. 201.

52 WU Y.-C., *A disorder of Ki, op. cit.*, p. 46.

impériale de Tokyo font état d'un pourcentage de patients neurasthéniques compris entre 6 et 7 %⁵³, c'est bien au lendemain de la guerre russo-japonaise, au moment où le discours médiatique sur la neurasthénie devient de plus en plus massif, que le nombre de patients diagnostiqués neurasthéniques prend une allure « épidémique ». Ainsi, à la consultation externe de l'hôpital psychiatrique Sugamo, la proportion annuelle de nouveaux cas recevant le diagnostic de neurasthénie augmente régulièrement : 10,6% en 1904 (12 patients), 16,5% en 1905 (37 patients), 18,9 % en 1908 (60 patients), 24,1% en 1911 (70 patients), 21,8 % en 1917 (51 patients)⁵⁴. De la même manière, dès la création d'une consultation externe au département de psychiatrie de l'hôpital de l'Université impériale de Tokyo en 1914, et au moins jusqu'en 1921, les neurasthéniques y représentent une moyenne de 32,5 % des patients (soit entre 143 et 375 patients annuels)⁵⁵. Du côté du secteur privé, Gotō Shōgo 後藤省吾, directeur du Tōkyō nōbyō-in 東京脳病院 (clinique de l'encéphale de Tokyo), déclare y avoir diagnostiqué, de 1899 à 1904, pas moins de 789 patients neurasthéniques – soit 30,8 % de sa clientèle⁵⁶. La neurasthénie constitue ainsi une part importante des diagnostics posés en consultation externe et dans les cliniques privées, autrement dit, dans des cadres institutionnels présentant la particularité d'être fréquentés de manière relativement *volontaire* par les patients. C'est là l'indice d'une certaine forme de normalisation de la psychiatrie comme discipline médicale ne s'occupant pas seulement de la gestion des fous dangereux et à laquelle peuvent s'adresser des individus « normaux ». Ainsi, de la même manière qu'il avait contribué à faire émerger une nouvelle patientèle pour la psychiatrie occidentale, au Japon, le succès de la neurasthénie semble accompagner et soutenir le développement du marché psychiatrique privé.

Quelles cures les psychiatres offraient-ils donc à ce nombre croissant de patients ? Aucune recherche ne s'est encore penchée sur les thérapies de la neurasthénie pratiquées dans les cliniques psychiatriques japonaises, mais la littérature académique présente des

53 WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, op. cit., p. 160.

54 OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Shisetsu Matsuzawa byōin shi 私説松沢病院史: 1879~1980* (Une histoire personnelle de l'hôpital Matsuzawa (1879-1980)), Tokyo, Iwasaki gakujutsu shuppansha, 1981, p. 284, 291, 324, 374, 400.

55 TŌKYŌ DAIGAKU SEISHIN.IGAKU KYŌSHITSU HYAKUNIJŪNEN HENSHŪ IINKAI, *Tōkyō daigaku seishin.igaku kyōshitsu hyakunijūnen* 東京大学精神医学教室 120年 (Les 120 ans du département de psychiatrie de l'Université de Tokyo), Tokyo, Shinkō igaku shuppansha, 2007, 286 p. p. 261.

56 Il est à noter que, contrairement aux représentations contemporaines du neurasthénique, une bonne partie de ses patients sont des commerçants et des agriculteurs. Cité par WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, op. cit., p. 163-164.

recommandations en tous points identiques aux moyens thérapeutiques habituellement employés dans les pays occidentaux. Un patient neurasthénique traité par l'un des élèves de Kure Shūzō rapporte ainsi s'être vu administrer un traitement conjuguant suggestion à l'état de veille, bains prolongés, prise de bromure, de somnifères et de lécithine, et enfin repos et consommation en grande quantité d'aliments nutritifs⁵⁷. Mais de manière générale, les grands psychiatres semblent peu intéressés par le soin des neurasthéniques. La neurasthénie constitutionnelle tend, conformément au pessimisme thérapeutique accompagnant les conceptions héréditaristes, à être décrite dans la littérature académique comme un trouble extrêmement difficile à guérir pour lequel la seule intervention envisageable est la prévention, à travers des mesures d'hygiène et d'eugénisme modéré – la sobriété est recommandée et les mariages entre « nerveux » sont fortement déconseillés⁵⁸. Quant à la neurasthénie acquise, c'est-à-dire l'état d'épuisement chronique dont le grand public était plus familier, les universitaires la traitent avec une relative désinvolture. Ainsi, dans un article publié dans le journal *Yomiuri* en 1913, Kure Shūzō explique-t-il laconiquement qu'une alimentation équilibrée et un sommeil régulier suffisent à en guérir⁵⁹. Contrastant avec l'apparent désintérêt du monde académique, les directeurs d'hôpitaux privés – à la fois médecins et entrepreneurs – s'investissent eux activement dans le traitement de ces neurasthéniques qui constituent une part considérable de leur clientèle⁶⁰. La presse abonde ainsi de publicités pour les traitements, vendus comme révolutionnaires, proposés dans leurs institutions : outre l'électrothérapie, on y trouve des thérapies aux noms plus intrigants telles que la « cure organique » (*zōkiryōhō* 臓器療法) dont Kano Kengo revendique la

57 Ce traitement rapporté par Morita Shōma comme ayant été administré par son collègue Ishida Noboru 石田昇 (1875-1941) à un patient qui viendra le consulter ensuite, est typique des cures occidentales de la neurasthénie dans sa double visée d'apaisement des nerfs et de renforcement du corps. Parmi le nombre impressionnant de procédés employés on pourra noter l'alliance du repos et d'une nutrition abondante, marque de fabrique de la très populaire *rest cure* du médecin américain Silas Weir Mitchell pour le traitement de la neurasthénie. (MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku no ryōhō* » 神経質及神経衰弱症の療法 (La cure du nervosisme et de la neurasthénie) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1921, vol.1, p. 346 ; OPPENHEIM Janet, *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, New York, Oxford university press, 1991, p. 110–140)

58 MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku* 精神病診断及治療学 (Diagnostik und therapie der geisteskrankheiten), Nankōdō, 1910, p. 597 ; KURE Shūzō 呉秀三, *Seishinbyōgaku shūyō* 精神病學集要 (Compendium de psychiatrie), Tohōdō, 1916, p. 90 ; ISHIDA Noboru 石田昇, *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (Nouvelle anthologie de psychiatrie), 9e éd., Nankōdō, 1922, p. 450.

59 KURE Shūzō 呉秀三, « *Bunmei to shinkeisuijaku* » 文明と神経衰弱 (Civilisation et neurasthénie), *Yomiuri Shinbun* 読売新聞, 20 mai 1913, p. 5.

60 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, op. cit., p. 183.

découverte⁶¹ ou diverses « cures par injections » (*chūsharyōhō* 注射療法)⁶².

Cependant, il est important de noter que si le succès de la neurasthénie accompagne le développement d'une offre psychiatrique privée, le marché thérapeutique de la neurasthénie qui se développe au cours des trois premières décennies du XX^e siècle dépasse en réalité largement le strict domaine des médecins psychiatres de formation et est également porteur d'une critique de la psychiatrie elle-même. Les témoignages des patients et les nombreux manuels à l'usage de ces derniers attestent ainsi de l'abondance et de la variété de l'offre thérapeutique, et de l'insatisfaction de nombreux patients face aux traitements exclusivement pharmacologiques que tendent à administrer les médecins de formation occidentale⁶³. Ainsi prolifèrent, des années 1890 aux années 1930, en dehors du champ de la médecine institutionnelle une multitude de thérapies proposant des approches alternatives du « mal de la civilisation ». Des réinventions modernes des méthodes de santé (*yōjō-hō* 養生法) issues de la médecine sino-japonaise de l'époque d'Edo – telles que la « méthode de respiration abdominale » (*harashiki kokyū-hō* 腹式呼吸法) de Futaki Kenzō –, des psychothérapies (*seishin ryōhō* 精神療法) et « techniques spirites » (*reijutsu* 靈術) alliant pratique de l'hypnose et conceptions de l'esprit issues du bouddhisme – comme la « cure automatique » (*jidō ryōhō* 自動療法) d'Igarashi Kōryū – connaissent un immense succès⁶⁴. Ces thérapies hautement populaires s'inscrivent dans un mouvement d'opinion plus large, qui rassemble médecins de tradition sino-japonaise, patients, intellectuels et religieux

61 Présentée par Kano Kengo comme une découverte mondiale, elle consiste en l'injection ou la prise par voie orale d'un médicament à base de mystérieux « produits de santé » (*kenkō sanbutsu* 健康産物) d'origine animale qu'il affirme être excellents pour le fonctionnement organique, et dont il clame l'efficacité non seulement sur la neurasthénie, mais aussi les maladies ophtalmiques et pulmonaires, les troubles génitaux et l'anémie. (KANO Kengo 狩野謙吾, « *Shinkeisuijakubyō no hanashi* » 神経衰弱病の話 (下) (Conversation autour de la neurasthénie), *Asahi Shinbun* 朝日新聞, 30 juin 1903, p. 7)

62 Tamura Kasaburō 田村化三郎 (ancien médecin militaire reconverti dans la pratique privée), par exemple, explique qu'il injecte aux patients un « excellent médicament fortifiant [...] qui par son effet sur le cerveau et les nerfs, augmente la force du cerveau ainsi que la force physique dans son ensemble et permet ainsi de soulager complètement la neurasthénie » (cité par WATARAI Y., *Meiji no seishin isetsu*, *op. cit.*, p. 185).

63 KITANAKA J., « 「神経衰弱」盛衰史 », art cit, p. 160.

64 Un contemporain (lui-même thérapeute autodidacte) raconte ainsi comment, du temps où il était étudiant « il n'était pas une personne qui n'ait pratiqué la thérapie *seiza* d'Okada » (UMEDA Kaoru 梅田薫, *Shōshin kyōfushō no ryōhō* 小心恐怖症の療法 (La cure de la timidité et des phobies), Taiyōsha Kenkyūjo, 1935, p. 89-90). Cette méthode, créée par Okada Torajirō (1872-1920), un curieux personnage sans la moindre qualification scolaire ou même religieuse, principalement fondée sur la respiration et la méditation assise, s'attira des centaines de pratiquants parmi l'élite intellectuelle (universitaires, étudiants d'élite, activistes politiques, etc.) (WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 79-80)

déplorant le monopole accordé à la médecine occidentale depuis la Restauration Meiji, et prônant la défense du savoir et des thérapeutiques autochtones⁶⁵. Il dénonce les limites de la médecine occidentale, en particulier son « matérialisme » supposé (c'est-à-dire son réductionnisme somatique) et sa méconnaissance de l'influence de l'esprit humain sur le corps ; un angle argumentatif qui trouve dans un trouble tel que la neurasthénie, qui mêle de manière intime les phénomènes psychiques et physiques, un terrain de prédilection. D'après Wu Yu-Chuan, qui y a consacré sa thèse, ces diverses méthodes thérapeutiques formulent, au travers de leurs théories de la neurasthénie qui incorporent des idées issues tant de la physiologie et de la psychologie occidentale que de la médecine sino-japonaise et du bouddhisme, une critique culturelle et sociale plus générale d'une « pensée occidentale » souvent perçue comme invasive, matérialiste, individualiste et nocive pour le « corps japonais », qu'elle rendrait neurasthénique, et un appel à un retour, proprement *thérapeutique*, à des valeurs japonaises « traditionnelles »⁶⁶. Il nous intéresse ici de noter que la psychothérapie développée par Morita Shōma – cadre clinique dans lequel il est amené à formuler le concept de « phobie interpersonnelle » –, que nous évoquerons bientôt, présente, comme l'a montré Wu, de nombreux points communs avec ce mouvement thérapeutique.

*

Reprenons les éléments évoqués jusqu'ici. La psychiatrie qui se développe au Japon, surtout à partir des années 1900, est une discipline d'importation occidentale. La psychiatrie japonaise connaît un développement scientifique rapide, marqué par l'influence austro-germanique et la domination du paradigme neuropsychiatrique, qui lui permet de produire rapidement dans ce domaine une recherche de niveau international. Sur le plan institutionnel elle demeure dans les premières décennies du XX^e siècle une discipline jeune, avec un nombre de départements et de psychiatres diplômés encore modeste, ce qui contribue à surdéterminer l'orientation la recherche en direction de qui est considéré comme le cœur de sa mission, c'est-à-dire la recherche de laboratoire sur le cerveau et le

65 Ce courant intellectuel est lié à la défense d'une médecine sino-japonaise privée de légitimité institutionnelle depuis 1874 mais bénéficiant encore d'un large soutien public, et également à celle de pratiques thérapeutiques autochtones (religieuses ou non) désormais interdites, au mouvement de renouveau du bouddhisme de l'ère Meiji, ainsi qu'au « boom » populaire de l'hypnose et du spiritisme scientifique. Il exprime une certaine hostilité vis-à-vis de la psychiatrie en tant qu'elle participe, aux côtés de l'Etat, à la destruction de ces pratiques. (SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 262-268)

66 WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 31.

système nerveux central et les « vraies » maladies mentales, et à ne permettre qu'un développement marginal de l'étude des névroses. Le soin psychiatrique japonais est caractérisé par la domination écrasante du secteur privé, dans lequel les cliniciens tendent à avoir un point de vue plus diversifié sur la maladie mentale.

En parallèle, le concept psychiatrique de neurasthénie fait, au cours des trois premières décennies du siècle, son chemin dans la sphère culturelle japonaise pour devenir un diagnostic fréquent et un symbole élastique, un « idiome de souffrance »⁶⁷ qui inscrit le sens des maux des individus dans le contexte socioculturel global de la « lutte pour la survie » dans une société japonaise perçue comme moderne et occidentalisée, et qui les exprime dans les termes de la psychiatrie moderne, faits de nerfs et de cerveaux malades. La diffusion de la neurasthénie dans la société japonaise de la première moitié du XX^e siècle est ainsi le *signe de l'assimilation d'un savoir psychiatrique d'origine occidentale à la vie concrète et à l'imaginaire des Japonais*. Toutefois tant sur le plan théorique que thérapeutique, la psychiatrie académique japonaise semble se tenir à distance du succès social du concept de neurasthénie, ne la considérant qu'au travers d'une doctrine kraepelinienne moralement et thérapeutiquement désespérante. Dans le même temps, la diffusion du concept de neurasthénie donne lieu à une contestation de la médecine occidentale et de son approche « matérialiste » par un mouvement thérapeutique non-institutionnel se revendiquant comme holiste et autochtone, piochant dans un vocabulaire et des techniques variées issues notamment du bouddhisme, de la médecine sino-japonaise, de l'hypnotisme, etc. Au cours des années 1920 va émerger, comme nous allons maintenant le voir, la version institutionnelle de cette critique : au sein de la psychiatrie académique deux courants psychologisants, l'école moritienne et le courant psychanalytique, qui font précisément de ces névroses dont se désintéresse l'élite académique le cœur de leurs préoccupations. Et c'est de la théorie forgée par Morita Shōma qu'émergera une notion semblable à la phobie sociale de Pierre Janet. Ainsi, l'immense succès du concept de neurasthénie dans la société japonaise et la critique de sa compréhension par l'élite psychiatrique ont formé le terreau culturel et scientifique sur lequel pourra émerger et s'enraciner la notion, formulée selon les termes de la psychiatrie moderne, d'une angoisse se manifestant dans les rapports interpersonnels.

67 NICTER Mark, « Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1981, vol. 5, n° 4, p. 379-408.

Chapitre 2

L'émergence du concept de phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) au Japon (1890-1930)

Introduction

Presque trois décennies exactement après la formulation du concept de phobies sociales par Pierre Janet, Morita Shōma expose en 1932 le concept de « phobie interpersonnelle » (*taijinkyōfu* 对人恐怖). Morita est alors le titulaire de la chaire de psychiatrie de la plus ancienne université de médecine privée de Tokyo et un personnage qui a acquis une certaine notoriété au cours des années 1920 par ses nombreux articles et plusieurs ouvrages qu'il publie sur le traitement psychothérapeutique de la neurasthénie et des obsessions. Dans cet article publié dans une revue mineure, il se fonde sur des constats analogues à ceux du psychologue français pour proposer de regrouper une série de symptômes obsessionnels sur la base de leur rapport privilégié à la situation interpersonnelle et au sentiment de honte, et renvoie ainsi à un tableau clinique en tous points semblable. S'il ne fait là qu'appliquer à un cas particulier sa théorie psychologique et les principes de sa psychothérapie du nervosisme et des obsessions, ce geste marque cependant au Japon l'origine d'une histoire conceptuelle dont l'importance est sans commune mesure avec celle de la « phobie des situations sociales » janétienne : au lendemain de la guerre, le concept sera ainsi consacré comme névrose la plus fréquente de la clinique japonaise. Dans ce chapitre nous étudierons donc l'émergence du concept de phobie interpersonnelle au Japon. Nous chercherons à comprendre le contexte clinique et théorique dans lequel Morita se positionne, et analyserons de sa doctrine en tâchant de faire émerger l'éthique qui la soutient. Nous essayerons également de mettre en lumière l'existence d'une première circulation du concept de *taijinkyōfu*, qui nous permettra de complexifier le tableau de la « découverte » moritienne⁶⁸.

En dehors des biographies et recueils de textes à visée hagiographique communs dans ce genre de courant⁶⁹, la littérature proprement historique sur l'œuvre Morita demeure encore

68 Nous avons opté pour l'adjectif « moritien(ne) » plutôt que « moritaïen » pour des raisons d'euphonie.

69 Rédigés ou compilés par d'anciens disciples ou patients, ils demeurent néanmoins une source précieuse, en particulier : la biographie de Morita, qui s'appuie sur de nombreux extraits de son journal intime : NOMURA Akichika 野村章恒, *Morita Shōma Hyōden* 森田正馬評伝 (Biographie critique de Morita

étonnamment limitée pour un personnage de son envergure. Si l'on met à part les nombreux mais courts travaux de psychiatres moritiens⁷⁰, les sciences humaines n'ont produit que très récemment quelques recherches qui, sans lui être exclusivement consacrés, permettent toutefois de l'envisager de manière un peu plus précise dans son contexte historique et nous seront ici très utiles⁷¹. La question spécifique de l'émergence historique du concept de phobie interpersonnelle en revanche, c'est-à-dire non seulement son élaboration par Morita mais également sa circulation dans le champ psychologique, n'a, à notre connaissance, jamais été traitée en tant que telle. La très utile mais courte synthèse sur l'histoire du concept de Takahashi Tooru⁷² passe rapidement sur ce moment se contentant d'indiquer Morita comme inventeur du concept et ne se fondant que sur deux articles de la période ; il en va de même de l'ouvrage de Jugon⁷³ qui tend en outre à isoler Morita de toute la littérature contemporaine japonaise.

Nos principales sources primaires dans ce chapitre sont, concernant Morita : ses ouvrages concernant sa théorie et sa psychothérapie du nervosisme publiés au cours des années 1920-1930, complétés par une biographie et un recueil de témoignages de patients et disciples. Afin de saisir le discours psychiatrique académique officiel, ainsi qu'un discours alternatif

Shōma), Tokyo, Hakuyōsha, 1974, 369 p. ; ainsi qu'une compilation de témoignages d'anciens patients, disciples et collègues : KōRA Takehisa 高良武久 (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide* 形外先生言行録－森田正馬の思い出 (Faits et gestes du Professeur Keigai – Souvenirs de Morita Shōma), 森田正馬生誕百年記念事業会, 1975, 284 p. ; un recueil de discours choisis parmi les entretiens entre Morita et ses patients : MORITA Shōma 森田正馬, *Sei no yokubō. Shinkeishitsu o ikasu ningengaku* 生の欲望 神経質を活かす人間学 (Le désir de vie. Une anthropologie pour tirer parti de son nervosisme), Hakuyōsha, Tokyo, 1975.

70 En particulier Okamoto Shigeyoshi 岡本重慶 (pour des réflexions relatives à la théorie et à la thérapie de Morita) et Sawano Keiichi 澤野啓一 (dans un registre plus biographique et culturel). Mentionnons notamment : OKAMOTO Shigeyoshi 岡本重慶, « 森田正馬の禅理解－その真？をめぐる検討の試み », *Nihon Morita ryōhō gaku zasshi* 日本森田療法学会雑誌, 2005, vol. 16, n° 2, p. 155-164 ; OKAMOTO Shigeyoshi 岡本重慶, « 森田の「神経質」概念の再認識－精神衰弱 (P.ジャネ) との関係を中心に－ », *Nihon Morita ryōhō gaku zasshi* 日本森田療法学会雑誌, 2007, vol. 18, n° 1, p. 54.

71 Wu lui consacre le 4^e chapitre de sa thèse sur les thérapies « alternatives » de la neurasthénie pratiquées au Japon (non publiée), à laquelle nous nous référerons abondamment : Wu Yu-Chuan, *A Disorder of Ki: Alternative Treatments for Neurasthenia in Japan, 1890-1945*, University College London, Londres, 2012 ; il apparaît également dans la monographie tirée de la thèse de Satō Masahiro : SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, op. cit..

72 TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no hensen – “jikkan” ni madowasareta rekishi* » 対人恐怖の概念の変遷－「実感」に惑わされた歴史－ (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 57-61.

73 JUGON Jean-Claude, *Phobies sociales au Japon : timidité et angoisse de l'autre*, Paris, ESF, 1998, 222 p.

mais élaboré et le discours de l'école moritienne sur les obsessions en général et l'éreuthophobie et la phobie interpersonnelle en particulier, nous nous sommes livrée à un examen systématique des principaux manuels de psychiatrie japonais des années 1890-1930 et de leurs diverses éditions⁷⁴, de la « Revue de Neurologie » (*Shinkeigaku Zasshi*), de la revue « Psychologie Anormale » (*Hentai Shinri*) et de la revue « Nervosisme » (*Shinkeishitsu*). Nous avons pu attester d'une circulation du concept de phobie interpersonnelle à partir de la seconde moitié des années 1930 dans des ouvrages appartenant à la littérature psychologique destinée au grand public que nous avons identifiés par recherche lexicographique dans le catalogue de la bibliothèque de la Diète et analysés.

Afin de comprendre dans quel cadre théorique et pratique s'inscrit la proposition de Morita, dans un premier temps nous dresserons donc un historique des doctrines des obsessions dans la psychiatrie japonaise mais également à ses marges, des années 1890 aux années 1920, c'est-à-dire au moment où Morita commence à exposer ses théories. Nous nous arrêterons notamment sur l'introduction et la circulation du concept d'éreuthophobie et de l'idée d'une angoisse liée aux situations sociales dans la littérature psychiatrique japonaise. Dans une seconde partie, nous examinerons la formulation par Morita de la phobie interpersonnelle à la lumière de sa théorie du nervosisme et de sa pratique psychothérapeutique, et nous essaierons de faire émerger la dimension éthique particulière qui la sous-tend. Enfin, en examinant une littérature psychologique mineure et jamais étudiée de cette époque, nous montrerons que le concept de phobie interpersonnelle a circulé chez certains psychothérapeutes japonais dès les années 1930-1940 où il a pris des formes très diverses que son développement ultérieur a occultées.

74 Il s'agit de (date de la première édition entre parenthèses) : Kure « Compendium de psychiatrie » *Seishinbyōgaku Shūyō* 精神病学集要 (1895), Ishida « La nouvelle psychiatrie » *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (1906), Miyake « Diagnostic et thérapie des maladies mentales » *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku* 精神病学诊断及治療学 (1908), Shimoda & Sugita, « La nouvelle psychiatrie » *Saishin seishinbyōgaku* 最新精神病学 (1922).

1. Éreuthophobie et obsessions au Japon (décennies 1890-1920)⁷⁵

1.1. Erythrophobie, Anthropophobia, Verkehrsangst

Pendant que le débat européen autour de l'éreuthophobie battait son plein au tournant du siècle, la question ne semble pas avoir intéressé les psychiatres au Japon. L'une des raisons à cela est sans doute que, avant le début du XX^e siècle et la popularisation du concept de neurasthénie, les troubles de type névrotique constituent un objet de recherche tout à fait mineur pour les psychiatres japonais. Le symptôme d'une angoisse de rougir a déjà été mentionné dans la littérature médicale japonaise avant 1897, mais en passant, comme l'un des innombrables symptômes que peuvent produire les troubles obsessionnels⁷⁶. C'est en 1907, soit tout de même assez précocement, qu'un article monographique intitulé « Des obsessions », publié dans la revue de référence *Shinkeigaku Zasshi* (Revue de Neurologie) consacre plus de 15 pages à la question spécifique de l'éreuthophobie – traduit *sekimenkyōfu* 赤面恐怖, c'est-à-dire peur (*kyōfu*) du rougissement (*sekimen*). Rédigé par un étudiant en psychiatrie de l'Université impériale de Tokyo, Tasawa Hideshirō 田澤秀四郎, l'article consiste d'abord en un résumé historique des doctrines psychiatriques occidentales des obsessions, mais il passe rapidement à la question de l'éreuthophobie, présentant d'abord un aperçu d'ensemble des études européennes puis la description d'une première série de cinq cas japonais, en tous points semblables aux cas décrits jusque-là dans la littérature occidentale⁷⁷. Il faut noter que l'état de l'art dressé par Tasawa porte nettement la marque du tropisme austro-germanique de la psychiatrie japonaise dans ces années et il est de ce fait assez incomplet : ce sont principalement les contributions publiées en allemand

75 Le double (mais court) article suivant nous a fourni des références précieuses pour cette synthèse : NOMURA Akichika 野村章恒, « 日本における神経衰弱及び強迫観念に関する意思的研究 (一) », *Tōkyō iji shinpō* 東京医事新報, 1953, vol. 70, n° 5, p. 271-272.; NOMURA Akichika 野村章恒, « 日本における神経衰弱及び強迫観念に関する意思的研究 (二) », *Tōkyō iji shinpō* 東京医事新報, 1953, vol. 70, n° 6, p. 525-527.

76 Par exemple un policier traité par Sakaki Hajime dont la phobie d'être fou aurait engendré un « symptôme de la peur de rougir » (*sekimen suru o osoruru shō* 「赤面するを恐る々症 *Furcht sich zu erröthen* »). (SAKAKI Hajime 榊俣, « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* » 強迫観念を有する患者の実例 (Des cas concrets de patients présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Igaku Zasshi* 東京医学会雑誌, 1895, vol. 9, n° 15, p. 36)

77 TASAWA H. 田澤秀四郎, « *Kyōhakukannen ni tsuite* » 強迫観念二就テ (Ueber die Zwangsvorstellung), *神経学雑誌*, 1907, vol. 6, n° 1, p. 1-22.

qui sont recensées, les deux seules références francophones citées, Hartenberg et Claparède, semblent provenir de comptes-rendus en allemand et, notablement, l'article de Pitres et Régis, ainsi que celui de Janet, sont ignorés. De fait, sa discussion théorique laisse entièrement de côté la question qui a en partie suscité et animé le débat européen : du rôle ou de la nature spécifique de l'émotion dans l'éreuthophobie il n'est jamais question. Dans son analyse, Tasawa adopte des positions en accord avec les théories dominantes en Allemagne, autrement dit avec une vision intellectualiste des obsessions, et avec l'hypothèse selon laquelle l'éreuthophobie est un symptôme neurasthénique⁷⁸. Cet article joue un rôle de relais d'idées produites en Occident, discutées à la marge seulement et qu'il ne vise qu'à illustrer sur le plan clinique – comme c'est au demeurant souvent le cas dans la littérature psychiatrique japonaise avant la Seconde guerre mondiale⁷⁹.

Dans le même temps, l'« anthropophobie » de Beard est également introduite (v. conclusion du chapitre 1). Elle est citée, toujours en passant, dans des articles sur les obsessions ou les phobies où elle figure soit dans des listes de symptômes, soit dans des descriptions cliniques, sous des dénominations encore instables (*kyōjinshō* 恐人症, *antorofobii* あんとろふおびー)⁸⁰. L'anthropophobie est alors définie comme la « peur obsédante d'être confronté à des lieux dans lesquels se trouvent de nombreuses personnes »⁸¹ – une définition qui tend à la rapprocher de l'agoraphobie. Et de manière curieuse, alors que Beard n'indiquait que le détournement du regard comme symptôme de cette phobie, dans les articles japonais, c'est plutôt à la peur de rougir que l'anthropophobie est associée. Ainsi Morita Shōma évoque-t-il, dans un article scientifique sur la neurasthénie publié en 1909, un patient obsessionnel dont il fait la description suivante :

« [il souffre notamment] d'éreuthophobie à un degré léger et, parce qu'il a honte de s'empourprer lorsqu'il se trouve face à des personnes, il essaye d'afficher un air calme et prend une mine extrêmement sérieuse, et il a horreur de sortir en public ; l'anthropophobie aussi est en rapport avec ces symptômes »⁸².

78 *Ibid.*, p. 20.

79 UCHIMURA Y., « *Nihon seishin.igaku no kako to shōrai* », art cit, p. 710.

80 Par exemple : SAKAKI Hajime 榭俣, « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* » 強迫観念を有する患者の実例 (Des cas concrets de patients présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Igaku Zasshi* 東京医学雑誌, 1895, vol. 9, n° 14, p. 4 ; GOTŌ Shōgō, « *Kyōfu ni tsuite* » 恐怖に就いて (Des phobies), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1905, vol. 4, n° 3, p. 121.

81 SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 4.

82 赤面恐怖 (Erythrophobia) も軽度に存し、人と相面する時は自ら顔面潮紅せんことを恥じ故ら

La situation au début du siècle est donc à peu près la suivante : les concepts d'éreuthophobie et d'anthropophobie sont tous les deux en circulation dans la littérature psychiatrique japonaise. Simples étiquettes permettant de nommer des symptômes donnés, ils n'y font pas l'objet de discussions théoriques ou cliniques particulières. Intégrés à une psychiatrie en construction et largement tributaire des théories occidentales – en particulier dans les lieux de production du savoir scientifique légitime tels que l'Université impériale de Tokyo –, ils s'y manifestent alors comme des concepts d'importation.

Dans les décennies suivantes, au tournant des années 1910 et 1920 en particulier, quoique les sources sont trop rares pour que l'on puisse parler d'évolution, on trouve néanmoins dispersés çà et là dans la littérature du champ « psy » des termes qui donnent à penser que l'idée d'un trouble anxieux, une phobie spécifiquement liée aux situations publiques et qui se manifesterait sous des formes variées se maintient chez les psychiatres et psychologues japonais. Elle ne semble toutefois pas liée – ou en tout cas jamais explicitement –, au concept proposé par Pierre Janet, bien que certains écrits de ce dernier commencent à circuler au Japon à la même époque. Un médecin du nom de Sata Yoshihisa 佐多芳久, par exemple, dans un article de 1918 consacré aux obsessions évoque, au milieu d'une longue liste d'obsessions, une « phobie du rougissement », baptisée *chōkō kyōfushō* 潮紅恐怖症. Il la définit comme « une crainte obsédante de rougir qui peut conduire à prendre en horreur le fait de rencontrer des gens et pour finir à ne plus sortir de chez soi », mais surtout il fait immédiatement suivre ce terme d'une autre dénomination, donnée entre parenthèses : « angoisse de honte » *shūchi kumonshō* 羞恥苦悶症⁸³, qui laisse deviner un concept plus large ; et en effet, pour illustrer cette « phobie du rougissement » Sata choisit non pas un éreuthophobe, mais un homme obsédé par l'idée d'avoir le nez trop bas (autrement dit un dysmorphophobe), idée qui lui rend effectivement insupportable le fait de se montrer devant des gens et le pousse à courir les chirurgiens dans l'espoir de se faire opérer. Cette catégorie d'« angoisse de honte » regroupe donc divers symptômes, sur la base du critère de la honte ressentie devant autrui et de l'évitement social que ce sentiment engendre. Une

に平気を粧はんとして頗る真面目となり衆人の前に出じるを厭う、多人数の場所恐怖 (Anthropophobia) も之と関係せり。(MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeisuijakusei seishinbyōsei taishitsu* » 神経衰弱性精神病性体質 (La constitution neurasthénique psychopathique), *Jinsei* 人生, 1909, vol. 5, n° 5-6, p. 78)

83 SATA Yoshihisa 佐多芳久, « *Kyōhaku Kannen (jō)* » 強迫観念 (上) (Les idées obsessionnelles), *Hentai Shinri* 変態心理, 1918, vol. 2, n° 4, p. 257-267.

formulation plus explicite encore de l'idée d'une phobie des situations publiques se trouve, quelques années plus tard, dans l'important manuel « Psychiatrie nouvelle », *Saishin seishinbyōgaku* 最新精神病学 (1922), du psychiatre Shimoda Mitsuzō 下田光造. La comptant parmi les multiples symptômes possibles de la dégénérescence psychique, Shimoda donne à cette obsession le nom d'« angoisse relationnelle », *kōsai kumonshō* 交際苦悶症 (traduction du terme allemand *Verkehrsangst*). Si le terme provient manifestement de la nosographie kraepelinienne, Shimoda fournit toutefois une définition plus complète et une description symptomatologique plus précise⁸⁴. Il la définit ainsi comme un ensemble de phobies ayant trait à « une perception très exagérée de ses propres défauts engendrant une peur d'échouer ou d'être ridiculisé en public qui provoque confusion, panique et hésitation ». Il y regroupe des symptômes aussi divers que l'éreuthophobie, la dysmorphophobie, mais également la phobie des examens, des habits, la peur de commettre un impair, d'être perçu comme nonchalant, d'uriner, de déféquer, de roter ou d'éclater de rire dans une situation formelle, etc.⁸⁵ Cependant, cette définition n'occupe qu'une place très marginale dans le chapitre où elle apparaît et n'est accompagnée d'aucune description de cas spécifique. Ces deux exemples, pour être succincts, nous fournissent néanmoins quelques indications : ils semblent témoigner du fait que l'éreuthophobie tend à être intégrée à une catégorie de troubles plus vaste caractérisée par l'angoisse publique, et du fait que ces troubles sont appréhendés selon une approche qui tend à se psychologiser. En effet, comme nous le verrons bientôt, dans les années 1920 le mouvement de psychologisation des névroses touche également la psychiatrie japonaise.

Si l'éreuthophobie a intégré la nomenclature symptomatologique et si l'idée d'une phobie ou d'une angoisse ayant trait aux situations sociales, arrivée sans doute par la voie de l'*anthropophobia* beardienne et confirmée par la *Verkehrsangst* kraepelinienne, semble également faire son chemin dans la nosographie psychiatrique japonaise, ces deux concepts, qui ne renvoient ni à des enjeux théoriques ni à des enjeux cliniques importants pour les psychiatres japonais, demeurent toutefois très marginaux. Comme nous allons

84 Cette définition est en effet accompagnée de deux termes allemands, *Verkehrsangst* et *Homilophobie*, noms que donne Kraepelin, dans la 8^e édition de son célèbre manuel de psychiatrie, à l'une des formes de la névrose obsessionnelle, définie comme « pouvant se développer à partir de la surestimation auto-accusatrice de défauts personnels réels ou supposés ». (KRAEPELIN Emil, *Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth, 1915, vol.4, p. 1834)

85 SHIMODA Mitsuzō 下田光造 et SUGITA Naoki 杉田直樹, *Saishin seishinbyōgaku* 最新精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 1^{re} éd., Tokyo, Kokuseidō, 1922, p. 353.

maintenant le voir, c'est lorsque la question du traitement des obsessions va se poser que la réflexion sur ces troubles va connaître au Japon une évolution substantielle.

1.2. Les théories des obsessions dans la psychiatrie japonaise (et en dehors) : de la théorie à la clinique ?

Nous essaierons ici de comprendre ce que sont dans un premier temps les orientations théoriques dominantes et la réalité clinique des obsessions dans la psychiatrie japonaise ; puis nous nous arrêterons sur les années 1920, moment où, les obsessions, devenues une question clinique importante par le biais de la neurasthénie, voient leur conceptualisation se diversifier et se psychologiser.

1.2.1. Les obsessions dans la littérature psychiatrique (1890-1910)

Comme nous l'avons déjà mentionné, les névroses constituent un objet de recherche tout à fait marginal pour les psychiatres japonais, a fortiori alors que la psychiatrie n'en est qu'à ses balbutiements. Ainsi, au cours des décennies marquant le tournant du XIX^e et du XX^e siècle, le thème des obsessions constitue une question franchement mineure dans la littérature psychiatrique japonaise. Des définitions de manuel, quelques articles çà et là : voilà toute la littérature qui leur est consacrée. Alors qu'en Europe la question des obsessions était âprement débattue, rien de tel ne se produira au Japon jusque dans les années 1930.

Les premiers articles portant spécifiquement sur les obsessions, datant de la première moitié des années 1890, ont été écrits par les premiers titulaires de la chaire de psychiatrie de l'Université impériale de Tokyo, Sakaki et Kure⁸⁶. Il s'agit d'articles introductifs, présentant à la fois une synthèse historique du concept ainsi que quelques observations cliniques autochtones. La définition des obsessions adoptée dans un premier temps tend à suivre celle de Krafft-Ebing, l'inventeur du terme consacré en allemand *Zwangsvorstellungen* (1867), dont l'expression japonaise *kyōhaku kannen* 強迫観念 est la

86 KURE Shūzō, « *Kyōhaku kannen ni tsukite* » 強迫観念に就きて (Des idées obsédantes), *Tetsugaku Zasshi* 哲学会雑誌, 1891, p. 1316-1331 ; KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhakuteki kannen o yūsuru seishinbyō no shōrei* » 強迫的観念を有する精神病の症例 (Un cas de maladie mentale/psychose présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Iji Shinshi* 東京医事新誌, 1892, n° 762, p. 1-4 ; SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit.

traduction fidèle (« idées forcées » ou « contraintes »)⁸⁷. L'obsession est ainsi définie comme une idée qui, chez des patients dont la pensée est par ailleurs parfaitement claire, logique et normale, survient de manière récurrente et pénible, s'impose à la conscience du malade contre son gré et perturbe le cours normal des idées⁸⁸. Sur la question de la nature des obsessions, les psychiatres japonais optent également pour la position de compromis d'abord défendue par Krafft-Ebing⁸⁹ : les obsessions peuvent être « spontanées » – une idée bizarre se manifeste à l'esprit et en vient à l'obséder (il s'agit alors d'un trouble purement intellectuel) –, ou bien être provoquées par une vive émotion, explique ainsi Sakaki Hajime⁹⁰.

Par ailleurs, sur le plan nosographique, les premiers articles tendent à faire des obsessions non pas un trouble indépendant, mais un symptôme présent dans de nombreuses maladies mentales, et en particulier dans la neurasthénie⁹¹ ; c'est là encore la position de Krafft-Ebing, d'ailleurs majoritaire chez les auteurs germanophones au tournant du XX^e siècle⁹². Ce rattachement des obsessions à la neurasthénie demeure une constante, même si, dans les décennies suivantes, une autre tendance se distingue progressivement. En effet, rapidement, au cours des années 1900, avec l'adoption de la nosographie kraepelinienne sous l'impulsion de Kure, les manuels de psychiatrie de référence japonais en viennent à classer les obsessions parmi les « folies de la dégénérescence » (*henshitsuikyō* 變質狂, all. *Entartungsirresein*) (v. partie introductive, point 2.1.), comme un trouble indépendant,

87 Le choix de la définition de Krafft-Ebing va dans le sens de la thèse développée par Bernhard Leitner en faveur d'un rééquilibrage *austro*-germanique de l'orientation jusqu'à présent décrite par l'historiographie comme « allemande » de la première psychiatrie japonaise (thèse en cours de rédaction à l'Université de Vienne, titre provisoire : « *Reine Nervensache? Zur Emergenz eines neuropsychiatrischen Denkstils in Wien und Tokyo um 1900* »). En effet, le choix de Krafft-Ebing (autrichien) à une époque où c'est plutôt la doctrine intellectualiste de Carl Westphal (1877) (allemand) qui occupe une place prépondérante chez les auteurs allemands et que Sakaki a lui-même étudié plusieurs années chez Westphal à Berlin, peut étonner (sa doctrine est d'ailleurs citée par Kure dans son premier article sur les obsessions de 1891). En fait, l'influence de Krafft-Ebing et de ses manuels très lus sur le *Compendium* de Kure – qui constitue lui-même la référence ultime pour les premières générations de psychiatres japonais – est très importante, en particulier dans les parties cliniques. Lors de son séjour à Vienne, Kure a en effet non seulement suivi les cours de Krafft-Ebing mais l'a également accompagné lors de ses visites aux malades à l'Hôpital général de Vienne. (LEITNER B., « Psychiatrie und Neurologie zwischen Wien und Tokyo. Zur Rolle eines transnationalen Netzwerkes in der Entwicklung der akademischen Medizin in Japan circa 1900 », art cit, p. 542-543, 553)

88 SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 1.

89 MAY-TOLZMANN Ulrike, « “Obsessional neurosis”: a nosographic innovation by Freud », *History of Psychiatry*, 1998, vol. 9, n° 35, p. 338-339. Krafft-Ebing se rangera toutefois à la position intellectualiste par la suite. (JANET Pierre, *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, Paris, Félix Alcan, 1903, p. 450)

90 SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 1.

91 KURE Shūzō 呉秀三, *Seishinbyōgaku Shūyō* 精神病学集要 (Précis de psychiatrie), Tokyo, Tohōdō, 1895, vol.2, p. 243.

92 MAY-TOLZMANN U., « “Obsessional neurosis”: a nosographic innovation by Freud », art cit, p. 340-341.

nettement distingué de la neurasthénie constitutionnelle qui relève néanmoins de la même catégorie, et des autres maladies pouvant présenter des symptômes obsessionnels⁹³. Sous la dénomination de « folie de contrainte », *kyōhakukyō* 強迫狂⁹⁴ (all. *Zwangsirresein*), c'est une maladie nettement placée sous le signe de la dégénérescence, conformément à la théorie kraepelinienne, qui est désormais décrite⁹⁵ – quoique la thèse des obsessions comme symptôme de la neurasthénie continue d'être représentée dans des manuels majeurs⁹⁶. Fait notable, en 1916 dans le second tome de son *Compendium* de psychiatrie, Kure mentionne l'existence des deux positions, intellectualiste et émotiviste, et adopte la seconde, suivant là encore l'évolution de la position kraepelinienne, qui reconnaît dans « l'angoisse » le fondement des obsessions⁹⁷.

Dès les premiers articles publiés dans les années 1890 apparaît une clinique japonaise (certes modeste) des obsessions. Sakaki Hajime en particulier présente dans un long article en deux parties pas moins de 18 vignettes cliniques (1895). Cependant, comme il le note, si les cas d'obsessions pures (c.-à-d. n'étant pas un symptôme se présentant dans le cadre d'une autre maladie mentale) sont « remarquablement intéressants », ils sont plutôt rares : en effet, les obsessionnels « sont tous des patients à domicile qu'il est tout à fait impossible d'observer dans un asile »⁹⁸. Au Japon comme ailleurs, les psychiatres ne sont que fort peu amenés à rencontrer ces patients dans le cadre de leur pratique hospitalière⁹⁹. Ce qui dénote

93 Par exemple : ISHIDA N., *Shinsen seishinbyōgaku*, *op. cit.*, p. 266. ; MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku* 精神病診断及治療学 (Diagnostik und therapie der geisteskrankheiten), 3e éd. augm., s.l., Nankōdō, 1914, vol.1, p. 467 ; KURE S., *Seishinbyōgaku shūyō*, *op. cit.*, p. 94.

94 On trouve diverses variantes de ce terme : *kyōhakukannen kyō* 強迫觀念狂, *kyōhakukannen seishinbyō* 強迫觀念精神病, *kyōhakubyō* 強迫病, etc. qui restent toutes des traductions de l'allemand *Zwangsirresein*.

95 Dans l'un des rares articles de cette période portant sur les obsessions, Miyake Kōichi, au détour de la discussion d'un point de nosographie particulier, souligne la nature fondamentalement dégénérée des obsessions. MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, « *Kyōhaku kannen no byōigakuteki chii* » 強迫觀念症ノ病位學的位置, *Igaku chūō zasshi* 医学中央雜誌, 1915, vol. 12, n° 13, p. 773-778.

96 Ishida Noboru 石田昇 (1875-1940), un autre élève de Kure, auteur du premier manuel introduisant la classification kraepelinienne au Japon, affirme-t-il de son côté – et avec constance au fil de ses nombreuses rééditions – que la folie de contrainte se développe « sur un terrain neurasthénique » et ne doit par être tenue pour un trouble indépendant (ISHIDA Noboru 石田昇, *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 1e éd., Tokyo, Nankōdō, 1906, p.239., ISHIDA N., *Shinsen seishinbyōgaku*, *op. cit.*, p. 268). Un autre élève de Kure, Ishikawa Teikichi (1869-1940), soutient également l'opinion que les obsessions sont surtout un symptôme neurasthénique. ISHIKAWA Teikichi 石川貞吉, *Seishinryōhōgaku* 精神療法学 (La psychothérapie), Tokyo, Nankōdō, 1910, p. 160.

97 KURE S., *Seishinbyōgaku shūyō*, *op. cit.*, p. 95-96.

98 SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 5.

99 Et même dans le cadre de leur clinique privée, pour ceux qui en avaient une, les obsessionnels demeurent

un fait important : les patients obsessionnels japonais demeurent ainsi, dans ces premiers temps, des papillons rares pour les psychiatres japonais. Même un directeur de clinique privée comme Gotō Shōgo – qui accueille de nombreux patients névrotiques (v. p.110) – ne rapporte que 10 patients phobiques pour la période 1899-1905 ; ce qui n'est guère plus en moyenne que les 18 patients rassemblés par Sakaki entre 1887 et 1895¹⁰⁰.

Sur le plan thérapeutique, en dehors des recommandations très formelles des manuels de psychiatrie qui reprennent mot pour mot les manuels européens¹⁰¹, les cas cliniques rapportés avant 1900 dans la littérature restent plutôt muets¹⁰². Sur les 18 cas qu'il présente, Sakaki ne rapporte que quelques guérisons spontanées et une unique guérison obtenue par un traitement psychothérapeutique constitué de « direction psychique » (*seishin shidō hō* 精神誘導法) et de suggestion, sans plus de précisions¹⁰³. Prudemment, il souligne toutefois la difficulté à se prononcer quant à la curabilité des obsessions en l'absence d'observations complètes de l'évolution des patients. Par la suite, à partir des années 1900-1910, la centralité de la psychothérapie sous toutes ses formes (direction psychique, hypnose ou suggestion, entraînement de la volonté, ergothérapie, méthodes de vie ordonnée) est explicitement et systématiquement mise en avant dans les manuels pour le traitement des obsessions¹⁰⁴. Kure, qui nourrit un véritable intérêt pour les traitements sans contrainte, a sans doute poussé plusieurs de ses étudiants vers l'étude des psychothérapies au cours des années 1900, sujet sur lequel il publie lui-même au cours des années 1910¹⁰⁵. Le premier de

rare : 10 cas seulement enregistrés de 1907 à 1920 dans la clinique de Kure (MATSUMURA Hidehisa 松村英久, *Tōkyō shiritsu seishinbyōin shi* 東京の私立精神病院史 (Histoire des hôpitaux psychiatriques privés de Tokyo), Makino shuppan, 1978, p. 125-126).

100 GOTŌ S., « *Kyōfu ni tsuite* », art cit, p. 123.

101 Dans le premier tome du manuel de psychiatrie publié par Kure (1895), les indications sur le traitement de la folie obsessionnelle citent mot pour mot les recommandations de Krafft-Ebing (1892). Elles préconisent ainsi de traiter en premier lieu son fondement neurasthénique par les traitements classiques visant d'une part la fortification du système nerveux (hydrothérapie, etc.), la diminution de la sensibilité des fonctions psychiques (bromure, etc.) et l'amélioration de l'état psychique (voyages, etc.). (KURE S., *Seishinbyōgaku Shūyō*, op. cit., p. 250-251 ; KRAFFT-EBING Richard von, *Traité clinique de Psychiatrie*, traduit par Laurent, Paris, Maloine, 1897, p. 547)

102 Kure ne mentionne par exemple aucune mesure thérapeutique particulière au sujet des deux cas, hospitalisés au Sugamo, qu'il décrit. Seul le suivi de leur état somatique est indiqué.

103 SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 8-9 ; SAKAKI H., « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* », art cit, p. 40.

104 MIYAKE K., *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku*, op. cit., p. 601 ; ISHIDA N., *Shinsen seishinbyōgaku*, op. cit., p. 241.

105 Kure rédige en 1914 un ouvrage consacré à la psychothérapie dans l'encyclopédie médicale *Nihon naika zensho* 日本内科学全書 (« Toute la médecine interne du Japon » tome 2, livre 3) qui consiste en la présentation des théories des auteurs européens (SHIMAZONO Susumu 島園進, « *Iyasu chi* » no keifu: *kagaku to shūkyō no hazama* < 癒す知 > の系譜: 科学と宗教のはざま (Généalogie du « savoir qui

ceux-ci, Ishikawa Teikichi 石川貞吉 (auteur en 1910 du premier manuel de psychothérapie moderne publié par un psychiatre japonais), se rangeant à l'opinion d'un important spécialiste des nerfs allemand, Leopold Loewenfeld¹⁰⁶, juge l'hypnose être le plus efficace traitement des obsessions. On peut toutefois se demander si ses indications sont beaucoup plus que théoriques. En outre la recommandation de la psychothérapie dans la cure des obsessions est marquée, comme en Europe, par le pessimisme quant à l'issue du traitement. Tous soulignent en effet la difficulté à soigner les obsessions, la fréquence des rechutes et « la persévérance que leur traitement exige »¹⁰⁷. Ce pessimisme est sans doute le reflet de la nature de ces textes (les manuels de psychiatrie japonaise étant alors des formes de compilations-traductions des grands manuels européens, ils en offrent un écho très fidèle), mais aussi peut-être celui d'une pratique locale alors extrêmement limitée de ce type de traitement.¹⁰⁸ Un article de 1905 d'un autre étudiant en psychiatrie à l'Université de Tokyo encouragé par Kure à étudier les psychothérapies, et qui n'est autre que Morita Shōma, constitue à cet égard l'exception qui confirme la règle, si l'on peut dire, puisqu'il décrit « un cas de *guérison* d'idées obsédantes » (nous soulignons), mais offre en outre un compte-rendu détaillé et analysé de son traitement psychothérapeutique. Morita rapporte ainsi le cas d'une patiente souffrant d'une envie obsessionnelle d'uriner dès qu'elle sort de chez elle, qui la contraint démesurément au quotidien. Le jeune psychiatre a soumis sa patiente à une cure en tous points conformes aux manuels de l'époque, alliant sciemment trois types d'approches : hypnose, psychothérapies (suggestion masquée, entraînement psychique et renforcement de la volonté, etc.) et cure physique (bromure)¹⁰⁹. Ce cas témoigne d'un certain empirisme dans la cure des obsessionnels par les rares psychiatres qui la pratiquent.

guérit »: entre science et religion), Tokyo, Yoshikawa kōbunkan, 2003, p. 123)

106 Leopold Loewenfeld (1847-1923) était un médecin allemand spécialisé dans le traitement des troubles nerveux alors extrêmement connu. Auteur de nombreux ouvrages sur les névroses, les troubles sexuels et l'hypnose, il publia notamment un livre sur les phénomènes de contrainte psychique (*Die psychischen Zwangserscheinungen*, 1904).

107 ISHIKAWA T., *Seishinryōhōgaku*, *op. cit.*, p. 163-164.

108 Aucune étude ne s'est encore penchée sur la pratique de la psychothérapie par les premiers psychiatres japonais. Les recherches de Suzuki Akihito sur l'Ōji nō byōin 王子脳病院 (clinique de l'encéphale Ōji) fournissent des éléments qui autorisent à penser qu'elle a pu exister sur la base de l'initiative individuelle. La psychothérapie ne faisait pas partie de la formation des psychiatres et la quasi-absence de littérature *clinique* sur la question donne à penser qu'elle n'était pas un terrain très investi par les chercheurs.

109 MORITA Shōma 森田正馬, « *Chiyuseru kyōhakukannenkyō no ichirei* » 治癒せる強迫観念狂の一例 (Un cas de guérison de folie obsessionnelle), *Chūgai iji shinpō* 中外医事新報, 1905, n° 599, p. 289-300.

1.2.2. Vulgarisation et psychologisation des obsessions

Avec l'expansion de la pratique psychothérapeutique qui accompagne « l'épidémie » neurasthénique, essentiellement par des psychothérapeutes non-psychiatres, voire sans qualification médicale, le concept d'idées obsessionnelles se diffuse et fait son apparition dans la littérature vulgarisée consacrée à la neurasthénie (manuels d'automédication, articles dans des revues grand public, etc.). Ainsi, dans les années 1920, les obsessions ne sont ainsi plus exclusivement pensées par quelques psychiatres et psychologues, et la circulation du concept d'idées obsédantes dans un cercle plus large et plus diversifié de praticiens s'accompagne d'une diversification des points de vue, et en particulier de l'affirmation de conceptions psychologisées des idées et peurs obsessionnelles.

a. La psychologisation prudente des psychiatres universitaires

Chez les psychiatres de l'université, l'affirmation progressive de la psychothérapie comme traitement privilégié du traitement des idées obsessionnelles – et sa pratique effective quoique marginale – observée depuis les années 1910 ne conduit toutefois pas à concevoir les idées obsessionnelles comme un trouble *essentiellement psychique*. Ils s'en tiennent en cela aux positions dominantes chez les psychiatres européens¹¹⁰. C'est donc de manière limitée que les théories psychogéniques commencent à être intégrées dans la doctrine psychiatrique des obsessions au Japon. Ainsi, dans une conférence intitulée « Idées obsessionnelles et phobies »¹¹¹ donnée au grand public en 1925 le titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université impériale de Kyoto, Imamura Shinkichi 今村新吉 (1874-1946)¹¹², qui a lui-même une position assez atypique au sein de la psychiatrie académique, affirme que les névroses telles que la neurasthénie, dont les obsessions seraient un symptôme, ne sont pas des maladies organiques mais « sensuelles » (*kannōteki* 官能的) et

110 Kraepelin notamment n'admettra jamais la folie obsessionnelle dans la catégorie des « névroses psychogéniques » (catégorie qu'il introduit en 1903 dans son manuel) (MAY-TOLZMANN U., « "Obsessional neurosis": a nosographic innovation by Freud », art cit, p. 343-344).

111 Publiée sous un titre différent : IMAMURA Shinkichi 今村新吉, *Shinkeisuijaku ni tsuite* 神経衰弱について (De la neurasthénie), Tokyo, Nihon shinrei gakkai, 1925, 50 p.

112 Imamura Shinkichi dirige le département de psychiatrie de l'Université de Kyoto de 1903 à 1934 où il imprime son orientation particulière. Admiratif de la psychiatrie française, langue qu'il parle, fait rare pour un psychiatre de l'époque (car son père l'enseigne), il introduit dans ses cours les travaux de psychiatres et psychologues français (Morel, Maignan, Janet), et projette les pavillons psychiatriques de l'hôpital universitaire sur le modèle de l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Il s'intéresse en outre à des sujets mineurs, voire peu recommandables du point de vue de la psychiatrie académique de l'époque, tels que l'hystérie et la parapsychologie (et participe aux expériences de Fukurai Tomokichi, v. note à ce sujet infra).

qu'elles peuvent être « guéries en passant par le psychisme ». Et s'il introduit par ailleurs dans cette conférence la théorie janétienne de la psychasthénie, il reste toutefois prudent : « la psychothérapie seule ne permet peut-être pas une guérison totale »¹¹³, sans doute parce que chez ces malades on trouve bien souvent des « anomalies innées »¹¹⁴. Kure Shūzō, dans un article publié la même année dans la *Revue de Neurologie*, affirme lui son soutien inconditionnel à la psychothérapie pour le traitement des obsessions : « la pharmacothérapie et les thérapies physiques sont sans effet direct, il n'y a pas d'autre voie que la psychothérapie »¹¹⁵. Il fait en outre quelques concessions importantes sur le plan étiologique : « On donne comme cause première la prédisposition héréditaire, mais les conditions extérieures nécessaires à l'apparition du trouble *semblent* avoir une influence de taille. » Et quoiqu'il note que ces « causes précipitantes » (*yūin* 誘因) « n'ont pas encore été complètement éclaircies », il évoque néanmoins deux éminentes théories psychodynamiques : la théorie des « complexes sexuels » de Freud et celle du « sentiment d'infériorité » d'Adler, auxquelles il ajoute une troisième référence, la théorie du « fondement hypocondriaque » de Morita¹¹⁶. Ce double positionnement, en faveur de l'approche psychologique sur le plan thérapeutique mais contre un basculement complet sur le plan théorique, est illustré de manière éloquente dans un article publié par un étudiant en psychiatrie à l'Université impériale de Tokyo. En 1926, Kubo Kiyoji 久保喜代二 (1895-1977) expose dans la *Revue de Neurologie* un long récit de la cure qu'il a menée sur un patient obsessionnel¹¹⁷. La psychothérapie « hétéroclite » qu'il a mis en place (par voie épistolaire) auprès de ce dernier va librement piocher principes théoriques et procédés pratiques chez divers psychothérapeutes défendant des théories clairement psychogéniques

113 [...] 一定の精神的治療によってそれが全治すといえは或は悪いかも知れない (IMAMURA S., *Shinkeisuijaku ni tsuite*, op. cit., p. 4)

114 IMAMURA Shinkichi 今村新吉, *Shinkeisuijaku to hisuterii no chiryōhō* 神経衰弱とヒステリーの治療法 (Le traitement de la neurasthénie et de l'hystérie), Tokyo, Nihon Shinrei Gakkai, 1927, p. 77. (NB : les pages consacrées à cette question dans l'ouvrage conservé à la bibliothèque de la Diète étant manquantes, nous avons consulté la version augmentée de cet ouvrage publiée deux ans plus tard)

115 療法としてはは、薬理的乃至物理的療法は本症に対し直接には無効である、精神療法に頼るより外に道がない [...] (KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhaku kannen shō* » 強迫観念症 (Les idées obsessionnelles), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1925, vol. 25, n° 3, p. 140)

116 KURE S., « *Kyōhaku kannen shō* », art cit.

117 KUBO Kiyoji 久保喜代二, « *Kure hakase no katsute kōjutsu seraretaru kyōhakukannenshō no ichirei ni tsuite no sono go no kansatsu* » 呉博士ノ嘗テ講述セラレタル強迫観念症ノ一例ニ就テノ其後ノ観察 (Observations postérieures d'un patient obsessionnel anciennement décrit par le Pr. Kure), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1926, vol. 26, n° 5, p. 314-326.

(Freud, Janet, Adler, Morita, Dubois, etc.). La majeure partie de l'article est consacrée à la description des informations obtenues grâce à des procédés psychanalytiques, à savoir l'emploi de la méthode associative et une exploration systématique des rêves du patient faisant une très large place à l'analyse des souvenirs sexuels. Pourtant, la mise au jour de « nombreux éléments psychanalytiques » (complexe d'Œdipe, de castration, élément homosexuel, etc.) ne l'empêche pas d'estimer « qu'on ne peut pas encore être aussi affirmatif que les freudiens quant à la signification de ces éléments relativement aux idées obsessionnelles »¹¹⁸ ; et la guérison obtenue par des techniques purement psychologiques, ne le conduisent pas à considérer qu'il a traité une « psychonévrose » – ses observations finales ne faisant qu'énoncer des données classiques, à commencer par le rappel du fort taux « d'hérédité » chez les obsessionnels. Ainsi l'expérience empirique même de la psychothérapie ne mène pas nécessairement à une réflexion théorique sur la nature des obsessions. Au sein des universités impériales, a fortiori celle de Tokyo, les chercheurs, affranchis de toute nécessité de plaire à d'éventuels patients, se tiennent à leur souci premier qui est celui de la rigueur scientifique, qui s'incarne en l'occurrence dans la théorie kraepelinienne.

b. La pratique de la psychothérapie et la psychologisation des obsessions

En dehors de l'université en revanche, répondant à un public demandant à ce que ses souffrances psychiques, englobées sous le vaste label de neurasthénie, ne soient pas exclusivement traitées somatiquement, les autres acteurs qui se sont investis sur ce terrain (médecins et psychologues autodidactes en psychothérapie, et surtout une foule de praticiens de l'hypnose non diplômés du champ des sciences modernes), proposant leurs propres « psychothérapies » de la neurasthénie, se trouvent également confrontés aux obsessions. En effet, en dehors du cercle des psychiatres savants, l'association des obsessions à la neurasthénie est une constante, et l'écart entre les théories de ceux-ci et de ceux-là est énorme. Si dans un article de vulgarisation sur les obsessions qu'il publie dans un grand quotidien tokyoite en 1925 Kure se veut rassurant, expliquant notamment que les obsessions n'évoluent pas vers d'autres maladies mentales, sa description est une liste abstraite de symptômes, et il maintient que la « prédisposition psychopathique » et

118 併し余は此等の事柄が有する意義竝に強迫観念症との關係に就いて、全然フロイド学派の如くに主張することは未だできぬのである。 (*Ibid.*, p. 325)

l'hérédité sont les causes principales des obsessions¹¹⁹. Les descriptions proposées par les psychothérapeutes populaires, pour certains très célèbres et très lus¹²⁰, sont elles au contraire inscrites dans une réalité quotidienne familière, à laquelle il est d'autant plus facile de s'identifier qu'elles sont, évidemment, profondément optimistes. Igarashi Kōryū 五十嵐光竜, inventeur de la « cure automatique » égrène ainsi dans le livre qui présente sa thérapie des cas qui sont presque des histoires drôles, comme celui de cet homme ne peut supporter non seulement les choses qui brillent, celles qui ont une forme carrée et les « toits en zinc » et renonce à une semaine entière de réservation dans l'un des hôtels de la station thermale de Hakone où il s'était rendu pour se soigner lorsque, se prélassant dans l'eau chaude le premier soir, lui vient soudain le doute que ce toit pourrait être recouvert du matériau honni¹²¹. Et toutes se terminent inmanquablement de manière positive, leurs taux de guérison avoisinant, à les croire, les 100 %. Un autre aspect caractéristique de ces écrits psychothérapeutiques est leur insistance sur l'impuissance de la médecine moderne occidentale. Besho Shōzen 別所彰善 (1876-1940), médecin de formation reconverti dans les approches alternatives, explique ainsi ce que sont les obsessions en évoquant un cas proprement paradigmatique : un jeune homme, *fil de médecin*, obsédé par l'idée d'être atteint de la peste, puis d'attraper la rage, puis par la saleté, s'en trouve presque entièrement empêché d'étudier alors qu'il prépare l'entrée dans une école supérieure et c'est après avoir lui avoir fait faire, en vain, *la tournée* « des plus grands neuropsychiatres » que son père se rapproche de lui¹²². Ces thérapeutes se positionnent ainsi clairement comme une alternative et une réponse aux apories de la médecine officielle.

Au-delà de leur stratégie commerciale, sur le plan théorique, les psychothérapeutes abordent les obsessions comme ils abordent la neurasthénie, c'est-à-dire comme un trouble exclusivement *psychique* et il n'est chez eux jamais question de dégénérescence. Les idées freudiennes circulent également et on peut ainsi lire en 1918 dans la revue « Psychologie anormale » (*Hentai shinri*), sous la plume d'un psychologue d'Osaka, que les obsessions

119 KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhaku kannen* » 強迫観念 (Les idées obsédantes), *Hentai Shinri* 変態心理, 1925, vol. 16, n° 2, p. 146-147.

120 WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 141, 145.

121 IGARASHI Kōryū 五十嵐光竜, *Jidō ryōhō* 自働療法 (La cure automatique), Tokyo, Fujokaisha, 1920, p. 40-41.

122 BESHŌ Shōzen 別所彰善, « *Konnan naru kyōhaku kannen byō sha* » 困難なる強迫観念病者 (Un obsessionnel difficile) dans *Shinkeisuijaku no konjihō* 神経衰弱の根治策, Katsujinsha, 1924, p. 144.

sont très souvent « le retour émotionnel d'un souvenir passé »¹²³. Mais plus souvent, au-delà de leur variété, les théories des psychothérapeutes non-institutionnels (*minkan*) se fondent sur une pratique de l'hypnose agrémentée de concepts provenant du bouddhisme et du spiritualisme occidental et présentée comme relevant d'une psychologie orientale supérieure à la médecine occidentale¹²⁴. La neurasthénie, puisque c'est d'elle que dépendent les obsessions, est un trouble psychique caractérisé par la métaphore du manque « d'unification psychique » (*seishin tōitsu*). Fukurai Tomokichi 福来友吉 (1869-1952), par exemple, psychologue diplômé de l'université impériale de Tokyo, alors en rupture avec le monde académique¹²⁵ et parmi les leaders du mouvement psychothérapeutique, explique que l'idée obsédante est « une idée puissante qui, à l'intérieur de la personnalité, écrase les autres idées et cherche à se matérialiser » ; c'est « une idée tyranniquement égoïste »¹²⁶ en ce sens qu'elle ne fonctionne pas de manière harmonieuse avec les autres idées et acquiert une influence particulière et néfaste au sein de la personnalité. Les idées obsédantes seraient ainsi un symptôme typique du « manque d'unification de la personnalité » et de

123 過去記憶の気分的復現 (MUKAI Akira 向井章, « *Futatabi kyōhaku kannen no shin.in ni tsuite* » 再び強迫観念の心因に就いて (A propos des causes psychiques des idées obsessionnelles (bis)), *Hentai shinri* 変態心理, 1918, vol. 2, n° 8, p. 515)

124 L'hypnose (*saiminjutsu* 催眠術) est connue dès les années 1860 au Japon, mais alors qu'elle devient un phénomène populaire, pratiquée par de nombreux amateurs et faisant la une des journaux dans les années 1900, deux événements contribuent à ternir sa réputation au tournant des années 1910 : d'une part elle est l'objet d'une campagne menée par les médecins de formation occidentale contre les « charlatans », qui obtiennent en 1908 un décret interdisant sa « pratique inadéquate » ; d'autre part, une controverse scientifique très médiatisée autour des expériences de parapsychologie menées par le dauphin du titulaire de la chaire de psychologie de l'Université impériale de Tokyo aboutit à – événement rare – sa démission en 1913 (v. note suivante). Ces événements décrédibilisent l'hypnose aux yeux des universitaires, tant comme objet de recherche que comme forme thérapeutique, et poussent les hypnothérapeutes à modifier la manière dont ils présentent leur pratique. Ces derniers se revendiquent comme en mesure de dépasser non seulement les écueils de la médecine occidentale mais aussi ceux des pratiques religieuses traditionnelles. (WU Y.-C., *A disorder of Ki*, op. cit., p. 133-139)

125 Dauphin du fondateur du département de psychologie de l'université impériale de Tokyo, Fukurai y a fait une thèse sur des « Recherches psychologiques sur l'hypnose » (1904) influencée par la lecture de William James (dont il traduit notamment la *Psychology*) et y enseigne la psychologie anormale. Il compromet définitivement sa carrière académique dans les années 1910-1911 en s'investissant de manière un peu trop enthousiaste dans la parapsychologie avec des expériences très médiatisées menées sur des sujets dont il est convaincu des pouvoirs extralucides (on trouvera une description de cette affaire notamment dans : TAKASUNA Miki, « The Fukurai affair : parapsychology and the history of psychology in Japan », *History of the Human Sciences*, 2012, vol. 25, n° 2, p. 149-164). L'écho négatif, tant médiatique et qu'académique, est tel que la psychologie anormale disparaît des cursus de psychologie des universités impériales dès 1913 et tout le long des années 1920-1930. Cet événement est tenu pour avoir empêché le développement de la psychologie clinique au Japon jusqu'à la fin de la Seconde guerre mondiale. (SATŌ Tatsuya et SATŌ Takao, « The Early 20th Century: Shaping the Discipline of Psychology in Japan », *Japanese Psychological Research*, 2005, vol. 47, n° 2, p. 60-61)

126 FUKURAI Tomokichi 福来友吉, *Seishintōitsu no shinri* 精神統一の心理 (La psychologie de l'unification psychique), Tokyo, Nihon shinrei gakkai, 1926, p. 91.

« l'affaissement mental » neurasthénique¹²⁷. De manière générale, les obsessions semblent avoir été considérées comme un trouble psychique majeur en raison de leur effet perturbateur sur le « flot de l'attention »¹²⁸, et le résultat de manifestations variées des aspects néfastes de l'influence occidentale, telles que la pensée individualiste et l'égoïsme (poussant vers « l'obsession de soi ») ou l'hygiénisme (à l'origine des obsessions hypocondriaques)¹²⁹.

c. Deux théories psychogéniques concurrentes dans la psychiatrie académique

Mais ces années 1920 voient également l'apparition, au sein même de la psychiatrie académique, de deux courants d'orientation psychologique, se consacrant largement à l'étude des névroses, maladies qu'ils traitent comme étant de nature essentiellement psychogénique et pour lesquelles ils défendent des formes de psychothérapie précisément définies. Ces courants s'organisent autour de deux figures : d'un côté le courant que nous qualifierons d'autochtone, qui suit les théories psychologiques originales de Morita Shōma 森田正馬 (1874-1938), et de l'autre un courant promouvant la théorie psychanalytique freudienne, mené par Marui Kiyoyasu 丸井清泰 (1886-1953)¹³⁰. S'ils ont des positionnements théoriques relativement hétérodoxes (en particulier les freudiens), ces psychiatres ne sont pas des outsiders : tous deux formés à l'Université impériale de Tokyo par Kure Shūzō, ils sont titulaires dans les années 1920 de chaires de psychiatrie dans des universités importantes, l'université de médecine privée Jikeikai dans le cas de Morita et l'Université impériale du Tōhoku dans le cas de Marui, où vont se constituer leurs écoles respectives. Tous deux sont ainsi amenés à se pencher sur la question des obsessions, qui

127 *Ibid.*, p. 97, 101.

128 La libre circulation de ce « flot de l'attention », souvent décrit par l'expression tirée du bouddhisme zen de *munen musō* 無念無想 (littéralement « sans idée, sans pensée ») ou d'« unification psychique », constitue dans ces psychologies l'état psychique idéal que ces thérapies visent à restaurer. (WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 150-156)

129 *Ibid.*, p. 154-156.

130 Premier titulaire de la chaire de psychiatrie à l'Université impériale du Tōhoku, Marui Kiyoyasu peut être considéré comme l'introducteur de la psychanalyse dans la psychiatrie japonaise. Il s'est formé à la psychanalyse au cours de son séjour d'études aux Etats-Unis à l'Université Johns Hopkins (1916-1919) auprès d'Adolf Meyer. Dès son retour, il commence à enseigner la psychanalyse dans son cours de psychopathologie et présente régulièrement des communications sur ce sujet lors des congrès annuels de la Société de Neurologie. Un petit groupe d'étudiants suit son orientation, avec lesquels il deviendra actif sur le plan éditorial au tournant des années 1920-1930 (traductions des œuvres de Freud 1929-1933, création d'une revue universitaire de travaux psychanalytiques en 1932). En 1933, il obtient de Freud l'autorisation de fonder une antenne japonaise de la Société Internationale de Psychanalyse. (IZUMI T. (ed.), *Nihon kingendai igaku jinmei jiten*, *op. cit.*, p. 576.)

deviendront occasionnellement, lors de plusieurs congrès de psychiatrie entre la fin des années 1920 et la première moitié des années 1930 en particulier, le terrain de leur affrontement théorique. Les obsessions constituent en effet un objet commun en même temps qu'une question fondamentale pour ces deux théories très différentes l'une de l'autre et rivales. Pour Marui, les obsessions représentent une pathologie pour laquelle la supériorité de la méthode freudienne serait démontrée « plus encore que dans le cas de l'hystérie », car « leur pathologie complexe et leurs symptômes purement psychiques », feraient de « la méthode par analyse et élucidation » la cure la plus adéquate¹³¹. Tandis que pour Morita et ses disciples, non seulement les obsessions sont parfaitement explicables dans les termes moins spéculatifs de sa théorie du nervosisme, mais en outre il revendique l'invention d'une psychothérapie qui, enfin, viendrait à bout de cette impasse thérapeutique. Si leurs échanges d'une rare violence firent forte impression auprès de leurs collègues¹³², il semble que Morita, qui demeurait sur le plan théorique bien plus fidèle à la psychiatrie universitaire et partageait toutes ses critiques contre la psychanalyse, avait l'establishment psychiatrique gagné à sa cause. Mais surtout, sa cure rapide et simple des obsessionnels lui permettait, comme il ne manqua pas de le souligner, de produire des statistiques précises et d'afficher des taux de guérison très satisfaisants « tout au contraire des freudiens qui sont toujours des plus approximatifs sur cette question concrète fondamentale »¹³³.

*

Pendant les deux premières décennies du XX^e siècle, la psychiatrie académique mainstream porte aux obsessions un intérêt marginal qui semble relativement distant de la

131 [...] 強迫性神経症は複雑なる病理を示し且つ病症が純精神的のものである関係から精神分析の分解的、解明的なる方法に大いに適合するからである。(MARUI Kiyoyasu 丸井清泰, « *Kyōhakusei shinkeishō ni tsuite* » 強迫性神経症に就いて (De la névrose obsessionnelle), *Shindan to chiryō* 診断と治療, 1933, vol. 20, n° 5, p. 602-603)

132 Marui ne se gênant pas pour critiquer le côté « amateur » de la psychologie moritienne ou renvoyer la « manie de la classification des dégénérés » de Morita à une « psychologie descriptive statique qui ne contribue pas au progrès de la science » (USHIJIMA Sadanobu 牛島定信, « *Marui Kiyoyasu - Morita Shōma ronsō* » 丸井清泰・森田正馬論争 (Le débat Marui - Morita) dans *Nihon Seishin Shinkei Gakkai hyakunen shi* 日本精神神経学会百年史, 2003, p. 625-626) ; Morita rétorquant que l'interprétation psychanalytique des symptômes relève « au mieux du jeu de l'esprit, au pire de la superstition » et que la psychanalyse est une « théorie théologique » qui tient plus de la philosophie ou de la religion que de la science (MORITA Shōma 森田正馬, « *Kyōhaku kannen no seiin ni tsuite* » 強迫観念ノ成因ニ就イテ (Über die Pathogenese der Zwangsvorstellungen), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1934, vol. 38, n° 2, p. 88-90).

133 之に反してフロイド派の人は、この最も大切な実際問題については、常に余りに粗略である。(MORITA S., « *Kyōhaku kannen no seiin ni tsuite* », art cit, p. 90)

préoccupation clinique et qui demeure fidèle aux théories qui font consensus dans la psychiatrie germanophone, l'enracinant fermement dans une conception héréditariste et se tenant à son pessimisme thérapeutique. Parallèlement, et presque comme un reflet inversé, l'épidémie de neurasthénie et les formes de psychothérapies populaires qui se développent dans son sillon permettent l'émergence et la circulation d'une image psychologisée des obsessions et une prise en charge thérapeutique différente. Par ailleurs, au sein de la psychiatrie académique émergent également deux courants psychologiques minoritaires revendiquant non seulement une compréhension psychogénique rigoureuse, mais également des psychothérapies structurées s'appliquant aux obsessions. L'une de celles-ci est la thérapie Morita, et c'est dans le cadre de sa pratique que va se formuler une nouvelle conception de l'éreuthophobie sous la forme du concept de phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*).

2. Nervosisme, psychothérapie et « phobie de la honte » : l'invention de la phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) par Morita Shōma

Comme nous l'évoquions en introduction de ce chapitre, c'est en 1932 que paraît dans une revue éditée par une petite clinique psychothérapeutique privée de Tokyo un article intitulé « L'éreuthophobie (ou phobie interpersonnelle) et sa cure », qui propose de repenser le concept d'éreuthophobie¹³⁴. Morita Shōma, psychiatre et psychothérapeute de la première heure¹³⁵, y affirme que les recherches sur l'éreuthophobie et surtout son traitement, de la toute première description d'un cas clinique par Casper (1846) à ses contemporains japonais en passant par Bekhterev, témoignent d'une conception erronée de ce trouble. Chercher à empêcher les patients de rougir ou classer des formes de rougissement comme le fait Hartenberg – que Morita cite sans le nommer – de « l'éreuthopathie » à « l'obsession de la rougeur », autrement dit se focaliser sur le symptôme du rougissement, soutient-il, « c'est se laisser enfermer et obséder en tant que chercheur par l'obsession que le patient a lui-même de sa rougeur » et ne rien comprendre à l'essence de celle-ci¹³⁶. L'empourprement du visage, même prononcé, ne constitue pas en soi un symptôme pathologique : certains individus peuvent devenir rouge pivoine sans s'en soucier le moins du monde et, à l'inverse, d'autres rougissent très peu et s'en tourmentent néanmoins douloureusement, fait-il remarquer¹³⁷. L'obsession ne réside donc pas dans le rougissement. Le fondement véritable de ce trouble, affirme le psychiatre, est la *honte ressentie devant autrui*. Aussi, la peur pathologique du rougissement n'est-elle que l'un des symptômes possibles – la peur d'être laid, de sentir mauvais, de bégayer, d'avoir des expressions ou un regard anormal, etc. en présence d'autrui – de ce trouble plus fondamental qu'il baptise ainsi :

« Puisque le symptôme est l'angoisse de ressentir de la honte devant autrui, il faudrait

134 MORITA Shōma 森田正馬, « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* » 赤面恐怖 (又は対人恐怖) と其療法 (L'éreuthophobie (ou phobie interpersonnelle) et sa cure) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974, vol.3, p. 164-174. Originellement publié dans le vol. 3 n° 5 de la revue *Shinkeishitsu* 神経質 (« Nervosisme »)

135 Si Morita n'est pas le premier Japonais à pratiquer une forme de psychothérapie (au sens moderne) il est, parmi les psychiatres formés à l'Université impériale, le premier à choisir ce domaine dans lequel exercent de nombreux « charlatans » comme spécialité.

136 [...] 赤面という事に対する患者の捉はれと、之に込まれて、共々に捉はれ学者の分類であつて [...] MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 167-168.

137 *Ibid.*, p. 168.

parler d'une phobie de la honte, dont l'éreuthophobie est l'une des variétés. Par ailleurs, comme c'est fréquemment dans la relation interpersonnelle à l'entourage qu'apparaissent diverses angoisses, récemment certains lui ont donné le nom de phobie interpersonnelle. »¹³⁸

Voilà comment, trente ans après Janet, mais selon une formulation similaire, Morita réinvente, ou plutôt invente un nouveau concept de phobie sociale : la « phobie de la honte » (*shūchikyōfu* 羞恥恐怖) ou encore « phobie interpersonnelle » (*taijinkyōfu* 対人恐怖). Nous retrouvons dans cette description des éléments déjà rencontrés tant dans la littérature européenne que japonaise des décennies précédentes : la mise au second plan du symptôme physique du rougissement, l'importance accordée au sentiment de honte, et bien sûr la centralité de la situation interpersonnelle ; le terme *taijinkyōfu* lui-même n'est pas de l'invention de Morita¹³⁹.

Mais il ne faudrait pas pour autant réduire la phobie interpersonnelle à une redite tardive d'une phobie sociale qui aurait été pensée bien avant lui et que l'historiographie japonaise aurait, soit naïvement, soit par chauvinisme, promue comme invention japonaise. C'est bien par sa pratique de la psychothérapie que Morita est confronté à la question de l'éreuthophobie. En effet, avant d'être une question théorique, l'éreuthophobie se pose d'abord pour lui comme un *problème thérapeutique* bien réel : les éreuthophobes sont des patients « têtus », affirme-t-il, dont le traitement est particulièrement difficile, les moyens psychothérapeutiques habituels, tels que l'hypnose ou la méthode persuasive, ne donnant pas de résultats. Un constat qui corrobore le pessimisme thérapeutique de la majorité des psychiatres occidentaux qui, rappelons-nous, impuissants, abandonnaient leurs éreuthophobes à la « perpétuité [de] leur torture morale »¹⁴⁰. Or Morita a élaboré, à la fin des années 1910, une théorie ainsi qu'une psychothérapie originale de la neurasthénie et des obsessions (ou « nervosisme »), et c'est, dit-il, « à mesure qu'[il] découvrait la psychopathologie du nervosisme » qu'il serait parvenu à soigner durablement ces patients éreuthophobes¹⁴¹. Si chez Janet la théorie de la psychasthénie conditionne et permet la

138 自ら人前で恥かしかる事を苦悩する症状であって、羞恥恐怖をいうべく、赤面恐怖は其一種である。また周囲に対する対人関係で、種々の苦悩を起すものが多いから、近頃或人は之に対人恐怖と名付けたことがある。(Ibid)

139 La question de l'origine du terme *taijinkyōfu* est encore ouverte dans l'historiographie moritienne. Nous formulons une hypothèse à ce sujet dans la troisième partie de ce chapitre.

140 A. Pitres et E. Régis, « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », art cit, p. 14.

141 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 164.

réflexion sur la phobie sociale, chez Morita c'est la théorie et la thérapie du nervosisme qui déterminent sa compréhension de la « phobie interpersonnelle ».

2.1. La théorie du nervosisme selon Morita

2.1.1. Eléments biographiques

Originaire de Kōchi (Kyūshū), Morita Shōma 森田正馬¹⁴² (1874-1938) appartient à la seconde génération des psychiatres japonais. Il a suivi dans sa formation le parcours d'élite : après avoir étudié dans la 5^e École supérieure (*kōtō gakkō* 高等学校) (Kumamoto), il fait des études de médecine à l'Université impériale de Tokyo (1898-1902), où il suit en parallèle des cours du département de psychologie. Il choisit comme spécialité la psychiatrie, qu'il étudie ainsi auprès de Kure Shūzō (1903-1906), et celui-ci lui assigne comme thème de recherche l'étude des psychothérapies. Morita se plonge ainsi dans l'étude des textes des représentants européens importants de la psychothérapie (Otto Binswanger, Paul Dubois, Leopold Loewenfeld, etc.) et est chargé de la mise en place de l'ergothérapie à l'hôpital Sugamo. En parallèle Morita a également développé une bonne connaissance des thérapies populaires japonaises : outre un goût pour la philosophie, la religion et la magie, Morita ayant lui-même été un étudiant neurasthénique, il semble avoir beaucoup fréquenté ces thérapies, en observateur comme en patient¹⁴³.

A la fin de ses études (1906), sans avoir fait de séjour de recherche à l'étranger, contrairement à la plupart de ses camarades, fautes des résultats universitaires nécessaires, il devient directeur médical d'un hôpital psychiatrique privé (l'hôpital Negishi 根岸病院) et chargé de cours à l'école de médecine privée Jikeikai (Jikeikai iin igakkō 慈恵会医院医学校), à Tokyo. En 1919, soit après presque quinze années d'activité professionnelle, Morita publie dans une revue médicale et dans la revue *Hentai Shinri* plusieurs articles dans

142 Deux lectures du nom personnel de Morita sont connues : Shōma et Masatake. La question de savoir laquelle serait la bonne est encore ouverte au sein du courant moritien. La question étant purement anecdotique, nous adoptons la première lecture, qui semble avoir été plus usitée de son vivant, quoique la seconde option tende à être privilégiée dans les ouvrages de référence récents. (Pour un ample récapitulatif des arguments à ce sujet on consultera : <http://kyoto-morita.org/wp/research-note/2016/02/>)

143 MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhaku kannen no konjihō* » 神経衰弱及強迫観念の根治法 (La cure totale de la neurasthénie et des idées obsessionnelles) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1926, vol.2, p. 395-406.

lesquels il expose sa théorie du nervosisme (*shinkeishitsu* 神経質), une théorie psychologique de la neurasthénie et des obsessions, ainsi que la psychothérapie qu'il a élaborée et dont il affirme qu'elle permet de les traiter rapidement et efficacement¹⁴⁴ – ces deux inventions constituent le cœur de la thèse de médecine qu'il soutiendra en 1924. Dès lors il ouvre à son domicile (situé dans le quartier de l'université de Tokyo) une clinique dans laquelle il pratique sa thérapie et forme des disciples. Au cours des années 1920, Morita développe sa théorie et sa psychothérapie et les fait connaître du public médical, mais aussi et surtout des patients potentiels : il écrit régulièrement pour des magazines féminins et de vulgarisation médicale, publie « La cure du nervosisme et de la neurasthénie » (*Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku no ryōhō* 『神経質及神経衰弱の療法』) (1921), « La cure totale de la neurasthénie et des idées obsessionnelles » (*Shinkeisuijaku oyobi kyōhaku kannen no konjihō* 『神経衰弱及強迫観念の根治法』) (1926) et « La vraie nature du nervosisme et sa cure » (*Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* 『神経質の本態及療法』), trois ouvrages qui deviendront des best-sellers¹⁴⁵, et passe même à la radio (1926). De fait, Morita devient au cours des années 1920 un psychiatre et psychothérapeute relativement connu du grand public ; se forme autour de lui un groupe de sympathisants et de disciples, constitué d'intellectuels, d'étudiants en médecine et d'anciens patients, qui finissent par constituer une école moritienne de la psychothérapie.

Tant sur le plan institutionnel que théorique, Morita se situe à l'intersection de la médecine occidentale et des psychothérapies non-institutionnelles : critique de l'organicisme qui tend à dominer les idées et la pratique des médecins à l'égard de la neurasthénie, il est toutefois encore plus sévère à l'égard des psychothérapies populaires et autres thérapies alternatives qu'il juge pour la plupart relever de la superstition – en dépit du fait qu'il est une figure de référence pour nombre de ces psychothérapeutes. Collaborateur important de la revue « *Psychologie anormale* » (*Hentai Shinri* 変態心理), il est par là lié à un milieu d'intellectuels non-médecins s'intéressant à la chose psychique selon une approche rejetant explicitement le matérialisme qui caractérise d'après eux la

144 MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no ryōhō* » 神経質の療法 (La cure du nervosisme), *Seiikai zasshi* 成医会雑誌, 1919, n° 453, p. 315-327 ; MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no hanashi* » 神経質の話 (A propos du nervosisme), *Hentai shinri* 変態心理, 1919, vol. 3, n° 6, p. 510-526.

145 « La cure du nervosisme et de la neurasthénie » (1921), est réédité à un rythme annuel ; la « Cure totale de la neurasthénie et des idées obsessionnelles » (1926), connaîtra en dix ans pas moins de trente rééditions.

médecine moderne, à commencer par l'écrivain Nakamura Kokyō 中村古峽 (1881-1952), fondateur de la revue. Au demeurant, sans occuper une position institutionnelle aussi prestigieuse qu'une chaire dans une université impériale et en dépit du manque de reconnaissance de ses découvertes dont il s'est continuellement plaint, Morita est loin d'être un paria : il est pleinement intégré institutionnellement, bénéficie du soutien quasi-inconditionnel de Kure, grâce auquel il peut obtenir le titre de docteur de l'Université impériale de Tokyo malgré une thèse hors normes¹⁴⁶, et d'une reconnaissance plutôt exceptionnelle de la part de ses collègues du mainstream¹⁴⁷, qui le louent pour son invention thérapeutique, une « découverte résolument originale dont nous devons nous enorgueillir à la face du monde » et une « contribution au progrès de la psychiatrie »¹⁴⁸.

2.1.2. La théorie du nervosisme de Morita

La théorie du nervosisme¹⁴⁹ (*shinkeishitsu* 神経質) que développe Morita s'inscrit fondamentalement dans le cadre épistémologique de la psychiatrie académique de son temps, mais s'en démarque cependant par le rôle essentiel qu'il attribue à la dimension psychique, sa prise de distance avec la théorie de la dégénérescence et une certaine valorisation de la personnalité « nerveuse ». Le nervosisme moritien est, avant toute chose, un trouble *psychique* :

« Le nervosisme se manifeste comme un état d'asthénie irritable innée, mais si l'on y regarde bien, les fonctions vitales ne sont en rien affaiblies : *tout se produit sur le plan psychique*. L'individu *perçoit* sa propre résistance comme faible et c'est cela qui cause l'apparition des divers symptômes de l'asthénie irritable. »¹⁵⁰ (nous soulignons)

146 Kōra Takehisa (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide*, op. cit., p. 93-94.

147 A une époque où les travaux autochtones tendent à ne pas être mis en valeur par les Japonais eux-mêmes (UCHIMURA Y., « *Nihon seishin.igaku no kako to shōrai* », art cit, p. 708)

148 MATSUBARA Saburō 松原三郎 et al., « “*Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijakushō no ryōhō*” ni taisuru gakkai no hankyō » 「神経質及神経衰弱症の療法」に対する学界の反響 (Réactions du monde scientifique à la « La thérapie du nervosisme et de la neurasthénie »), *Hentai shinri* 変態心理, 1921, vol. 8, n° 6, p. 653-655.

149 Je fais le choix du terme français « nervosisme » et non de la transcription *shinkeishitsu* qui est habituellement d'usage dans les écrits sur la thérapie Morita. Comme nous l'avons vu précédemment, *shinkeishitsu* a été employé par les psychiatres japonais dès le début du XX^e siècle pour traduire les termes occidentaux *Nervosität* et *nervosity / nervousness*, dont l'équivalent français est « nervosisme ». Le fait de conserver le mot japonais dans des textes en langues occidentales tend à rendre artificiellement exotique une notion qui s'enracine pourtant dans un contexte intellectuel partagé.

150 神経質は表面的には、持前の刺激性衰弱の状態であるが、深く観察すれば、実際に生活機能が弱いのではなく、精神的に起るもので、本人が自ら抵抗力の弱い事を感じ、其の結果として刺激性衰弱の種々の症状を表はすに至るのである。(MORITA S., « *Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku*

Partant du tableau symptomatique de la neurasthénie constitutionnelle (v. partie introductive, point 2.1.), il y ajoute celui de la névrose obsessionnelle, de la névrose d'angoisse et de l'hypocondrie. Il refonde ainsi, à l'inverse de la nosographie psychiatrique en vigueur, une vaste neurasthénie psychologisée qui regroupe dans le champ névrotique tout ce qui ne relève pas de l'hystérie (ce qui n'est pas sans rappeler la psychasthénie janétienne). Le nervosisme moritien est ordonné en trois sous-types, qui renvoient à peu près à ces tableaux : le nervosisme simple, les idées obsessionnelles et la névrose paroxystique. Sa conceptualisation psychopathologique du nervosisme s'articule autour de deux concepts principaux. Le premier est le « fond hypocondriaque » (*hipokondoriisei kichō* ヒポコンドリー性基調), qui constitue la prédisposition congénitale indispensable sur la base de laquelle se développe le nervosisme. Cette prédisposition est ce qu'il appelle une « tendance psychique » (*seishinteki keikō* 精神的傾向) : un type psychologique caractérisé par une tendance exagérée de l'individu à observer et à s'inquiéter de ses propres états physiques et mentaux¹⁵¹. La théorie moritienne fait donc dériver tous les symptômes nerveux d'une forme de préoccupation hypocondriaque. L'autre élément central de la théorie de Morita est un mécanisme psychopathologique auquel il donne le nom d'« interaction psychique » (*seishin kōgo sayō* 精神交互作用). Il s'agit du cercle vicieux qui se met en place entre l'attention et les sensations et génère les symptômes nerveux : l'attention que l'individu porte à une sensation physique ou à une idée donnée tend à exacerber celle-ci, renforçant en retour l'attention et ainsi de suite. C'est cette interaction psychique qui engendre les symptômes physiques du nervosisme (maux de tête, tachycardie, etc.), qui ne sont ainsi pas des atteintes organiques réelles¹⁵². Le nervosisme n'est donc pas une maladie organique et n'est pas le « mal de la civilisation » : c'est une prédisposition psychique innée. Morita s'inscrit ainsi en opposition surtout vis-à-vis de l'idée courante que l'on se fait de la neurasthénie au Japon.

Nous avons vu au chapitre précédent que les psychiatres universitaires considèrent le nervosisme comme une forme de dégénérescence : Morita aborde ce point délicat de manière prudente. Il ne rejette pas le principe étiologique de la dégénérescence, mais il en restreint considérablement la portée, récusant tout déterminisme étroit (des parents

no ryōhō », art cit, p. 241)

151 Cette tendance hypocondriaque est, d'après Morita, alimentée par le discours hygiéniste ambiant et c'est en ce sens seulement que la neurasthénie pourrait être conçue comme un mal de la civilisation.

152 MORITA S., « *Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku no ryōhō* », art cit, p. 240-241.

« nerveux » n'ont pas nécessairement des enfants « nerveux » affirme-t-il) et questionnant la nature de ce que l'on qualifie habituellement de « congénital » (s'agit-il du matériau génétique, d'événements intra-utérins, ou des conséquences de l'éducation ?)¹⁵³. Dans la théorie moritienne, le principe héréditaire est détrôné par celui des *tendances psychiques*, dont il est convaincu du caractère fondamental au point de l'ériger en principe nosographique général à la fin des années 1920¹⁵⁴. Il ne faudrait toutefois pas trop vite penser que Morita dé-moralise la question héréditaire ; en fait, dans sa classification de ces tendances psychiques, les névrosés sont répartis en trois catégories principales – nervosisme, hystérie et « dégénérescence au sens strict » – et il ressort clairement des descriptions qu'il fait de ces personnalités que la nosographie se double d'une hiérarchisation morale qui bénéficie aux nerveux¹⁵⁵. Morita se contente donc de sauver les nerveux, autrement dit ses patients, de l'infamie de la dégénérescence.

Les obsessions, catégorie à laquelle appartient la phobie interpersonnelle, constituent donc une sous-catégorie du nervosisme moritien. La théorie moritienne des obsessions se distingue là encore de celle de ses collègues dans son refus d'en faire un symptôme de la dégénérescence ou de la neurasthénie. Morita adopte une position qui accorde aux « émotions » (*kanjō* 感情) une importance essentielle dans la genèse des obsessions¹⁵⁶. Les obsessions ne sont d'après lui pas des idées qui « s'imposent » au malade – comme le traduit bien le terme *kyōhaku kannen* –, mais sont le fruit d'un « conflit psychique » (*seishin kattō* 精神葛藤). Les mots ne doivent toutefois pas nous tromper : Morita emploie cette expression dans un sens tout autre que le conflit psychique freudien¹⁵⁷. Le conflit

153 *Ibid.*, p. 326-327. ; MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* » 神経質の本態及療法 (La vraie nature du nervosisme et sa cure) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1928, vol.2, p. 311-312.

154 MORITA Shōma 森田正馬, « *Henshitsu no bunrui ni tsuite* » 変質者の分類について (De la classification des dégénérés), *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌, 1927, vol. 27, n° 9, p. 556-562. Il s'agirait là d'une intuition dont il affirme avoir trouvé confirmation en découvrant la théorie des constitutions d'Ernst Kretschmer (1888-1964).

155 Ainsi, d'après Morita les nerveux sont caractérisés par « l'introversión (psychique) et l'intellectualisation », mais on ne trouve chez eux nulle trace de « l'égoïsme et de l'ostentation hystérique, de l'absence de retenue et de l'effronterie des dégénérés immoraux, de l'absence d'ambition et de l'indolence des faibles de volonté ». La dégénérescence et sa connotation morale négative demeurent ainsi parfaitement valides pour les autres névrosés. (MORITA S., « *Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku no ryōhō* », art cit, p. 253. ; MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 315-316)

156 MORITA S., « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* », art cit, p. 327-328.

157 Pour une définition générale : « On parle en psychanalyse de conflit lorsque, dans le sujet, s'opposent des exigences internes contraires. Le conflit peut être manifeste (entre un désir et une exigence morale par exemple, ou entre deux sentiments contradictoires) ou latent, ce dernier pouvant s'exprimer de façon déformée dans le conflit manifeste et se traduire notamment par la formation de symptômes, des

psychique que décrit Morita se situe au niveau du *vécu conscient* et désigne la *lutte intérieure menée par l'obsessionnel* qui cherche à supprimer des idées ou des sensations qu'il *perçoit* comme anormales et lui étant étrangères. Or, d'après Morita, ces idées ou sensations ne sont pas obsédantes en elles-mêmes, ce sont au contraire des vécus normaux et naturels : c'est l'« esprit d'opposition » (*hankōshin* 反抗心¹⁵⁸) de l'obsessionnel, autrement dit, son *refus d'accepter ces idées telles quelles qui les rend obsédantes*. Le conflit psychique qui engendre l'idée obsessionnelle est ainsi ce qu'il appelle une « contradiction de la pensée » (*shisō no mujun* 思想の矛盾¹⁵⁹) : une *attitude* de déni, d'opposition de l'individu à ses propres émotions, sensations ou idées qui engendre la « capture » (*toraware*) du psychisme par celles-ci¹⁶⁰. L'obsession est donc chez Morita non pas le fruit d'une dynamique inconsciente, comme pour les psychanalystes, mais d'une *posture mentale* donnée. Quant aux causes de cette attitude, elles sont imputées au « tempérament hypocondriaque » de l'individu : autrement dit, à sa prédisposition psychique, horizon d'explication au-delà duquel Morita refuse de s'aventurer. Cette étiologie tautologique (qui consiste à trouver dans la nature des obsessionnels la cause de leur tendance à s'obséder), sur laquelle l'attaquent les psychanalystes, comme le reconnaît lui-même Morita¹⁶¹, est entre autres le produit d'une farouche volonté de sa part de

désordres de la conduite, des troubles du caractère, etc. » (LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Baptiste, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2004, p. 90)

158 MORITA S., « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* », art cit, p. 123.

159 *Ibid.*, p. 123-124, 143-144.

160 Voici comment, dans une communication dans laquelle il explicite les désaccords entre son approche des obsessions et celle du courant psychanalytique, Morita explique la psychogenèse d'un cas d'obsessions. Un jeune homme a développé une phobie des ciseaux peu de temps avant son service militaire : la vue de ciseaux ou de tout objet pouvant être coupé avec des ciseaux provoque chez lui une crise d'angoisse. Morita identifie dans un événement donné le facteur déclenchant (un jour que le patient somnole, malade, sous le *kotatsu*, il est brutalement réveillé par le bruit d'une paire de ciseaux que sa mère laisse tomber sur la table en métal devant lui). Du fait de son « caractère nerveux », le patient perd d'emblée de vue la cause factuelle de sa peur (un grand bruit inattendu) : son caractère « introverti » fait qu'il s'attache plutôt à sa sensation et qu'il demeure fixé sur le souvenir de cette sensation de frayeur. L'esprit devient captif de ce sentiment désagréable : persuadé qu'il s'agit là de quelque chose de pathologique, le malade essaye en vain de le repousser, se démène et finit par le rendre obsédant. La cause première est oubliée mais la crainte de faire de nouveau l'expérience de cette sensation en vient ainsi à être réactivée par une multitude d'objets et de situations qui, parce qu'ils évoquent par association d'idées l'événement initial, engendrent à chaque fois le malaise anxieux. (MORITA S., « *Kyōhaku kannen no seiin ni tsuite* », art cit)

161 Mais il oppose à la critique épistémologique l'argument de l'utilité thérapeutique : « Lorsque je dis que "l'idée obsessionnelle est apparue en réaction au bruit des ciseaux en raison de l'introversion psychique [du patient]", les psychanalystes argumentent que si je n'en explore pas les causes ma théorie demeure superficielle. Mais d'après moi, comme c'est bien en fonction de la prédisposition que différents symptômes sont engendrés, aussi, on a beau explorer les aspects sexuels, ceux-ci n'étant qu'une cause précipitante, cela n'a pas de grande utilité sur le plan thérapeutique. » 余が「鋏の響に対して、精神内向的のために、強迫観念になった」ということに就いて、分析派の人は、其原因を追求しなければ、余の説は浅薄だという。然るに余から見れば、性欲事実を探り得たからとて、その結果

demeurer rigoureusement « scientifique ». Ce qui pour lui signifie se limiter à la stricte observation des faits, comme l'indique une expression qui traverse l'ensemble de ses écrits comme un mantra : « les faits comme seule vérité » (*jijitsu yuishin* 事実唯真). D'où un refus affiché de toute explication causale spéculative – refus auquel il ne se tient que partiellement en réalité – et un rejet radical d'une théorie freudienne bien trop spéculative à son goût¹⁶².

Ainsi, la théorie du nervosisme de Morita ne propose pas de théorie de l'esprit ou de psychopathologie raffinée. Le principe de la prédisposition psychique offre une réponse peu élaborée mais spéculativement peu coûteuse à la question de l'électivité névrotique (c'est-à-dire pourquoi face à des événements banals certains deviennent-ils névrosés et pas d'autres ?), ce qui explique sans doute pourquoi elle a été facilement acceptée par le mainstream académique. Si l'on peut s'étonner de la relative simplicité théorique de la théorie moritienne, il faut souligner cette caractéristique : celle-ci s'adresse plus aux patients de Morita qu'à ses collègues. A mesure qu'il avance dans sa carrière, au cours des années 1910, la bibliographie de Morita tend en effet à être dominée par les écrits destinés au public non spécialiste. Cette orientation pèse sans doute sur le fond, mais aussi en grande partie sur la forme de sa théorie du nervosisme. Son écriture ne répond pas aux canons de la littérature scientifique : outre l'absence quasi totale de références bibliographiques, sa pensée se formule dans une langue extrêmement imagée, parsemée de métaphores, de proverbes zen et récits bouddhiques. Un style peu académique qui peut donner à ses écrits l'apparence d'essais de philosophie morale teintée de bouddhisme, plutôt que celle de traités de psychothérapie savants, une apparence qui n'a cependant rien de choquant pour un lecteur de manuels de psychothérapie populaires de l'époque et qui le rend en outre facile d'accès¹⁶³. Comme l'a montré Wu, toute une dimension de l'œuvre de

として、素質によって、種々の症状が異なりて現われるのであって、それは単なる起因であるから、治療上に重要な役目を持たないのである。(Ibid., p. 88)

162 Un positionnement qui lui vient certainement de sa formation médicale, mais n'est sans doute pas non plus étranger à son inscription dans le champ psychothérapeutique, majoritairement occupé par ceux que des médecins comme lui jugent être des charlatans : d'où la nécessité de positionner sa psychothérapie comme pratique rationnelle et scientifique. La détestation qu'a Morita pour la psychanalyse – qui a frappé même ses soutiens les plus fidèles (par exemple NAKAMURA Kokyō 中村古峯, *Seishin eisei kōwa* (I) 精神衛生講話. 第1冊 (Leçons d'hygiène mentale (t.1)), Tokyo, Shufu no tomo sha, 1930, vol.1, p. 9-10) – a eu l'occasion de s'exprimer lors de ses échanges électriques avec Marui Kiyoyasu.

163 Ce style « parlé », « simple et vulgarisé » qui le rendent « très accessible à un public profane » est souligné par tous ceux qui font le compte-rendu de son premier ouvrage. (MATSUBARA S. ET AL., « “*Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijakushō no ryōhō*” ni taisuru gakkai no hankyō », art cit)

Morita, les notions et le vocabulaire qu'il emploie, font directement écho aux thérapies populaires de la neurasthénie de son époque¹⁶⁴.

Le fait que la théorie moritienne est d'abord destinée aux patients, s'exprime sous une autre forme également qui est la *valorisation morale du caractère nerveux*. Ainsi, si la prédisposition nerveuse est source de souffrances, Morita la tient néanmoins pour être le propre d'une personnalité supérieure (assez immodestement d'ailleurs puisqu'il se considère comme tel). Les tourments hypocondriaques sont ainsi l'expression morbide d'un esprit réflexif et sensible, et ses patients ont gardé le souvenir, au cours de ses échanges avec eux, de ses convocations régulières des grands noms du panthéon spirituel japonais dans les rangs des nerveux¹⁶⁵. Morita semblerait ainsi être parvenu à induire chez ses patients un sentiment d'adhésion à ce qui n'est presque plus un diagnostic mais plutôt une « identité nerveuse positive »¹⁶⁶. On mesure ainsi l'écart entre la description du nervosisme par la psychiatrie académique et celle de Morita : d'une dégénérescence nerveuse incurable, le nervosisme devient un type de personnalité qui tient bien plus du don que de la tare. Paradoxalement, par ce geste, Morita, qui récuse l'image médiatisée de la neurasthénie comme mal de la civilisation, renoue pourtant avec la dimension séduisante du diagnostic. Son nervosisme redevient un signe distinctif éminemment positif, c'est là sans doute le reflet de sa pratique thérapeutique.

2.2. La psychothérapie du nervosisme de Morita

Le cœur de la contribution scientifique de Morita réside à ses yeux, sans l'ombre d'un doute, dans sa psychothérapie, qu'il cherchera à faire connaître vingt ans durant (1919-1938) au Japon mais aussi en Europe¹⁶⁷. Reprenant à son compte la critique des cures

164 Voir le chapitre entier : « Morita Therapy » in WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 187-243.

165 Avec des affirmations du type « le Bouddha et Confucius sont des nerveux. Les véritables personnalités de grands hommes ne se trouvent que chez les nerveux », ou encore : « on ne devient pas nerveux sans être doté d'une intelligence supérieure ». (Kōra Takehisa (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide*, *op. cit.*, p. 85)

166 « Some expressed delight at knowing how different they were from people without *shinkeishitsu* and became grateful to have been born with this special disposition. Echoing Morita's words, they also often used the phrase: 'We people of *shinkeishitsu*' or 'We *shinkeishitsu*'. » (WU Y.-C., *A disorder of Ki*, *op. cit.*, p. 228)

167 Morita essaye, en vain de son vivant, de publier en allemand une présentation de sa thérapie : Shimoda Mitsuzō, à qui il a demandé ce service, fait parvenir le texte à Karl Bonhoeffer, qu'il connaît personnellement mais qui le refusera à deux reprises au motif que le texte est « difficile à comprendre ». Morita repose la question quelques années plus tard, suggérant d'essayer même des revues de vulgarisation, ce à quoi Shimoda, agacé, opposera une fin de non-recevoir arguant que si les étrangers voulaient comprendre la théorie moritienne ils n'avaient qu'à apprendre le japonais, et qu'on n'avait jamais entendu que Shakamuni ou Confucius aient cherché à traduire leur doctrine dans les langues

somatiques de la neurasthénie en vogue et soulignant la nature suggestive de leur éventuelle efficacité, il élabore sa thérapie du nervosisme à partir de son étude et de sa pratique des psychothérapies occidentales, ainsi que de son expérience des psychothérapies populaires japonaises de l'époque. Sa cure reprend et combine plusieurs dispositifs des psychothérapies connues de la neurasthénie : le principe du repos total, une organisation précise du quotidien, l'ergothérapie et une forme de direction morale. Mais voyons plutôt ce qu'il en est concrètement.

2.2.1. En pratique

Voici comment Morita décrit sa thérapie dans « La cure complète de la neurasthénie et des obsessions » (1928), après l'avoir pratiquée pendant une dizaine d'années et lui avoir donné une forme à peu près stable. Elle se déroule dans le cadre d'une hospitalisation complète, organisée en quatre phases précisément structurées. Durant la première phase dite de « repos au lit » (*gajoku ryōhō* 臥褥療法), le patient est placé dans une chambre et doit garder le lit dans une situation d'isolement total, sans aucune distraction autorisée (visites, lecture, tabac, etc.). Les objectifs principaux de cette phase sont, d'une part, de permettre la confirmation du diagnostic de nervosisme et, d'autre part, de neutraliser l'angoisse du malade. Dans cette situation de privation de stimuli, le patient est en effet forcé – mais avec le soutien moral du médecin – à se confronter à sa seule angoisse, sans chercher à s'en détourner puisque c'est précisément cette tentative perpétuelle d'y échapper qui serait responsable de la permanence des symptômes. D'après Morita, dès que l'angoisse atteint son paroxysme, elle disparaît naturellement de manière rapide. Une fois la crise dépassée, le patient commence rapidement à faire l'expérience de l'ennui : le « supplice de l'inactivité » susciterait alors chez lui le désir d'être actif, commence alors la deuxième phase¹⁶⁸. Durant cette période dite « d'ergothérapie légère » (*karuki sagyō ryōhō* 軽き作業療法), le malade est encore tenu à l'écart des autres patients ; l'interdiction de se distraire et l'obligation de supporter ses symptômes tels qu'ils se présentent sont aussi maintenues. Il passe néanmoins ses journées en plein air, dans le jardin de la résidence, encouragé à

étrangères. (Kōra Takehisa (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide*, op. cit., p. 15). Elle paraîtra finalement en allemand deux ans après la mort de Morita, présentée par Naka Shūzō, un élève de Shimoda : MORITA S., « Der Begriff der Nervosität » (Le concept de nervosisme), *Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete*, traduit par Shūzō Naka, 1940, n° 12.
168 MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 348-352.

s'adonner à de menues activités de son choix (ramassage des feuilles, observation des fourmis, etc.) : l'objectif est avant tout d'encourager et de nourrir son « activité spontanée » et son envie de travaux corporels. Ainsi absorbé par ces tâches auxquelles il prend graduellement goût, le patient commence à se libérer de ses ruminations habituelles. Un dispositif thérapeutique nouveau est introduit : le journal dans lequel le patient consigne chaque jour librement ses impressions, journal qui est lu et annoté par le thérapeute¹⁶⁹. C'est à l'aide de ce dispositif principalement que Morita conduit le suivi individualisé de chaque patient (il limite sciemment ses échanges en tête à tête avec les patients, afin de couper court à leur tendance à vouloir discuter de leurs symptômes). Durant la troisième phase, dite « d'ergothérapie lourde » (*omoki sagyōryōhō* 重き作業療法), des activités sont cette fois imposées au patient en fonction de sa forme physique et non de ses préférences personnelles : sciage de bûches, chauffage du bain, entretien des *geta*, etc. Au cours de cette phase, le patient commence à prendre plaisir à ces tâches qu'il accomplit de manière de plus en plus efficace, et l'expérience du plaisir de la réussite dans son travail contribue à améliorer sa confiance en soi. La quatrième et dernière phase est une période d'entraînement à la « complexité de la vie réelle » (*fukuzatsunaru jissai seikatsu ki* 複雑なる實際生活期). La lecture y est autorisée, ainsi que les sorties, mais de manière réglementée. Les sorties ne doivent pas être abordées comme des tentatives de confrontation avec le monde extérieur, mais consister en des commissions précises (par exemple aller poster un courrier) : ainsi, absorbé par son objectif, le patient se confrontera aux différentes situations de la vie courante sans être opprimé par son « anxiété par anticipation »¹⁷⁰. C'est dans cette dernière phase que Morita peut, par exemple, ordonner à un patient éreuthophobe d'aller sur-le-champ prendre le train et d'« exposer son visage rouge pivoine à la vue du public »¹⁷¹. La cure s'étend sur une période pouvant aller d'une douzaine de jours à un ou deux mois, une quarantaine de jours en moyenne – mais aussi beaucoup plus dans certains cas¹⁷². Au-delà de la pratique idéale, dans les faits, de nombreux patients de la clinique de

169 *Ibid.*, p. 353-356.

170 De la même manière, les lectures ne doivent pas être réflexives ou forcées, afin que le patient se défasse de l'envie perfectionniste et inhibitrice de lire de manière efficace (la « phobie de la lecture » est en effet un symptôme récurrent chez les étudiants neurasthéniques). (*Ibid.*, p. 358-360)

171 Une méthode qui d'après Morita peut permettre à certains patients de surmonter en trois ou quatre jours une éreuthophobie qui les affecte depuis des années (*Ibid.*, p. 375)

172 MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* » 神経質に対する余の特殊療法成績 (Résultats de ma cure spéciale du nervosisme) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974, vol.2, p. 35.

Morita sont suivis en consultation ambulatoire, voire de manière épistolaire.

Dans la mise en place concrète de sa thérapie, Morita accueille à son domicile aménagé en clinique, assisté par quelques étudiants en médecine, un petit nombre de patients¹⁷³ qui côtoient quotidiennement sa famille et le personnel de maison, et prennent part aux tâches ménagères, qui constituent l'essentiel de l'ergothérapie. Un aspect de sa thérapie que Morita ne formalise pas dans ses écrits sont les réunions hebdomadaires au cours desquelles il donne à ses patients des leçons de psychologie, principalement sur le nervosisme, mais qui ont aussi une dimension ludique (il fait des démonstrations d'hypnose, joue des saynètes de kabuki, etc.¹⁷⁴) et se livre à leur « cultivation mentale » (qui prend la forme de discours sur l'existence, mais aussi la société, l'actualité géopolitique, les sciences, etc.), et où prend forme une sorte de thérapie de groupe où patients expérimentés et nouveaux échangent interrogations, expériences et encouragements. Cette dimension de sa thérapie se formalise avec la création de la « Keigaikai » 形外会¹⁷⁵, fin 1929, poussée par des disciples et plusieurs anciens patients souhaitant poursuivre leur « cultivation mentale » auprès du « professeur »¹⁷⁶.

2.2.2. Elaboration

Ce qui pourrait donner l'impression d'un assemblage hétérogène de procédés variés est en réalité la tentative, fondée sur la pratique, de dépasser ce qu'il considère être les limites des psychothérapies existantes et vise des effets bien précis. Prenons quelques exemples. L'impossibilité de soumettre la plupart des neurasthéniques à l'hypnose – que Morita a beaucoup pratiquée – et son manque d'efficacité durable le conduit à abandonner cette technique. La « mécanisation » du comportement induite par les méthodes de vie régulée à la Otto Binswanger¹⁷⁷ le conduisent à s'intéresser à ce qui peut encourager le « désir

173 Morita déclare avoir hospitalisé de 1919 à 1928 « plus de 260 patients » – soit une moyenne d'un peu moins de 30 patients par an (MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 361).

174 Kōra Takehisa (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide*, op. cit., p. 116.

175 Qui tire son nom du nom de plume « Morita Keigai » 森田形外.

176 Kōra Takehisa (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide*, op. cit., p. 44.

177 Otto Binswanger (1852-1929), psychiatre et neurologue suisse, qui a mené une importante carrière universitaire importante en Allemagne (professeur de psychiatrie à l'Université de Jena, 1882-1919), pratique la psychothérapie à la clinique Bellevue de Kreuzlingen fondée par son père, où il traitera notamment Nietzsche. (KREUTER Alma, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater*, Munich, K.G. Saur, 1996, vol. 3/1, p. 138-141) Morita a traduit de lui, au cours de ses études, un article introductif de 1905 : « Fondamentaux pour le traitement des maladies mentales » (« *Grundzüge für die Behandlung der Geisteskrankheiten* »).

d'activité spontanée » (*jihatsuteki katsudō yoku* 自発的活動慾) du patient et dont il trouve l'inspiration chez Maria Montessori¹⁷⁸. Le constat que les méthodes de persuasion rationnelle comme celle de Paul Dubois infligeraient en réalité une véritable « torture mentale » aux obsessionnels, car en cherchant à convaincre par la logique le malade de l'inanité de ses obsessions elles ne feraient que renforcer la contradiction de la pensée¹⁷⁹, le pousse à trouver des méthodes qui permettent de respecter la « logique de l'émotion ». La découverte fortuite, en prenant une patiente en traitement à son domicile, des effets bénéfiques du cadre familial lui inspire l'organisation de l'hospitalisation dans sa clinique selon des modalités familiales¹⁸⁰. A ces différents composants de la thérapie explicitement choisis et mis en avant dans ses ouvrages, il faut ajouter des éléments qui rapprochent la thérapie de Morita des psychothérapies autochtones de la neurasthénie de son temps, comme l'a montré Wu : outre l'organisation familiale de la clinique et du traitement, l'idée que la thérapie relève moins de la cure médicale d'une maladie que d'une forme de « cultivation mentale » (*yōjō* 養生, *seishin shuyō* 精神修養) qui passe d'abord par la transmission d'une « vision de l'existence » (*jinseikan* 人生觀) ; et, dans les échanges avec les patients, l'emploi d'un vocabulaire empruntant explicitement au bouddhisme zen, ainsi qu'une critique des influences néfastes de la civilisation occidentale et la défense de qualités jugées propres à la culture japonaise¹⁸¹.

Morita fixe à sa thérapie l'objectif, d'une part, de renforcer le caractère de l'individu contre son « tempérament hypocondriaque » et, d'autre part, de neutraliser le cercle vicieux de « l'interaction psychique »¹⁸², à quoi s'ajoute, dans le cas des obsessions, la « réduction du conflit psychique à une peur simple »¹⁸³. Les idées directrices de la thérapie sont que la psychopathologie du nervosisme repose sur le « conflit entre idéal et réel », et que

178 MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 354.

179 Paul Dubois (1848-1918) est un médecin et psychothérapeute suisse extrêmement célèbre en son temps (plusieurs grands neurologues se font soigner chez lui), auteur notamment de deux best-sellers en Europe : *De l'influence de l'esprit sur le corps* (1901) et *Les psychonévroses et leur traitement moral* (1904). Sa « psychothérapie rationnelle » vise par le dialogue et des arguments rationnels à convaincre le patient de l'inexistence de sa maladie. (MÜLLER Christian, « Paul Dubois, pionnier de la psychothérapie », *Psychothérapies*, 2003, vol. 23, p. 49-52)

180 Cette découverte marque même, dans le récit que Morita en fait, le moment fondateur de sa thérapie. Parmi les nombreux qualificatifs qu'il accole à sa méthode, se trouve ainsi celui de « thérapie familiale » *katei ryōhō* 家庭療法 (MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 412-413)

181 WU Y.-C., *A disorder of Ki*, op. cit., p. 187-210.

182 MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 325.

183 本療法の着眼点は、先ず第一に、其の複雑なる精神の葛藤を去って、之を単純なる苦痛若くは恐怖に還元するという事にある。(Ibid., p. 374)

l'émotion prime sur l'intellect. De ces deux principes psychologiques généraux, il tire la conclusion pratique que le conflit psychique ne peut être résolu qu'en « allant dans le sens de la nature » (*shizen fukujū* 自然服従). Autrement dit, l'angoisse ne peut pas être apaisée par l'effort volontaire, la persuasion logique ou le discours rationnel, mais par la confrontation directe au réel, c'est-à-dire « l'expérience » (*taitoku* 体得). Cette expérience, Morita y amène ses patients, d'abord en les poussant à se « plonger dans la peur » (*kyōfu totsunyū* 恐怖突入) pour découvrir son inconsistance (c'est-à-dire se confronter directement à l'objet ou à la situation crainte)¹⁸⁴. Puis par la suite, en les encourageant à adopter l'attitude d'*arugamama* あるがまま, c'est-à-dire « accueillir [les choses] telles quelles » – expression qui deviendra en quelque sorte le mantra de la thérapie Morita¹⁸⁵. On peut dire que la thérapie Morita cherche pragmatiquement à *arrimer le malade au réel*, c'est-à-dire, à couper court au mentisme des nerveux et des obsessionnels en les amenant, d'un côté, à accepter ce « réel », et de l'autre, en les poussant à l'action.

Morita rapporte dans une revue médicale en 1925 avoir traité, depuis 1919, 86 patients¹⁸⁶ : une écrasante majorité d'hommes, parmi lesquels les étudiants représentent la catégorie la plus nombreuse (ce qui coïncide avec le cliché de l'étudiant neurasthénique) ; sur le plan symptomatique, ils se répartissent presque tous, et à parts égales, entre le nervosisme simple et les idées obsessionnelles¹⁸⁷. La thérapie de Morita se présente ainsi comme une cure rapide et efficace non seulement de la neurasthénie et mais aussi des obsessions, et ce succès thérapeutique n'est pas un fait anecdotique car, comme nous l'avons précédemment vu, la plupart des médecins tiennent les obsessionnels pour des dégénérés légers mais incurables. Morita a parfaitement conscience de ceci : ainsi, lorsqu'il présente les résultats de sa cure, affichant un taux de 60 % de guérison et de 32 % d'amélioration des patients obsessionnels, note-t-il qu' :

« [i] est intéressant de voir que les idées obsessionnelles, qu'on a toujours considérées comme difficiles à traiter et sujettes aux rechutes, peuvent être guéries exactement comme le nervosisme simple grâce à ma méthode spéciale »¹⁸⁸.

184 *Ibid.*, p. 375.

185 MORITA S., « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* », art cit, p. 143.

186 Le succès de ses livres aidant, ce chiffre augmente rapidement : Morita déclare en 1928 avoir traité 260 patients (MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 361).

187 MORITA S., « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* », art cit, p. 35.

188 従来強迫観念症の治療は困難で、且つ再発し易いものと一般に認められていた處であるが、私の特殊療法により、普通神経質と同様に治癒させることが出来るのは興味あることと思う

C'est d'ailleurs un patient célèbre, le dramaturge Kurata Hyakuzō 倉田百三 (1891-1943), qui fera une publicité non négligeable à ladite méthode en décrivant son expérience de guérison des idées obsédantes auprès de Morita, sous forme de feuilleton dans un magazine féminin à grand tirage (*Shufu no tomo* 主婦之友), puis en 1932 dans un livre intitulé « *Le paradis des nerveux : comment j'ai guéri sans guérir* »¹⁸⁹.

C'est donc par le biais de cette psychothérapie des obsessions, qui se présente aux patients moins sous la forme d'un procédé thérapeutique que sous celle d'une « vision de l'existence » (*jinseikan*) à assimiler, que Morita en vient à sa compréhension de la phobie interpersonnelle.

2.3. La phobie interpersonnelle de Morita : morale et clinique

La phobie interpersonnelle s'inscrit donc dans la théorie moritienne comme un type d'obsession. Elle n'est pas présente dans les premières versions de sa théorie du nervosisme. La plus ancienne occurrence que nous avons pu relever du terme *taijinkyōfu* sous la plume de Morita date de 1930. Il s'agit d'un court article sur l'éreutrophobie rédigé par Morita pour une encyclopédie médicale¹⁹⁰. La phobie interpersonnelle n'y est mentionnée que très succinctement mais présente déjà ses caractéristiques principales : elle désigne un groupe de phobies défini par le sentiment de honte ressenti dans les situations sociales, et dont l'objet peut aussi bien être le rougissement, que l'expression faciale, la transpiration, le bégaiement, etc. Les patients *taijinkyōfu*, ou anthropophobes¹⁹¹, semblent alors faire partie de l'activité clinique Morita depuis un certain temps déjà puisqu'il affirme en 1932 avoir traité pas moins de 160 patients éreuthophobes¹⁹² – ce qui, notons-le, représente déjà plus de cinq fois le volume des cas rapportés en Europe entre 1896 et 1903. Sa réflexion spécifique sur la phobie interpersonnelle date donc sans doute de la fin des

MORITA S., « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* », art cit.

189 KURATA Hyakuzō 倉田百三, *Shinkeishitsusha no tengoku : naorazu ni naotta watashi no keiken* 神經質者の天國 : 治らずに治つた私の體驗 (Le paradis des nerveux : comment j'ai guéri sans guérir), s.l., Senshinsha, 1932, 238 p.

190 L'article est publié dans l'« Encyclopédie de la médecine contemporaine » (*Gendai igaku dai jiten* 現代医学大辞典) (vol. 23, Shunjūsha, 1930) sous le titre « Éreuthophobie (lat. [sic] Erythrophobia) » (赤面恐怖症 (羅 Erythrophobia)).

191 L'expression « phobiques interpersonnels » étant très peu élégante, nous utiliserons désormais par commodité le terme « anthropophobes » pour désigner les personnes souffrant de phobie interpersonnelle, tout en gardant à l'esprit le fait, souvent souligné par les psychiatres japonais, que ces patients *n'ont pas* à proprement parler la « phobie des hommes ».

192 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 171.

années 1920¹⁹³, mais c'est à partir de 1930 que Morita commence à faire un usage régulier de ce concept.

2.3.1. La « phobie de la honte » comme problème moral

Revenons-y sans plus attendre. Nous avons vu que Morita plaçait le sentiment de honte publique au cœur de la pathogenèse de l'éreuthophobie, ce qui lui permettait de concevoir une classe plus large de troubles obsessionnels présentant ce même caractère qui constitueraient les multiples manifestations de la phobie interpersonnelle. Toutefois, ce n'est pas sur le plan nosographique, mais dans sa conception de la psychogenèse de ce trouble et la morale qui la sous-tend, que la conception de Morita est originale et intéressante.

Puisqu'il y a obsession quand il y a « conflit psychique », ce qui distingue l'éreuthophobe de celui qui rougit sans en faire une obsession est le fait que la honte est, pour ainsi dire, redoublée chez lui. L'éreuthophobe est celui qui a *honte d'avoir honte*, qui « rougit de rougir » – pour reprendre une formule de Claparède¹⁹⁴. Il y a conflit psychique, au sens où l'entend Morita, car l'éreuthophobe est pris dans une lutte intérieure :

« [...] l'éreuthophobe a un tempérament opiniâtre de “mauvais perdant” qui, se pensant minable parce qu'il se sent honteux, se donne toutes les peines du monde pour ne pas avoir honte. »¹⁹⁵

« [...] “ Je suis mal à l'aise en public. Non : être honteux, quel sentiment vil et peu viril” : on résiste ainsi à une émotion naturelle, on se laisse volontiers aller à susciter un conflit entre soi et soi-même et c'est ainsi que l'on développe l'éreuthophobie ou la phobie interpersonnelle »¹⁹⁶

Puisque c'est cette honte honteuse, si l'on peut dire, qui caractérise la classe des phobies interpersonnelles de Morita, à cet égard, ce trouble mérite en effet le qualificatif de *phobie*

193 Je fais cette inférence sur la base de l'absence du concept dans les ouvrages qu'il publie en 1926 (sur les obsessions) et 1928 (sur la cure du nervosisme)

194 E. Claparède, « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », art cit, p. 326.

195 赤面恐怖は、恥ずかしがる事を以て、自らふがいない事と考え、恥ずかしがらないやうにと苦心する「負けおしみ」の意地張り根性である。(MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 168)

196 [...] 人前で恥ずかしい。イヤ恥ずかしがっては、劣等だ・男らしくない・とかいう風に、自然の人情に反抗し、我と我心で、好んで葛藤を起こして、赤面恐怖又は対人恐怖となるとかいうふうなものである。(MORITA Shōma 森田正馬, « *Shūkyō to meishin* » 宗教と迷信 (Religion et superstition) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, s.l., Hakuyōsha, 1975, vol.6, p. 513)

de la honte (*shūchikyōfu*) plus encore que de *phobie interpersonnelle* (*taijinkyōfu*)¹⁹⁷. Il nous faut donc maintenant bien saisir l'originalité de la conceptualisation de la honte par Morita ; elle n'a rien de commun avec celle d'un Claparède, qui soulignait lui aussi trente années plus tôt l'importance du rôle joué par le sentiment de honte dans l'éreuthophobie. Claparède, suivant la méthode freudienne, cherchait à retrouver, pour les déconstruire, la succession des associations d'idées qui avaient engendré le sentiment de honte associé aux rougissements de sa patiente. La honte était ainsi appréhendée comme un sentiment *particulier*, doté d'une *signification individuelle* qui se révélait dans l'enquête de sa genèse¹⁹⁸. La conception moritienne est très éloignée de cette approche singularisante. Morita revendique en effet une posture épistémologique strictement positiviste : il affirme régulièrement se borner à la seule « observation des faits », et rejette radicalement l'herméneutique des symptômes hautement spéculative pratiquée par les freudiens, qu'il estime n'être en outre d'aucune utilité sur le plan thérapeutique¹⁹⁹. Cette posture se traduit chez lui par le fait de n'envisager le trouble que du point de vue de sa manifestation actuelle et non de sa genèse. L'histoire de la formation du sentiment de honte chez chaque individu n'est donc pas jugée pertinente, elle n'est qu'une *contingence insignifiante* qui n'indique de toute façon que le motif de déclenchement du trouble et rien sur sa cause²⁰⁰. Ainsi, la honte dont parle Morita n'est pas une honte incarnée – la honte *qu'a x de y* –, c'est une honte *générique*. Peu importe ce dont le malade a honte, ce qui compte c'est que la honte est une « disposition propre à l'homme » (*ningen honrai no seijō* 人間本来の性情)²⁰¹ que tout le monde ressent en public d'une manière ou d'une autre. Abstraite de tout contexte particulier et dénuée de signification individuelle, la honte est un fait psychologique universel et banal : c'est donc bien *le rejet par l'individu de ce sentiment normal qui est pathologique*. C'est sa vaine tentative de répression émotive qui enferme l'individu honteux dans la « phobie de la honte ». Ainsi, Morita place sa focale non sur l'émotion de la honte elle-même, mais sur la posture émotive, l'attitude psychologique vis-à-vis de celle-ci, la

197 Pourquoi est-ce néanmoins du terme *taijinkyōfu* que Morita a fait majoritairement usage : la question reste entière.

198 La crainte constante de la patiente, dans les situations publiques, qu'on lui prête des idées répréhensibles était ainsi rapportée à une association d'idées dans son enfance, de l'idée de maladie à l'idée de fraude et donc à un sentiment de honte ainsi qu'au rougissement ; puis de l'association de la honte à l'idée d'une faute dont on pourrait l'accuser, puis de l'association de la faute au sexe masculin, etc. (v. chapitre 1).

199 MORITA S., « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* », art cit, p. 411.

200 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 171.

201 *Ibid.*, p. 170.

« contradiction de la pensée »²⁰².

Or de cette théorie de la phobie interpersonnelle émerge une dimension morale qui a des répercussions dans le cadre thérapeutique (ainsi que sur la réception à venir de la théorie moritienne). La « contradiction de la pensée », explique Morita, conduit ses patients *taijinkyōfu* à une situation paradoxale :

« Croiser le regard d'autrui les remplit d'une angoisse affreuse comme s'ils avaient affaire à un(e) amant(e) ou à un aristocrate, aussi leur regard est continuellement fuyant. Mais, s'appliquant à empêcher cela, ils peuvent prendre une attitude presque belliqueuse et fixer leur interlocuteur dans les yeux en devenant tout rouges. [...] ils font un effort surhumain pour ne plus avoir honte, leur esprit est tourné sur lui-même et ils perdent tout discernement concernant ce qui les entoure. Ainsi en viennent-ils à ne plus percevoir leurs mauvaises manières ou la gêne qu'ils produisent chez les autres. [...] Ils oublient entièrement qu'on est honteux *parce qu'il y a motif à avoir honte*. »²⁰³
(nous soulignons)

Ainsi, le phobique social est quelqu'un qui, malgré un souci extrême du regard de l'autre, n'a aucun égard pour autrui, tout absorbé qu'il est par le refoulement de sa honte :

« Une caractéristique des *anthropophobes* est de se dire de grands timides, tout en n'ayant pas le moindre scrupule à déranger les gens. Ainsi, leurs courriers de demande d'informations concernant la cure sont souvent extrêmement longs et détaillés ; dans de rares cas, il arrive même qu'ils soient insuffisamment timbrés. C'est au point que lorsque je reçois un courrier volumineux, je me demande si ce n'est pas encore un *anthropophobe* ! »²⁰⁴

202 Notons que Morita rejoint là Hartenberg – quoiqu'il ne l'ait probablement pas lu – qui faisait également cette réflexion que « ce n'est ni la rougeur, ni la gêne, ni le trouble initial qui fournissent la matière de l'émotion pathologique [...] C'est *la réaction du sujet envers eux* qui leur donne tout leur importance » (nous soulignons). Mais alors que Morita voit dans cette réaction la marque du caractère nerveux, Hartenberg reconnaissait dans « cette aptitude à la polarisation de la vie affective, cette tendance à la fixité des idées, des émotions et des sentiments » la signature « des cerveaux chargés de tares névropathiques héréditaires ou acquises » (HARTENBERG Paul, *Les timides et la timidité*, Paris, F. Alcan, 1901, p. 215-216)

203 人と眼を見合わせるのに、あたかも恋人や貴人に対するように戦々競々となり、常に目を他にそらせていなければならない。患者は自らこれではならないと奮発して、あたかも喧嘩腰になり、相手の目をにらみつけて真赤になることもある。[...] 無理に恥ずかしがらないようにと一生懸命に努力して、心は常に内向きになり、周囲のこの見さかいかつかないようになる。即ち患者は自分の無作法や他人の迷惑などは眼中にないようになる。[...] 恥ずかしいから恥ずかしがるという相対関係は全く忘れてしまう。(MORITA S., « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* », art cit, p. 153)

204 およそ対人恐怖患者は、自ら気の小さい恥ずかしがり屋であると称して、しかも無遠慮で、人

L'anthropophobe, qui a honte de sa honte, qui la nie et la fuit, en vient ainsi à se comporter littéralement en *sans-gêne* (*haji shirazu* 恥知らず). Il y a clairement pour Morita quelque chose, non seulement d'agaçant mais aussi d'immoral dans cette manière qu'à l'obsessionnel de s'enfermer dans l'erreur. C'est cette nuance morale qu'on perçoit également lorsqu'il compare le « timide authentique » (*arugamama no hazukashigariya* あるがままの恥ずかしがり屋) à l'éreuthophobe qualifié de « mauvais perdant » (*makeoshimi* 負け惜しみ)²⁰⁵ : l'un serait fidèle à sa propre nature, quand l'autre chercherait à tricher avec elle. Y aurait-il une bonne et une mauvaise honte ?

En réalité, la théorie moritienne opère en quelque sorte une *double normalisation de la honte*. La honte sociale, nous venons de le voir, est présentée comme un sentiment non seulement normal, mais louable. Répondant dans le courrier des lecteurs de sa revue à une jeune femme souffrant de scopophobie²⁰⁶, afin de la convaincre de se réconcilier avec ses symptômes, Morita invoque une forme positive d'expression de la honte :

« Lorsque l'on s'adresse à un supérieur ou à une personne que l'on connaît, l'étiquette japonaise exige que, en fonction du degré de respect exprimé, l'on porte son regard de manière vague vers ses genoux, son ventre ou sa poitrine [...] et qu'on ne lui jette que de courts regards fugaces que lorsqu'il parle, ou que l'on cherche la confirmation de sa propre opinion ; voilà ce qui est naturel comme sentiment. »²⁰⁷

Non seulement la honte ne doit pas être évitée, mais au contraire elle devrait être cultivée. Est-ce parce qu'elle relève des usages culturels japonais ou qu'elle est un sentiment « naturel » : il y a là clairement une ambiguïté que Morita ne lève pas. On la retrouve ainsi telle quelle, par exemple chez Koga Yoshiyuki 古閑義之 (1902-1979), l'un de ses

の迷惑を意としないという特徴がある。治療に関して、問合せの手紙でも、甚だ委しい長いものが多く、希には郵税不足などもあって、重い手紙が来れば、また対人恐怖かと思う位のものである。(MORITA Shōma 森田正馬 et KōRA Takehisa 高良武久, *Taijinkyōfu no naoshikata* 対人恐怖の直し方, Tokyo, Hakuyōsha, 1952, p. 93-94)

205 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 168.

206 Phobie liée au fait de regarder autrui dans les yeux, qui s'accompagne du sentiment d'être incapable d'avoir un regard naturel.

207 長上の人や知人と交話する時は、日本の礼法としては、其の尊敬の度強い、其の人の膝の先、下腹・胸部というように、其の近傍をぼんやり見ながら [...] 先方が何かいう時、又は自分の意見を確める時、先方の顔を一寸瞬時、盗み見るのが法で、それが恰も人情の自然であります。(ANONYME et MORITA Shōma, « *Metsuki no surudoku naru no ga ki ni naridashita dōki kara ohanashi shite* » 眼つきの鋭くなるのが気になり出した動機からお話して (A partir de l'événement suite auquel mon regard aiguisé a commencé à me déranger), *Shinkeishitsu* 神経質, 1932, vol. 3, n° 7, p. 294)

principaux disciples, qui qualifie la honte sociale (et plus particulièrement la honte ressentie devant des supérieurs ou de « belles personnes ») de « sentiment éminemment humain » (*ningen no ningen rashii jōmi* 人間の人間らしい情味) tout en la rapprochant d'une forme d'« instinct de conservation »²⁰⁸. La naturalisation est peut-être ici plus rhétorique que conceptuelle, toujours est-il que la conséquence immédiate de cette position est de rendre à l'inverse anormale l'absence de cette honte. Ainsi poursuit Koga, une aisance en toutes situations, une indifférence à l'opinion d'autrui, voilà qui relève d'un comportement « aberrant » (*jōki wo isshita* 常軌を逸した), d'un instinct de conservation « immature ». De même, Morita répond-il à un patient éreuthophobe en fin de traitement qui s'étonne de rougir toujours autant que c'est là une bonne chose, qu'il serait une personne « éhontée et corrompue » (*muchidaraku* 無恥墮落) s'il ne rougissait plus en public²⁰⁹. La honte doit être acceptée car, conscience du regard de l'autre et donc garantie de l'ordre moral et social, elle est une émotion qu'il faut ressentir pour être normal.

Mais d'autre part, la honte « élevée à la seconde puissance » (pour reprendre une autre expression de Claparède) des anthropophobes fait l'objet d'une seconde interprétation, plus surprenante au premier abord. Analysant la honte cette fois non du point de vue de son inscription dans un univers social, mais dans ce qu'elle exprime des dynamiques psychologiques de l'individu, Morita la définit comme « le désir d'être apprécié par autrui et dans le même temps, la peur d'être mal considéré d'autrui. »²¹⁰ Raison pour laquelle on a honte devant les gens qu'on estime et dont on souhaiterait être bien considéré et non « devant les mendiants, les idiots ou les femmes laides ».²¹¹ Aussi :

« de manière analogue au rapport entre la peur de la mort et le désir de vie, la peur de la honte est en même temps un désir de supériorité »²¹².

Le « désir de vie » (*sei no yokubō* 生の欲望) et la « peur de la mort » (*shi no kyōfu* 死の恐怖) sont les deux termes d'une dialectique que Morita place au cœur du nervosisme²¹³ : les nerveux sont dotés d'un puissant désir de vie qui fait d'eux des personnes susceptibles

208 KOGA Yoshiyuki 古閑義之, « *Taijinkyōfu no chikenrei* » 対人恐怖の治験例 (Un cas clinique de *taijinkyōfu*), *Shinkeishitsu* 神経質, 1932, vol. 3, n° 11, p. 422.

209 MORITA S. et KŌRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, op. cit., p. 75.

210 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 169.

211 *Ibid.*

212 *Ibid.*

213 Notons-le au passage, il s'agit là d'une dialectique abstraite avec laquelle Morita fait entorse à sa revendication d'une attitude positiviste qui ne s'autoriserait que la stricte observation des « faits » réels.

d'accomplir de grandes choses, mais ils se laissent submerger par une peur de la mort tout aussi puissante. Par conséquent, si le phobique social est un « mauvais perdant » c'est parce qu'il a aussi et surtout « envie de vaincre » (*kachitagari* 勝ちたがり), mais la peur de sa honte lui fait oublier son désir de surpasser les autres²¹⁴. Or ce désir de dominer est valorisé par Morita. Ainsi, lorsqu'un lecteur de sa revue écrit pour lui demander conseil au sujet d'un « ami timide » résigné à la modeste existence à laquelle le condamne son caractère, Morita répond que c'est là une « attitude lâche » (*hikyō naru kokorogake* 卑怯なる心掛け), et que seul un « faible de volonté, caractérisé par une personnalité pauvre en désirs » peut se contenter d'une telle situation : un vrai nerveux en souffrirait nécessairement car il ne peut se résoudre à abandonner ses désirs²¹⁵. Ainsi, la honte de la honte est en dernière analyse pour Morita l'expression pathologique d'une dynamique fondamentalement positive.

La phobie interpersonnelle de Morita se fonde donc d'une part sur une forme de *naturalisation* ou plutôt de *normalisation* de la honte comme émotion « naturelle », « humaine » et nécessaire, et la *moralisation* du conflit psychique comme attitude psychologique immature. Mais cette conception est d'autre part sous-tendue par le fond éthique moralement valorisant de la psychologie moritienne du nervosisme qui finit par conférer au tout une claire portée thérapeutique. Pour des malades qui vivent le rapport à l'autre comme un enfer, apprendre que non seulement la honte qui les dévore doit être cultivée comme un bien précieux, mais qu'en outre leur tendance spontanée à réprimer cette honte est, bien qu'erronée, l'expression d'une richesse intérieure qui ne demande qu'à s'exprimer, constitue sans doute une importante ressource psychologique. La théorie moritienne de la phobie interpersonnelle parle ainsi directement au vécu des malades, leur offre un point de vue qui peut leur permettre de s'extraire de la dynamique de l'obsession, tout en leur proposant une interprétation morale valorisante. C'est donc en quelque sorte un concept clinique qui contient en son sein l'amorce de sa thérapie²¹⁶.

214 MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 169.

215 意志薄弱者で、本来欲望の乏しい性質 (MORITA S. et KORA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, op. cit., p. 232-234)

216 Ce qui, au demeurant, est sans doute un trait commun à toutes les théories psychologiques fondées sur une pratique psychothérapeutique.

2.3.2. La phobie interpersonnelle comme problème thérapeutique

a. L'éreuthophobie vaincue par la thérapie Morita

Si on le considère de manière rétrospective, au regard du fait que la phobie interpersonnelle sera après-guerre perçue par les psychiatres comme la névrose la plus courante de la clinique japonaise, le concept moritien de phobie interpersonnelle a ceci de frappant qu'il est sur le plan théorique très peu développé. Morita ne s'attarde sur la théorie qu'une seule fois, dans l'article de 1932, publié dans la petite revue de sa clinique, « Nervosisme » (*Shinkeishitsu* 神経質) (v. *infra*), et non une revue scientifique prestigieuse, où elle tient en quelques lignes. Nous avons déjà mentionné le fait que Morita faisait preuve de défiance à l'égard des théories trop raffinées et que son écriture était avant tout tournée vers les patients. Le concept moritien de phobie interpersonnelle confirme cette orientation et semble en effet moins être une théorie psychopathologique novatrice qu'une nouvelle catégorie clinique. Ainsi, si le *taijinkyōfu* est l'unique symptôme particulier du nervosisme auquel Morita consacre un ouvrage entier en 1935 (« La cure de l'éreuthophobie » *Sekimenkyōfu no ryōhō* 赤面恐怖の療法, v. *infra*), celui-ci est en réalité une compilation de récits de cures.

C'est au début des années 1930 que le concept de *taijinkyōfu* commence à apparaître régulièrement dans les sources publiées, sous la plume de Morita ainsi que ses disciples, et en particulier dans les pages de la revue « Nervosisme ». Cette période marque en effet l'engagement de l'école Morita dans un prosélytisme actif, dont l'un des vecteurs principaux est justement cette revue, créée en 1930 dans le but de promouvoir la thérapie Morita : vendue dans de grandes librairies non spécialistes elle est constituée de nombreux récits de cure²¹⁷. La phobie interpersonnelle apparaît ainsi, dans les pages de la revue, avant tout comme le nom d'une *maladie dont on peut guérir grâce à la thérapie Morita* plutôt que comme un concept nouveau. Ainsi, avant même l'article fondateur de 1932 dans lequel Morita explicite sa conception de la phobie interpersonnelle, il a publié en 1931 trois longs récits de cure de patients diagnostiqués « *taijinkyōfu* »²¹⁸. Il s'agit de textes de clinique pure

217 NOMURA A., *Morita Shōma Hyōden*, op. cit., p. 190.

218 Morita Shōma 森田正馬, « *Taijinkyōfu de chiryō konnan naru mono no rei* » 「対人恐怖で治療困難なるものの例」 (Un cas de phobie interpersonnelle difficile à traiter), *Shinkeishitsu* 『神経質』 vol.2, n° 1, p. 1, 1931 ; Morita Shōma 森田正馬, « *Naorinikukumo tsumari wa naoru sekimenkyōfu no rei* », 「治りにくくもつまりは治る赤面恐怖の例」 (Un cas difficile mais guéri d'éreuthophobie), *Shinkeishitsu*

typiquement moritiens : à l'historique du cas succèdent de longs extraits choisis du journal de cure, qui permettent de suivre – du point de vue du malade en outre – le processus de guérison, extraits qui ne sont suivis d'aucun commentaire d'ordre théorique. Le seul objectif de ces textes est de montrer que la thérapie Morita permet de venir à bout de la phobie interpersonnelle, et ce, quelle que soit la gravité des cas, comme en attestent les titres. Un « cas difficile à traiter », une « guérison inattendue et complète » et « un cas difficile mais guéri » : la phobie interpersonnelle n'apparaît là que pour attester de l'efficacité de la thérapie. C'est toujours comme démonstration de la puissance curative de la thérapie Morita que la même année, Hasegawa Torao, l'un des disciples de Morita, présente une série de guérisons rapides parmi lesquelles trois cas de phobie interpersonnelle dont il dit :

« Les personnes souffrant d'éreutophobie font preuve d'introspection à l'extrême, aussi se sont des personnes obstinées ; mais on montrera ici des cas de personnes ayant guéri en une seule consultation ambulatoire ou par la seule lecture des ouvrages du Pr. Morita. »²¹⁹

En somme, reflétant l'orientation avant tout thérapeutique du travail de Morita, la phobie interpersonnelle, semble donc être chez lui d'abord une question thérapeutique. Et ce d'autant plus que les cas de phobie interpersonnelle représentent une part considérable des patients de sa clinique : de tous ses patients, ce sont eux les plus nombreux, et c'est la fréquence de ce symptôme qui motive la publication de l'ouvrage de 1935, affirme-t-il²²⁰. En 1929, « *taijinkyōfu* » est ainsi le premier diagnostic en nombre de patients auscultés (près du tiers) chez Morita²²¹. L'attention qu'il porte à la phobie interpersonnelle ne tient donc pas tant à son éventuel intérêt théorique particulier, qu'au fait qu'elle constitue un succès thérapeutique face à un problème clinique important et jusqu'alors jugé plus ou

『*神経質*』, vol.2, n° 3, p.81, 1931 ; Morita Shōma 森田正馬, « *Omoigakenaku kanzen ni naotta taijinkyōfu* » 「思ひかけなく完全に治った対人恐怖」 (Une phobie interpersonnelle guérie de manière inattendue et complète), *Shinkeishitsu* 『*神経質*』, vol.2, n° 4-6, p. 121-167-210, 1931.

219 赤面恐怖を苦しむ者は、自己内省が余りに強くて、なかなか執拗なものであるが、一回の外来診察或は森田博士の著書によっても根治することを例示しようと思う。(HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Sekimen kyōfu, kyōhaku kannen, kioku furyō no gairai chiryō* » 赤面恐怖・強迫観念・記憶不良の外来治療 (Thérapies ambulatoires de cas d'érythrophobie, obsessions et mémoire défaillante), *Shinkeishitsu* 神経質, 1931, vol. 2, n° 2, p. 43)

220 MORITA S. et KōRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, *op. cit.*, p. 3.

221 D'après une enquête menée par ses élèves, 170 sur 541 patients ont reçu ce diagnostic d'avril à décembre 1929. (KōRA Takehisa 高良武久, « *Shinkeishitsu no mondai* » 神経質の問題 (La question du nervosisme), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1938, vol. 42, n° 10, p. 787)

moins incurable par les psychiatres.

b. Guérir de la phobie de la honte : l'humilité et l'ambition

Cette prouesse thérapeutique en quoi consiste-t-elle ? Comment Morita soigne-t-il la phobie interpersonnelle, ou plutôt comment en guérit-on chez Morita ? Les échanges entre Morita et ses patients (journal thérapeutique, lettres) nous donnent une idée de ce qui est perçu comme essentiel dans le processus thérapeutique par le thérapeute et par les patients. Et comme le souligne Morita lorsqu'il évoque la centralité de la « vision de l'existence » dans sa thérapie, les enjeux moraux semblent en effet occuper une place essentielle dans la cure de la phobie interpersonnelle par Morita.²²² La « guérison sans guérison » – pour reprendre l'expression du dramaturge Kurata Hyakuzō (cf. *supra*) – de la phobie interpersonnelle consiste, d'une part, en l'adoption d'une attitude psychologique d'*acceptation* du sentiment de honte ; et d'autre part, en l'adoption d'un comportement : *faire, entreprendre, agir malgré* la gêne éprouvée.

Comme nous l'avons vu, Morita situe dans le rejet du sentiment de honte la source de l'obsession des anthropophobes. C'est donc à ce sentiment que doit s'appliquer l'attitude d'« *arugamama* », c'est-à-dire d'acceptation des choses « telles quelles ». Ainsi, une patiente guérie par Morita d'une scopophobie aux accents délirants (incapable de regarder quiconque dans les yeux, elle était en outre convaincue de provoquer des expressions bizarres chez les personnes qu'elle rencontrait), adresse à Morita, quelques mois après sa cure, une lettre de remerciements dans laquelle elle souligne la véracité de tous ses « enseignements », et en particulier :

« J'ai enfin réalisé à quel point être fidèle à sa nature première était une vérité précieuse. C'est en vivant selon notre nature que nous pouvons tous déployer nos qualités. [...] A présent je m'efforce de renoncer entièrement à paraître, à faire semblant. J'ai décidé de vivre telle que je suis, empruntée et timide. Auparavant, je restais assise enfermée chez moi, désespérée à l'idée que mes désirs étaient insupportables à cause des souffrances qui leur seraient attachées, et maintenant j'en arrive à plonger dans cet océan de douleur inévitable. [...] Triste lorsque je suis triste,

²²² Le discours des patients est ici appréhendé au travers des citations extensives des journaux de cure qui constituent une particularité de la littérature sur la thérapie Morita. Quoiqu'il faille évidemment les considérer avec prudence, puisque ces extraits représentent une parole rapportée, éditée, et en outre fortement déterminée en amont par la situation thérapeutique, ils représentent néanmoins une source précieuse pour explorer les idées des patients sur leurs troubles.

me sentant seule lorsque je me sens seule, j'accomplis ce que chaque jour apporte. Et je travaille en m'assurant en tant que timide. »²²³

Même en faisant abstraction du style légèrement emphatique de cette lettre, on pourrait être tenté de réduire la thérapie Morita à une forme de résignation philosophique un peu austère – à un « fatalisme peu flatteur » comme le dit Kitanaka²²⁴. Cependant, quoique ce soit un travers que tendent indéniablement à prendre ses patients²²⁵, l'acceptation de ses propres limites n'est jamais un but en soi chez Morita : s'il encourage ses patients à se montrer tels qu'ils sont, « timides et honteux », ça n'est pas afin qu'ils renoncent à toute ambition. Bien au contraire, Morita, rappelons-le, a le plus profond mépris pour les « faibles de volonté ». L'acceptation de ses propres limites conserve comme but ultime leur dépassement. Ainsi corrige-t-il un patient, dans son journal thérapeutique, sur l'interprétation de sa théorie :

« Peut-on atteindre la paix de l'esprit en s'abandonnant tel quel à la pauvreté, l'ignorance, l'infériorité ? Cela ne fait pas sens. En revanche, quand on a pris conscience de sa pauvreté, de ses lacunes ou de ses difficultés d'élocution et qu'on les reconnaît, alors on peut mettre toute son énergie à essayer de s'enrichir, de se cultiver, d'améliorer sa langue ou sa diction. »²²⁶

Ce patient, un jeune homme de 23 ans, vit depuis plusieurs années presque totalement retiré du monde dans la maison familiale en raison de ses difficultés à s'exprimer en public (un vrai *hikikomori* avant l'heure). Il ressasse tout le long de son journal qu'il ne se

223 私は自分本来の自然ということが、どんなに尊い真実のものであるかに、漸く感付きました。この自然のままに生きて行く時、誰しも皆、それぞれの長所は発揮されるものと思います。[...] 私は今では取りつくろったり、見せかけたりすることは、一切止すことに努めております。小胆者のままに、恥ずかしがりやのままに生きて行くことに決めました。前には、家の内にのみ坐っていて、色々と自分の欲望に対して、其の苦痛の大なることを予想し、どうにも堪えられないと思って、悲観していたものが、今はその当然の苦の海に飛び込むようになりました。[...] 悲しい時には悲しいながら、淋しい時には淋しいながら、其日々々の為すべきことをしております。そして小胆になりきって仕事をします。(MORITA S. et KŌRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, *op. cit.*, p. 79-80)

224 KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon*, traduit par Pierre-Henri Castel, Paris, Ithaque, 2014, p. 117.

225 Par exemple cet autre patient, en cure épistolaire, qui déclare renoncer à ses ambitions artistiques et ne plus rien désirer d'autre qu'une vie de d'humilité et de labeur (MORITA S. et KŌRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, *op. cit.*, p. 71-73).

226 あるがままの貧乏に、無知に、劣等に、任せきった時、心の平和が得らるるであろうか。そんな理屈は、あろう筈がない。ただ、我々は、自分の貧乏や、無智や訥弁を自覚し、これを認めるから、少しでも金を貯え、知識をあさり、言語・文章を練ることを絶えず努力するのである。(Ibid., p. 148)

résoudra jamais à accepter ses difficultés d'élocution (*totsuben* 訥弁), source d'après lui de tous ses maux, et qu'il serait prêt à *renoncer à toutes ses ambitions (gloire, richesse, mariage, longévité, etc.) pour en être guéri*. Ce que Morita commente de la manière suivante :

« Si vous vous concentrez sur la réalisation de ces ambitions, vos problèmes d'élocution guériront et vous pourrez réaliser ces objectifs. La raison pour laquelle vous voulez traiter ces problèmes d'élocution est bien que vous nourrissez ces ambitions. Sinon pourquoi diable guérir ? C'est la même chose par exemple que de dire, alors que vous vous apprêtez à traverser une passerelle en bois, que vous êtes prêt à renoncer à l'objectif qui se trouve sur l'autre rive, pour peu que l'on vous débarrasse de la terreur de regarder au fond du ravin. »²²⁷

Détourner ses patients de leur fixation illusoire sur leur symptôme passe ainsi pour Morita par le fait de les confronter à leurs contradictions – vous n'êtes pas de vrais timides, si vous l'étiez votre rougeur, votre regard, vos balbutiements ne vous gêneraient pas – et de les pousser à la tâche – qu'il s'agisse des travaux ménagers, des études ou du travail – avec cette conscience renouvelée d'agir non contre une tendance d'eux-mêmes qu'ils vivent comme leur étant profondément étrangère, mais au contraire en embrassant leur vraie nature. La guérison de la phobie interpersonnelle chez Morita consiste donc à modifier son regard sur le vécu de la honte, en changeant une obsession de la honte *en humilité et en ambition assumées*²²⁸. Le lecteur l'aura sans doute compris mais soulignons-le, Morita place presque systématiquement son discours, dans ses échanges avec ses patients, sur le plan moral. Et il se produit dans le processus de guérison comme un double mouvement, d'abord une mise à nu (révélation culpabilisante) puis un rachat moral (éloge du désir de vie) – qu'on peut parfaitement observer dans les échanges sur les journaux de cure –, un mouvement qui se répète au cours de la cure et marque l'adhésion progressive (adhésion qui tient un peu de la *conversion*) à sa « vision de l'existence » (*jinseikan*).

227 これ等の欲望を得ようと執着すれば、初めて訥弁も治り、その目的を達することが出来る。何故なら訥弁を治し度いのは、本来、これ等の欲望を目指しているがためであるからである。さもなければ、何のために訥弁を治すのか、無意味になってしまうのである。例えば、丸木橋を渡るに、谷底を見る恐怖を去ることさえ出来れば、対岸に到る目的などは、放棄してもよい、というのと同様である。 (*Ibid.*, p. 147)

228 Il n'est pas impossible, mais c'est un aspect que nous n'avons pas approfondi, qu'il y ait une différence implicite dans le discours que tient Morita à ses patientes et à ses patients. Pour les hommes, l'acceptation de la honte serait effectivement instrumentale à la réalisation de l'ambition, tandis que pour les femmes elle consisterait plutôt à transformer une attitude pathologique en humilité socialement acceptable ?

c. Phobie de la honte et *risshin shusse* ?

La capacité de Morita à saisir ce paradoxe contre-intuitif des anthropophobes, non comme timides pathologiques mais comme *timides ambitieux*, et surtout le type de réponse qu'il offre à ses patients pour sortir de ce paradoxe constituent selon nous l'un des facteurs qui a pu contribuer à l'efficacité de sa psychothérapie dans leur traitement. Et il y a lieu, nous semble-t-il, de prendre en considération l'adéquation entre une certaine angoisse de la réussite sociale, exprimée par ses patients, et la morale de l'effort ainsi que la valorisation de l'ambition prônées par Morita, et de se demander si elles ne renverraient pas à une certaine éthique de la réussite qui serait la persistance dans le Japon années 1920-1930 de l'idéal de l'ascension et de la réussite sociale individuelle promu à l'ère Meiji (1868-1911), résumé dans l'expression *risshin shusse* 立身出世 (« s'élever et réussir dans le monde »). L'injonction à la réussite, parce qu'il s'agit de réussir *dans le monde*, parce que « devenir quelqu'un » signifie en premier lieu *être reconnu* comme une personne de valeur, d'où l'importance capitale du *jugement d'autrui*, constituerait un idéal qui rendrait les tensions liées à sa réalisation à la fois plus *visibles*, aux yeux de Morita, mais peut-être également plus *aigües* pour les individus les plus exposés à cet idéal et au risque de sa faillite²²⁹ – autrement dit, nous faisons l'hypothèse que cet idéal pourrait avoir un effet heuristique et pathogène.

De la 5^e Ecole supérieure à l'Université impériale de Tokyo, Morita a été éduqué dans cette atmosphère et sa carrière est un modèle de cette ascension sociale. Les étudiants, qui constituent une part importante des patients de Morita²³⁰, sont les premiers concernés par ces préoccupations. En effet, une inquiétude qui revient de manière récurrente, quoique non nécessairement centrale, dans le discours des patients anthropophobes est la crainte que leur malade timidité, leur incapacité à interagir normalement avec autrui n'empêche la réalisation de leurs ambitions de carrière. Ainsi le premier cas de phobie interpersonnelle soigné par Morita est un étudiant éreuthophobe de vingt ans qu'il décrivait ainsi : « se sentant toujours plus peureux et servile, il se désolait d'être jamais en mesure de se faire un

229 Kinmonth a ainsi montré comment, outre la compétition scolaire impitoyable, la détérioration du marché du travail et des conditions de carrière pour les jeunes diplômés entre le début et la fin de l'ère Meiji constitue l'un des facteurs sociologiques des tourments de la « jeunesse tourmentée » de la fin de l'ère. (V. Chapitre 6 « Anguished Youth » in KINMONTH Earl, *The Self-Made Man in Meiji Japanese Thought: From Samurai to Salary man*, Berkeley, University of California press, 1981, 385 p.)

230 Dans les résultats de sa cure que Morita publie en 1925, les étudiants représentent un tiers de ses patients. (MORITA S., « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* », art cit, p. 35)

nom dans la société »²³¹ ce qui l'amène à interrompre ses études au milieu de sa 5^e année de collège. La question de la carrière occupe une place considérable dans les échanges de ce patient avec Morita²³². Un autre étudiant, âgé de vingt ans également, traité par Koga (l'un des élèves de Morita), obsédé lui depuis le collège par l'idée qu'il a trop de cheveux blancs, s'émeut qu'il « *ne réussira probablement pas dans la vie à se soucier de choses aussi futiles, surtout en tant qu'homme* » ; cette inquiétude se renforcera encore avec son entrée à l'université²³³. L'idéal de la réussite sociale individuelle s'exprime de manière encore plus forte et amère, chez un autre patient, lui quarantenaire, également en cure chez Morita, qui considère avoir purement et simplement raté sa vie :

« [...] Vraiment, si j'avais employé cette énergie à autre chose, je serais sans doute à cette heure une personne de grande valeur.[...] Je voulais du plus profond de mon cœur devenir quelqu'un d'important, mais à cause de ma phobie interpersonnelle, à quarante ans passés je ne suis personne. Quand bien même j'aurais eu la force de déplacer des montagnes et de m'élever jusqu'au ciel, écrasé par mes obsessions il m'était impossible d'aller nulle part. Parmi ceux qui sont devenus professeurs, généraux ou capitaines d'industrie, beaucoup y sont sûrement parvenus avec bien moins d'efforts que ceux que j'ai fournis. Ces efforts des vingt dernières années, je les ai accomplis en y mettant tout mon cœur. Mais la sauterelle qui a le pied lié peut bien s'évertuer à sauter, il lui est impossible de prendre son envol. »²³⁴

231 自ら益々小胆、卑屈を感じ、将来とても社会に立つことが出来ないことを悲観し [...]

(MORITA S. et KŌRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, op. cit., p. 28)

232 Le jeune homme est à ce sujet en conflit avec son père qui veut le voir s'orienter vers le commerce, qu'il méprise évidemment, tandis que lui souhaite suivre la voie artistique ; ce qui n'est pas sans évoquer la « jeunesse tourmentée » (*hanmon seinen*) et très sujette à la neurasthénie de la fin de l'ère Meiji, qui rejetait l'idéal du *risshin* tel qu'il était alors promu et se tournait vers la littérature, la philosophie ou la spiritualité comme moyens alternatifs d'expression de soi. (KINMONTH E., *The Self-Made Man in Meiji Japanese Thought: From Samurai to Salary man*, op. cit., p. 206-212).

233 本人は、どうせ生まれつきのものである・気にしたって仕方がない・殊に男子として・こんな些細な事を気にするようでは大成は覚束かない、と情けながっている。(KOGA Y., « *Taijinkyōfu no chikenrei* », art cit, p. 423)

234 [...] 本当にあの努力を他の方に向けたら、本当に相当な人間に今頃はなっていたでしょう。 [...] 心の底から偉い人になろうとと立志しましたが、対人恐怖の為に、それより四十年遂に今日まで何者にもなれないわけです。如何に山を抜くの力が有り、天を貫くの誠意が有っても、強迫観念に馬乗りになされていては到底駄目であったのです。世に博士となり、将官となり大実業家などとなっている人にも、そのなるまでに、私以下の努力で、そうなることが出来た人は、いくらもあると思われます。その二十年間の努力は、一心一念をこめたるものであった。しかし糸で足をつながられたるバツタは、いくら跳躍に努力しても遂に飛び上がる事が出来ない。 HISAMATSU Sei 久松生, « *Sekimenkyōfu jigoku mawari* » 赤面恐怖地獄廻り (Un tour des enfers de l'éreuthophobie), *Shinkeishitsu* 神経質, 1931, vol. 2, n° 2, p. 69.

Le discours de ce patient vraisemblablement né à l'ère Meiji est particulièrement explicite quant à ses ambitions grandioses (qui sont d'ailleurs des figures stéréotypées de la réussite sociale) et à la haute estime qu'il semble avoir de sa propre personne (seule son obsession expliquerait l'échec de la réalisation qui lui était promise). A cet égard, la psychothérapie de Morita apparaît d'une grande pertinence. Accepter sa honte c'est accepter d'être un ambitieux et s'engager sur cette voie. On ne s'étonnera pas que Koga sermonne ainsi son patient anthropophobe qui renonce à accomplir la tâche qu'il s'est vu assigner (la cuisson du riz) de crainte d'échouer : « si vous n'êtes pas capable de faire cuire le riz parce que vous avez peur, vous valez moins que la bonne. Vous raterez des opportunités dans la vie avec un tel état d'esprit »²³⁵, puis le rassure deux jours plus tard lorsqu'il s'inquiète de voir se développer en lui un « esprit de compétition » (*kyōsōshin* 競争心) : « il n'y a là rien de mal »²³⁶. Ca n'est ainsi peut-être pas un hasard si Morita concluait son article de 1932 sur la phobie interpersonnelle par les mots suivants : « c'est une vérité de l'existence qu'à force d'efforts et de discipline quiconque peut devenir une personne importante. »²³⁷.

*

En remplaçant l'étiologie héréditaire par la prédisposition psychique, Morita arrache le nervosisme au stigma de la dégénérescence et peut construire auprès de ses patients une identité nerveuse positive tout en demeurant dans le cadre épistémologique dominant de la psychiatrie japonaise. Sa psychothérapie des obsessions, composée d'un assemblage de dispositifs issus des psychothérapies tant occidentales que japonaises contemporaines, se concentre en particulier sur le dépassement d'un « conflit psychique » qui constitue d'après lui leur mécanisme psychopathologique fondamental. Ce dépassement doit se faire, du point de vue du patient, par l'assimilation d'une « vision de l'existence » nouvelle. La théorie et la pratique moritiennes comportent une forte dimension morale : le « conflit psychique » est une lutte contre soi-même qui enferme l'obsessionnel dans un vain combat contre des émotions « naturelles ». La distinction entre le normal et le pathologique correspond à une différence entre de bonnes attitudes, bonnes car sincères, fidèles aux

235 飯炊きが恐ろしくて出来ないやうでは、女中より駄目である。こんな考へでは、世の中で、チャンスを失ふ事が多い。(KOGA Y., « *Taijinkyōfu no chikenrei* », art cit, p. 426-427)

236 *Ibid.*, p. 427.

237 吾人は努力・修養によっては、どんなに偉い人にもなれるという事は、人生の真実である (MORITA S., « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* », art cit, p. 174)

« faits » (*jijitsu*), et de mauvaises attitudes car fausses, contraires aux « faits ». L'obsessionnel est en quelque sorte un immature en lutte avec le réel. Et c'est cette conception psychologique et morale qui amène Morita à concevoir l'éreuthophobie, ainsi que d'autres symptômes, comme *conflit vis-à-vis du sentiment* « normal » de honte sociale. C'est sur la base de cette conception psychopathologique, et peut-être également d'un idéal de l'ascension et de la réussite sociale de l'ère Meiji qu'il incarne lui-même, que Morita en vient à concevoir les anthropophobes comme des ambitieux se cachant derrière un masque de timidité, et à les encourager dans la cure à accepter « la vérité [de leurs] émotions » en adoptant une forme d'humilité et d'ambition assumées. Ainsi Morita n'invente pas la phobie interpersonnelle en tant que catégorie nosographique, mais avec sa théorie du nervosisme et des obsessions il lui confère un mécanisme psychogénique et un sens moral qu'elle n'avait pas jusqu'alors. Dans le cadre de la pratique psychothérapeutique de Morita, la phobie interpersonnelle devient alors une maladie curable et c'est comme telle qu'il la promeut au grand public.

3. Les premiers échos de la phobie interpersonnelle au Japon

Proches du point de vue du tableau clinique, les concepts moritien et janétien de phobie sociale, sont sur le plan conceptuel assez différents, comme nous venons de le voir, mais là où l'histoire du concept japonais diverge le plus du cas français, c'est dans sa réception. Alors que les « phobies sociales » de Janet ne semblent rencontrer aucun écho immédiat, le concept de *taijinkyōfu* est adopté dès les années 1930 par plusieurs contemporains de Morita, disciples et patients d'abord, mais aussi par des praticiens de la psychothérapie comme lui. Nous allons donc à présent voir comment, dans un premier temps, la phobie interpersonnelle devient un concept courant au sein du courant moritien, puis chez qui et sous quelle forme il circule dans la seconde moitié des années 1930.

3.1. La phobie interpersonnelle dans l'école Morita : usage et diffusion

Lorsqu'en 1930 le terme de phobie interpersonnelle apparaît sous la plume de Morita, celui-ci semble alors renvoyer à une doctrine déjà bien établie dans le microcosme de sa clinique. Il apparaît, comme nous l'avons vu, dans les pages de la revue *Shinkeishitsu*, simultanément sous la plume de Morita, celle de ses disciples, ainsi que celle de ses patients.

Dans les premiers temps, les termes « éreuthophobie » (*sekimenkyōfu*) et « phobie interpersonnelle » (*taijinkyōfu*) sont utilisés de manière parfaitement interchangeable. Des patients ne présentant pas d'obsession du rougissement peuvent ainsi néanmoins être qualifiés d'« éreuthophobes »²³⁸. Si c'est le terme de phobie interpersonnelle qui tend peu à peu à s'imposer, l'emploi d'« éreuthophobie » comme synecdoque pour l'ensemble de la catégorie se maintiendra pendant plusieurs années. Quant à l'expression « phobie de la honte » (*shūchikyōfu*), dont on a vu qu'elle reflétait peut-être plus exactement la théorie psychopathologique de Morita, elle n'est utilisée que de manière anecdotique, uniquement pour souligner le caractère central de la honte²³⁹.

238 Par exemple deux cas décrits par l'un de ses élèves : le symptôme principal de l'un est grande gêne en public, tandis que l'obsession de l'autre a trait au regard (il ne supporte pas d'être regardé et est incapable de regarder quiconque dans les yeux). (HASEGAWA T., « *Sekimen kyōfu, kyōhaku kannen, kioku furyō no gairai chiriyō* », art cit, p. 43-46)

239 Par exemple par : TAKEYAMA Tsunehisa 竹山恒壽, « *Sekimen kyōfushō* » 赤面恐怖症 (Ereuthophobie), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 11, p. 505-508.

Dans leur usage de ce concept, les disciples de Morita, qui sont pour la plupart ses élèves à l'école de médecine Jikeikai, font preuve d'une remarquable orthodoxie – qui n'a rien d'étonnant pour un courant tel que celui-ci organisé autour de la figure d'un maître. Aussi, les articles des élèves de Morita sur la théorie de la phobie personnelle consistent en une paraphrase légèrement développée de la théorie exposée par ce dernier en 1932. Usa Genyū 宇佐玄雄 (1886-1957)²⁴⁰, premier des disciples de Morita à pratiquer sa psychothérapie dans une autre institution, fait ainsi dans plusieurs de ses ouvrages un usage du concept de phobie interpersonnelle parfaitement conforme à la théorie moritienne, tant dans sa description clinique, que dans l'analyse du sentiment de honte et les principes de son traitement²⁴¹. Les disciples jouent également leur rôle de gardiens du temple : un paragraphe consacré à la critique de l'analyse psychanalytique de l'éreuthophobie défendue par l'école de Marui Kiyoyasu – à l'aide, là encore, des arguments de Morita – semble un passage obligé²⁴². Les apports nouveaux des disciples de Morita restent marginaux : une remarque sur le fait que la phobie interpersonnelle survient en présence de personnes connues plutôt que d'inconnus, un développement sur la distinction entre les cas graves de la phobie et le délire de persécution, une réflexion sur le sentiment de honte, la suggestion d'une proximité entre phobie interpersonnelle moritienne et délire de relation sensitif de Kretschmer (nous reviendrons sur ce concept au chapitre suivant), etc.²⁴³ Si ce sont ces

240 Usa Genyū (ou Shizuo), moine zen, fait des études de philosophie à Waseda (1904), puis de médecine à Jikeikai (1915) où il fait la rencontre de Morita. Il étudie la psychiatrie auprès de Kure à Tōdai et auprès de Morita sa psychothérapie (1919) et ouvre à Kyoto en 1927 la première nouvelle clinique de thérapie Morita, le Sansei byōin 三聖病院. (NOMURA A., *Morita Shōma Hyōden*, op. cit., p. 168-171)

241 USA Genyū 宇佐玄雄, *Settoku ryōhō* 説得療法 (La thérapie persuasive), Kyoto, Jinbun shoin, 1936, p. 49 et USA Genyū 宇佐玄雄, *Heki no naoshikata* 癢の直し方 (Soigner les tics), Kyoto, Jinbun shoin, 1939, p. 236-293.

242 Par exemple : TAKEYAMA T., « *Sekimen kyōfushō* », art cit et HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shosō* » 対人恐怖症の諸相 (Divers aspects de la phobie interpersonnelle), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 3, p. 102-109.. En effet, dans ces mêmes années, un disciple de Marui, de l'école psychanalytique de Sendai, Yamamura Michio 山村道雄 (1906-1985), publie plusieurs longs articles proposant l'analyse de plusieurs cas cliniques et une interprétation entièrement psychanalytique de l'éreuthophobie fondée sur des travaux européens des années 1910-1920 (où la rougeur de l'éreuthophobie est notamment interprétée comme une « génitalisation du visage », le produit du refoulement d'un désir d'exhibition) (v. YAMAMURA Michio 山村道雄, « *Sekimenkyōfu ni tsuite (dai IPPŌ)* » 赤面恐怖症に就いて (第一報) (Psychoanalytische Studien über Erythrophobie (I.Mitteilung)), *東北帝大醫學部精神病学教室業報* Arbeiten aus dem psychiatrischen Institute der Tohoku Universität, 1933, n° 2, p. 69-102 ; YAMAMURA Michio, « Über menschenscheu. Beitrag zur Genese der "magischen Übertragung" », *Arbeiten aus dem psychiatrischen Institute der Tohoku Universität*, 1936, n° 5, p. 45-49)

243 HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shuju sō (ni)* » 対人恐怖症の種々相 (二) (Divers aspects de la phobie interpersonnelle (2)), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 4, p. 150-158 ; KOGA Y., « *Taijinkyōfu no chikenrei* », art cit. ; KŌRA T., « *Shinkeishitsu no mondai* », art cit..

mêmes questions que développeront les recherches sur la phobie interpersonnelle après-guerre, ces réflexions ne se formulent toutefois alors que dans le strict respect du cadre théorique moritien.

Arrêtons-nous un instant sur le cas de Nakamura Kokyō 中村古峯 (1881-1952), qui n'est pas un disciple de Morita mais qu'on peut compter parmi les sympathisants de son école. Le fondateur de la revue *Hentai Shinri* et soutien indéfectible de Morita, pratique sa propre forme de psychothérapie (quoiqu'extrêmement proche dans ses principes de celle de Morita) et évoque la phobie interpersonnelle dans ses ouvrages sur le traitement de la neurasthénie. Nakamura pourrait être l'inventeur du terme japonais *taijinkyōfushō* 対人恐怖症²⁴⁴, qu'il semble avoir commencé à employer exactement au même moment que Morita, mais dans un sens légèrement différent. En effet, Nakamura distingue de ce qu'il nomme « phobie interpersonnelle » tous les symptômes que Morita range précisément sous cette étiquette – éreuthophobie, scopophobie, gynéphobie, phobie du sourire, de l'odeur des aisselles, etc. Elle désigne pour lui des malades qui souffrent d'une « peur insupportable de se trouver avec une autre personne [; et qui] restent toujours seuls enfermés chez eux »²⁴⁵, il la rapproche ainsi de la phobie des foules et lui donne comme équivalent le terme *enjinshō* 厭人症, qu'on pourrait traduire par « trouble misanthropique ». Or, si d'après lui l'éreuthophobie mène aussi à la « misanthropie », Nakamura semble réserver le diagnostic de phobie interpersonnelle à des cas *ne présentant pas d'obsession relative à l'apparence physique*. L'objet du *taijinkyōfushō* de Nakamura semble être *la relation interpersonnelle elle-même*. Les cas qu'il décrit présentent en effet pour symptôme principal une « peur des gens » et un souci constant de ce que peut être en train de penser l'interlocuteur²⁴⁶. La phobie interpersonnelle de Nakamura est ainsi presque exclusivement constituée de ruminations mentales, sans fixation de l'anxiété sur un symptôme corporel. Le cas de Nakamura confirme le fait qu'au moment où Morita formule et commence à employer régulièrement son concept de phobie interpersonnelle, le même terme (ou presque) est

244 L'expression est identique à l'exception du dernier caractère « shō » 症 (symptôme), qui fait explicitement du mot *kyōfu* (peur) un terme médical (phobie), et confère ainsi à l'expression l'aspect d'un nom de maladie plus évident encore.

245 対人恐怖症または厭人症。他人と一緒にいるのが、恐ろしくてたえられない。いつも孤独で閉居するものをいいます。また群集恐怖症というものもあります。(NAKAMURA K., *Seishin eisei kōwa* (1), *op. cit.*, p. 132)

246 *Ibid.*, p. 161 ; NAKAMURA Kokyō 中村古峯, *Seishin eisei kōwa* (3) 精神衛生講話. 第三册 (Leçons d'hygiène mentale t.3), Tokyo, Shufu no tomo sha, 1933, vol.3, p. 20)

également employé par d'autres, et même par des personnes dont il est proche tant personnellement que théoriquement, telles que Nakamura, dans un sens qui n'est pas nécessairement le sien.

Cependant, comme nous l'avons précédemment mentionné, les années 1930 correspondent à une période de prosélytisme accru au sein du courant moritien et la revue *Shinkeishitsu* constitue un important vecteur par lequel le concept de phobie interpersonnelle a pu se propager au-delà du cercle moritien immédiat, aux personnes susceptibles d'être intéressées par cette thérapie : neurasthéniques, obsessionnels et psychothérapeutes sans doute. L'exposition de la phobie interpersonnelle moritienne culmine en 1935 avec la parution de *La cure de l'éreuthophobie* (*Sekimen kyōfu no ryōhō* 赤面恐怖の療法), un ouvrage dans lequel Morita rassemble tous ses écrits déjà publiés sur la question. Y figurent l'article de 1932, suivi d'une série de dix récits de cure plus ou moins longs. Avec ce livre, Morita dit vouloir « rendre service aux anthropophobes qui représentent le groupe le plus nombreux parmi [s]es patients »²⁴⁷. Nous ignorons les chiffres des ventes mais le choix d'une maison d'édition grand public comme Jinbun sho.in 人文書院 et les publicités parues dans la presse nationale indiquent que l'ouvrage a bénéficié d'une certaine promotion. Dès 1937 il en est à sa quatrième réimpression et l'existence de rééditions de cet ouvrage après-guerre (la première dès 1952) laissent penser qu'il s'est bien vendu. Et, alors que jusqu'à la publication de cet ouvrage l'usage du terme *taijinkyōfu* semble avoir été confiné à l'école moritienne, à partir de 1935 le terme commence à apparaître sous la plume d'autres psychothérapeutes.

3.2. Circulation de la phobie interpersonnelle dans la littérature psychologique des années 1930

Ce n'est donc pas dans la littérature psychiatrique scientifique, mais dans la littérature psychologique, populaire ou non, que l'on voit la notion de phobie interpersonnelle commencer à circuler au Japon, en tant que *catégorie nosographique* sous la plume de praticiens d'autres formes de psychothérapie. Si nous ne sommes pas en mesure d'affirmer que l'apparition de la notion, ou plus exactement du terme « phobie interpersonnelle », en dehors de la galaxie moritienne est le fruit direct du prosélytisme de Morita et de son école,

247 MORITA S. et KŌRA T., *Taijinkyōfu no naoshikata*, *op. cit.*

et ce d'autant moins que le terme n'est jamais associé au nom de Morita ni à celui de quiconque d'ailleurs, nous pouvons cependant noter que les occurrences que nous avons trouvées sont toutes contemporaines ou postérieures aux publications de Morita sur cette question. En outre, ceux qui en font usage sont des *psychothérapeutes*, autrement dit des personnes qui connaissent toutes les écrits Morita, en raison de sa célébrité et de la reconnaissance dont il bénéficie dans ce milieu. On peut donc faire a minima l'hypothèse que les écrits de Morita ont contribué à populariser ce terme. Et comme nous l'avons précédemment suggéré en identifiant dans la conception moritienne de la phobie interpersonnelle le reflet de sa thérapie, l'adoption de cette notion dans un cadre thérapeutique différent doit inévitablement conduire à des transformations du concept. Soulignons avant de poursuivre, que nous nous appuyons ici sur un nombre de documents très limité : quelques occurrences découvertes dans les cinq ouvrages qu'une recherche lexicographique dans le catalogue de la bibliothèque de la Diète nous a permis d'identifier²⁴⁸. Nous ne dressons donc pas ici un tableau exhaustif de la circulation du concept de phobie interpersonnelle dans les années 1930-1940, mais en évoquons plutôt des *traces*.

3.2.1. Dans les psychothérapies populaires

Le premier champ dans lequel la phobie interpersonnelle trouve un écho est la nébuleuse des psychothérapies populaires (*minkan*) de la neurasthénie teintées d'hypnotisme et de bouddhisme, prodiguées par des thérapeutes autodidactes hors du cadre de la médecine officiellement reconnue. Elles constituent un ensemble hétérogène, le degré de formation académique de leur inventeur, de formalisation d'un discours psychologique, d'influence des pratiques bouddhiques, mais également la place accordée à la propagande impériale (puisque l'on se situe entre la seconde moitié des années 1930 et le début des années 1940) y sont très variables. Morita a, en tant que figure de psychothérapeute institutionnellement légitime, un grand écho chez ces praticiens²⁴⁹. Il n'est donc pas étonnant qu'on puisse retrouver chez eux des éléments de sa théorie, parmi lesquels la catégorie nosographique de la phobie interpersonnelle.

248 A partir des résultats d'une recherche des mots-clefs « *tajinkyōfu* » et « *shōshin kyōfu* » (timidité, peur) dans le catalogue de la bibliothèque de la Diète ; recherche dont la limite principale est qu'elle ne permet d'identifier le terme que s'il apparaît dans des titres d'ouvrages ou bien dans le texte de revues ou de livres numérisés.

249 WU Y.-C., *A disorder of Ki*, op. cit., p. 187-197.

Les quatre livres dans lesquels nous avons trouvé une mention du *taijinkyōfu* ont été publiés entre la seconde moitié des années 1930 et le tournant avec les années 1940, tous étant des manuels de psychothérapie destinés à des patients potentiels :

- Umeda Kaoru 梅田薫 (1888- ?)²⁵⁰ « *La cure de la timidité et des phobies* » (*Shōshin kyōfushō no ryōhō* 小心恐怖症の療法) (1935) ;
- un ouvrage anonyme « *L'esprit japonais et le renforcement du courage* » (*Nihon seishin to tanryoku kyōka* 『日本精神と胆力強化』) (1939) ;
- Tokuda Kōjun 徳田浩淳²⁵¹ « *La fortification psychique et la cure secrète de la timidité et des peurs : ou l'art de n'avoir peur de rien* » (*Seishin kyōka shōshin kyōfu himitsu ryōhō : Ichimei nanimono ni mo osorezaru jutsu* 『精神強化小心恐怖秘密療法: 一名・何物にも恐れざる術』) (1940) ;
- Hasegawa Michiru 長谷川満²⁵² « *Timidité et peurs, manie du rougissement, méthode de redressement psychique pour le renforcement du courage* » (*Shōshinkōfu sekimen-heki tanryoku kyōka seishin kyōsei hō* 『小心恐怖赤面癖胆力強化精神矯正法』) (1941).

Dans ces ouvrages, le néologisme *shōshin kyōfu* (*shō*) 小心恐怖 (症) , littéralement « timidité et peurs (ou phobies) »²⁵³, a remplacé le terme « neurasthénie » (*shinkei suiijaku*) sans qu'il y ait de doute possible sur ce qui est désigné sous cette appellation. Umeda Kaoru, qui semble en être l'inventeur (dans l'ouvrage ici évoqué), reprend effectivement sous ce terme les symptômes psychiques de la neurasthénie : phobies, hypocondrie,

250 Umeda Kaoru, fait partie de ces rares psychothérapeutes autodidactes qui poursuivront avec succès leur activité thérapeutique après-guerre, en l'adaptant considérablement. Il se spécialise dans le traitement de l'éreuthophobie et du bégaiement. Nous le retrouverons dans la troisième partie de ce travail.

251 Dont nous ne savons rien, si ce n'est que la maison d'édition qui le publie (akebono shoin 曙書院) a édité d'autres ouvrages sur les cures psychiques d'orientation plus spiritualiste.

252 Hasegawa Michiru est apparemment à la tête d'une maison de santé nommée Kōsei-ryō 更生寮 dans le Kansai. Il devait jouir d'une certaine renommée puisque son ouvrage a reçu les dédicaces d'un ministre et d'un député.

253 Nous traduisons « timidité et phobies » et non « phobie de la timidité » car ces auteurs associent sous cette dénomination, d'une part, un ensemble de manifestations relevant d'une acception large de la « timidité » (introversion, inquiétude excessive, pessimisme, impressionnabilité, etc.), et d'autre part, des symptômes relevant du registre phobique (phobie interpersonnelle, agoraphobie, phobie de certains objets, etc.).

introversion, mélancolie, faiblesse de volonté, etc. Ce changement de dénomination peut, d'après nous, être en partie rapporté au fait qu'au cours des années 1930 la neurasthénie a, en tant qu'identité culturelle, perdu beaucoup perdu de son prestige. Le contexte de mobilisation militaire ne laisse sans doute plus la place à ces atermoiements individualistes, a fortiori du fait de l'association de la neurasthénie à l'occidentalisation du Japon. On peut ainsi lire dans le manuel de Hasegawa, particulièrement empreint de mystique impérialiste, que les individus timides et phobiques, c'est-à-dire « nerveux » possèdent un « caractère inférieur » (*rettōna soshitsu* 劣等な素質) qui est le résultat de la transmission « héréditaire » d'une « conception matérialiste et individualiste erronée de l'esprit du corps national »²⁵⁴, et que le but ultime de la cultivation psychique est la renonciation au moi et aux désirs égoïstes afin d'unifier l'Etat-nation. Et en effet le nombre de neurasthéniques baisse rapidement vers la fin des années 1930, ce dont se félicite en 1943 Uchimura Yūshi, le titulaire de la chaire de psychiatrie de l'université impériale de Tokyo, qui voit là le signe que « l'esprit des citoyens est sain » et que « nous n'avons pas le loisir d'être complaisants à un moment où de multiples guerres des nerfs doivent être menées »²⁵⁵. Dans un tel contexte, la « timidité » (*shōshin*) constitue peut-être une appellation alternative plus acceptable pour les maux jusqu'à peu présentés sous l'étiquette de la neurasthénie.

La phobie interpersonnelle décrite dans cette littérature populaire est au niveau clinique et nosographique à peu près équivalente au concept morisien. Elle relève de cette neurasthénie camouflée et elle est, évidemment, un trouble purement *psychique* qui doit être traité psychiquement. Plusieurs la présentent également comme un trouble très courant : d'après Umeda Kaoru, elle est « de toutes les phobies la plus fréquente »²⁵⁶. Sur le plan symptomatique, les formes de la phobie interpersonnelle les plus fréquemment évoquées par ces psychothérapeutes sont les mêmes que celles décrites par Morita : éreuthophobie, scopophobie, phobie du bégaiement, des foules ou de l'autre sexe. Par exemple cette description par Umeda d'un jeune homme anthropophobe est en tous points

254 [...] こうした唯物思想や個人主義的な、誤った国体観念 [...] (HASEGAWA Michiru 長谷川満, *Shōshin kyōfu sekimen heki tanryoku kyōka seishin kyōsei hō* 小心恐怖赤面癡胆力強化精神矯正法 (Timidité et peurs, manie du rougissement, méthode de redressement psychique pour le renforcement du courage), Osaka, Kansai kōsei-in, 1941, p. 110-111)

255 Junko Kitanaka, *Depression in Japan : psychiatric cures for a society in distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012, p. 62.

256 恐怖症の中、人に対する恐怖が一番多く (UMEDA Kaoru 梅田薫, *Shōshin kyōfushō no ryōhō* 小心恐怖症の療法 (La cure de la timidité et des phobies), Taiyōsha Kenkyūjo, 1935, p. 22)

semblable à celles que l'on peut lire dans les pages de *Shinkeishitsu* :

« Il s'adresse aux gens en baissant complètement la tête et sans jamais les regarder en face, lorsqu'on l'interpelle de côté ne se retourne pas et, quand on lui adresse la parole, reste tourné de profil même si l'interlocuteur s'en agace ; il est terrorisé par les gens, n'a même jamais regardé ses propres parents dans les yeux, et n'a pas un seul ami. »²⁵⁷

En dehors de quelques autres symptômes anecdotiques (la phobie des supérieurs ou celle des policiers par exemple), on peut noter une plus grande insistance chez au moins deux de ces auteurs (Umeda et Hasegawa) sur la « phobie du bégaiement » 吃音恐怖 (*kitsuonkyōfu*), aussi appelée « phobie linguistique » 言語恐怖 (*gengokyōfu*), qui semble en réalité désigner un véritable bégaiement. A cette dernière variation dans la symptomatologie près, le tableau clinique général de la phobie interpersonnelle est donc à peu près identique chez ces auteurs et chez Morita.

C'est sur le plan théorique que des différences apparaissent et semblent indiquer deux tendances. D'une part, l'influence claire des idées moritiennes : ainsi Hasegawa, l'auteur de « Timidité et peurs, manie du rougissement, méthode de redressement psychique pour le renforcement du courage » (1941), reprend mot pour mot – sans qu'aucun doute sur la source soit possible –, la théorie moritienne de la phobie interpersonnelle²⁵⁸. S'il ne lui attribue pas explicitement la paternité de cette notion particulière, c'est bien à la théorie moritienne qu'il se réfère, cette fois nommément citée, dans le chapitre qu'il consacre à la définition des maladies de l'esprit²⁵⁹. Les autres ouvrages en revanche indiquent la persistance des théories psychologiques de la neurasthénie formulées par les ex-hypnothérapeutes, ici appliquées assez sommairement à une description par ailleurs plutôt détaillée des symptômes du *taijinkyōfu*. Les auteurs de « La cure de la timidité et des phobies » (1935) et de « L'esprit japonais et le renforcement du courage » (1939) invoquent ainsi tous les deux des explications génériques telles que le « manque d'unité psychique » ou le rôle pathogène des « conflits émotifs fondés sur les désirs égoïstes »²⁶⁰, mais on n'y

257 一青年は、人に対する時は、深く首を垂れて一切相手の顔を見ない、人が横から名を呼んでも其方は少しも向かない、強いて話しかけると横を向いてしまう、其様子が怒って居る様に見えるので、人が却って恐れて近寄らない、父母とも顔を見て話した事なく、友人は一人もいないと云う。(Ibid., p. 24)

258 HASEGAWA M., *Shōshin kyōfu sekimen heki tanryoku kyōka seishin kyōsei hō*, op. cit., p. 35-37.

259 Ibid., p. 9-12.

260 抑も、神経質及強迫観念より生ずる、各種恐怖癩及神経衰弱等は何れも自己中心主義の我見我慾に依る感情(心)の葛藤により起きるものであつて [...] (Ibid., p. 6)

trouve guère d'explications spécifiques aux symptômes de la phobie interpersonnelle. Tout juste l'auteur anonyme renvoie-t-il les symptômes à la « manie de honte » (*shūchi heki* 羞恥癡), mais sans que la description symptomatique parvienne à des explications causales. Dans ces ouvrages, intarissables dans la critique des limites de la « médecine matérialiste » et sur la nécessité de considérer le corps et l'esprit comme un tout, le propos psychologique reste à la fois très général et rudimentaire²⁶¹.

Cependant c'est dans la thérapie que se manifeste le plus clairement l'écart entre Morita et les psychothérapeutes populaires. L'approche thérapeutique proposée par ses derniers est en effet diamétralement opposée à ce que préconise Morita. Mettant, comme lui, en avant leur propre expérience d'ex-neurasthéniques ou de timides maladifs, ils garantissent cependant à celui qui suivra leur méthode une *transformation radicale de leur caractère* : un gain de confiance en soi phénoménal, un changement de tempérament et une augmentation des aptitudes qui les rendra méconnaissables²⁶². Ainsi, Hasegawa qui reprend pourtant à la lettre les théories de Morita, les agrmente de cette promesse qui va profondément à l'encontre de la théorie moritienne du nervosisme :

« Enfant, je devins bègue (phobie linguistique), ce qui s'aggrava avec le temps ; puis à mon tempérament vinrent s'ajouter timidité et mélancolie, j'étais tourmenté par de multiples obsessions : la phobie interpersonnelle, les rougissements, la phobie de la transpiration, etc. A cause de cela, je ne réussis évidemment ni dans les études ni à trouver mon métier, et ce furent près de vingt années de souffrances continues, durant lesquelles j'essayai tous les médicaments possibles et des thérapies telles que l'hypnose, le *kiai-jutsu*, etc. mais en vain. [...] Après de grands efforts et de nombreuses recherches, je parvins finalement à soigner entièrement ma phobie linguistique, ainsi que les divers troubles provenant de mon nervosisme et des obsessions. Aujourd'hui, il ne me reste plus aucune trace de mon bégaiement, et j'ai quand je parle une confiance en moi telle que je peux m'adresser à n'importe qui avec aisance. Mais en outre, ma timidité est devenue assurance, ma mélancolie s'est transformée en gaieté ; mon caractère s'est entièrement transformé, au point que je n'ai plus rien de l'homme qui était autrefois bègue, timide et peureux. »²⁶³

261 Le manque d'unité psychique est à la fois cause et effet pathologique : il est la cause des obsessions, mais les ruminations des éreuthophobes engendrent également le manque d'unité psychique.

262 UMEDA K., *Shōshin kyōfushō no ryōhō*, op. cit., p. 104.

263 私は幼にして吃音（言語恐怖）となり、長じて段々重症となり、したがって、生来の素質に小心憂鬱が加はり、対人恐怖、赤面恐怖、発汗恐怖等の強迫観念に悩まされ、それが為、学業は

Etre capable d'accomplir des choses dont on était incapable jusqu'alors, et même accomplir de grandes choses, c'est certes ce que promet aussi Morita aux anthropophobes et aux nerveux, mais il le fait en réorientant une dynamique psychologique *propre à la prédisposition psychique des nerveux* ; chez lui on ne peut en aucun cas espérer « transformer » le caractère, qui est inné. Il y a bien un monde entre ces deux visions. De fait, on ne trouve jamais chez les psychothérapeutes populaires, comme c'est le cas chez Morita, d'encouragement à accepter son propre caractère ou à se réconcilier avec des émotions qui seraient tenues pour naturelles. Au contraire, Umeda explique-t-il par exemple :

« Ceux qui sont terriblement gênés et terrorisés en présence de l'autre sexe, qui ne peuvent plus rien dire et ont le cœur qui s'emballe, ne guériront pas en se contentant d'éviter les personnes de l'autre sexe. *Il ne feront pas non plus disparaître leurs souffrances en cherchant à les endurer patiemment, se résignant à y voir l'effet de leur nature, car les vrais sentiments ne sont pas satisfaits.* Il est nécessaire de faire un pas en avant malgré tout et intégrer le fait que l'autre sexe n'est pas à craindre, au contraire [sa fréquentation est] quelque chose d'agréable. C'est une chose qui devrait normalement être un plaisir instinctif naturel chez les êtres humains et non une souffrance. »²⁶⁴ (nous soulignons)

Voilà presque le contrepied exact de la morale moritienne : on n'est pas dans la dynamique d'une honte « naturelle » repoussée en raison d'un tempérament nerveux, mais dans la logique d'une *souffrance contraire à ce qui constituerait l'instinct naturel* (dans tous les cas la naturalisation a bon dos). Pas question alors de chercher à vivre avec.

もとより、自己の職業すら求め得ず、日夜煩悶と懊悩の歳月を過ごす事約二十年、その間種々医薬は勿論、売約、催眠術、気合術等の療法を行ひましたが、何れも効果なく治りませんでした。而も、診察を求めし医師より、肺炎加答兒と診断され、時には亦、心臓病驚かされた事ありました。その私が、遂に多大の努力と研究に依って、積年の言語恐怖（吃音）を完全に治す事が出来ました。今日では全く吃音の痕跡だになく、弁別を以つては、何人にも負けない自信と確心[sic]を持って居ります。而も、小心が大胆となり、憂鬱が明朗と変り。嘗つて、私が吃音や、小心恐怖に苦悩した人間とは見へない様に、性格が一変して了ひました。そして私が小心憂鬱で吃音であった事を話しても、全く皆様に信じて頂けない程であります。(HASEGAWA M., *Shōshin kyōfu sekimen heki tanryoku kyōka seishin kyōsei hō*, *op. cit.*, p. 4-5)

264 又若い異性に対して、非常に羞恥し恐怖して、物も言へない、動悸がはげしくなって苦しいと言って、ただ異性を避けているのでは治るものではない。又その苦痛をジッと忍び、之は自分の持ち前であるとあきらめ様としても、自分の本心が之を満足しないから苦痛を去るものではない、どうしても一歩進んで、異性は恐怖すべきものではない、寧ろ快いものであると云ふ事実を体得しなければならない。本来異性に接近することは苦痛ではなく、人間の本能上之を好むのが当然である。(UMEDA K., *Shōshin kyōfushō no ryōhō*, *op. cit.*, p. 186-187)

C'est donc une tout autre manière d'envisager la honte qui sous-tend ce propos et qui dicte la logique de ces thérapies. Par exemple cette forme de persuasion rationnelle qui recommande aux phobiques sociaux pour guérir de leur « manie de la honte » (*shūchi heki* 羞恥癡) de conserver à l'esprit une série de conseils de bon sens²⁶⁵, en tous points similaire à la thérapie persuasive de Dubois que vilipende Morita.

3.2.2. Une version psychanalytique de la phobie interpersonnelle

Parallèlement à cette utilisation du concept de phobie interpersonnelle dans les thérapies populaires, le concept apparaît sous une forme très différente chez Yabe Yaekichi 矢部八重吉 (1875-1945)²⁶⁶ un auteur appartenant à l'autre courant psychothérapeutique qui se développe au Japon, quoique de manière bien plus modeste : la psychanalyse. Yabe est le fondateur avec Ōtsuki Kenji 大槻憲二 du Centre d'études psychanalytiques de Tokyo 東京精神分析研究所(1914), qui représente un mouvement distinct, constitué essentiellement de non-médecins, du courant psychiatrique fondé par Marui²⁶⁷. Dans un ouvrage intitulé « *Psychanalyse et problèmes de l'adolescence* » publié en 1938, puis réédité en 1939 sous le titre « *Anatomie psychologique de la puberté* » (version à laquelle je me réfère)²⁶⁸ – qui

265 Faire preuve de courage, penser que les gens ne passent pas leur temps à chercher les défauts des autres, et que, l'apparence étant innée, elle n'est pas un critère valable pour juger de la valeur de quelqu'un, et à quoi bon vouloir être bien considéré de toutes les personnes que l'on rencontre, etc. (ANONYME, *Nihon seishin to tanryoku kyōka* 日本精神と胆力強化 (L'esprit japonais et le renforcement du courage), s.l., Mizuhosha, 1939, p. 25)

266 Yabe, qui a étudié la psychologie à l'Université Columbia aux Etats-Unis (1898-1901), travaille au ministère des chemins de fer où il fait la rencontre d'Ōtsuki (1928). En 1930, il se rend en Europe où il fait une analyse avec Richard Glover au Royaume-Uni, puis rencontre Freud à Vienne dont il obtient l'autorisation de fonder une antenne locale de l'Association psychanalytique internationale à Tokyo. Il devient le premier psychanalyste japonais à en être officiellement reconnu. (SATŌ Tatsuya 佐藤達哉, *Nihon ni okeru shinrigaku no juyō to tenkai* 日本における心理学の受容と展開 (La réception et le développement de la psychologie au Japon), Kyoto, Kita ōji shobō, 2002, p. 557. ; ŌIZUMI Hiroshi 大泉溥 (ed.), *Nihon shinrigakusha jiten* 日本心理学者事典 (Dictionnaire des psychologues japonais), Tokyo, Kuresu shuppan, 2003, p. 1157)

267 Parmi ses premiers inscrits on compte notamment quelques célébrités comme le romancier Edogawa Ranpō, Iwakura Tomohide et Hiratsuka Raichō – ce qui témoigne au passage du fait qu'au Japon comme ailleurs la psychanalyse a rencontré un écho plus favorable dans la sphère culturelle que chez les médecins. Les deux courants ne coopèrent pas, publiant chacun leur propre revue (La revue « Psychanalyse » *Seishin bunseki* 『精神分析』 est fondée en 1933, un an après la fondation du « Bulletin » de Marui) et se lançant dans des projets parallèles de traduction des œuvres complètes de Freud. (SATŌ T., *Nihon ni okeru shinrigaku no juyō to tenkai*, op. cit., p. 557-559)

268 YABE Yaekichi 矢部八重吉, *Seishinbunseki to seinenki no mondai* 精神分析と青年期の問題 (Psychanalyse et problèmes de l'adolescence), Tokyo, Tōkyō Furoido Kenkyūkaikan, 1938, 268 p. YABE Yaekichi 矢部八重吉, *Shishunki no shinri kaibō* 思春期の心理解剖 (Anatomie psychologique de la

semble être demeuré confidentiel dans l'historiographie de la psychiatrie japonaise –, consacré à la psychopathologie de l'enfance et de l'adolescence, Yabe dit vouloir analyser les résultats d'une dizaine d'années de pratique de la psychanalyse à la lumière de travaux psychanalytiques (occidentaux) récents et en particulier ceux de Melanie Klein et de Melitta Schimderberg (en raison de leurs travaux sur l'analyse des enfants). Il y évoque assez longuement la phobie interpersonnelle, à laquelle il consacre ses derniers chapitres, question qu'il reprend par ailleurs en conclusion.

C'est dans le cadre de cette entreprise qu'il propose – lui non plus sans faire aucune référence à la doctrine moritienne – une théorie complète et rigoureusement psychanalytique de la phobie interpersonnelle ; c'est-à-dire une analyse en termes de vie pulsionnelle, de mécanismes de refoulement et de défense. Ici le fossé théorique et épistémologique vis-à-vis de la théorie moritienne est abyssal. L'écriture psychanalytique de Yabe est d'ailleurs si éloignée de ce que fait Morita – ou les autres psychothérapeutes – qu'il est même difficile d'être absolument certain que Yabe parle bien de la même chose. En effet, l'analyse des processus psychiques inconscients occupe la totalité des chapitres consacrés au *taijinkyōfu* sans qu'aucun élément de clinique, ni cas ni symptôme concret, ne soit jamais évoqué²⁶⁹. Si l'inflation interprétative est une tendance propre à l'écriture psychanalytique, l'absence de clinique est peut-être en partie imputable au fait qu'il ne semble pas s'agir d'un texte destiné à convaincre de potentiels patients.

Dès le découpage nosographique les différences sont donc flagrantes : contrairement à tous les autres auteurs qui considèrent désormais l'éreuthophobie comme un type, voire le type même, de la phobie interpersonnelle, Yabe propose deux voire trois analyses du « rougissement » (*sekimen*) d'une part et de la phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) d'autre part. Cette distinction s'explique par le fait que la forme prise par le symptôme n'est pas une donnée indifférente en psychanalyse. Ce qu'ailleurs on désigne par éreuthophobie ne constitue pas pour Yabe une catégorie homogène, car les dynamiques psychologiques à l'œuvre sont ici distinguées en fonction de *l'objet vis-à-vis duquel* elles se manifestent. Le rougissement face à une personne de l'autre sexe est décrit comme une forme de

puberté), Tokyo, Banrikaku, 1939, 286 p.

269 Ainsi c'est par déduction qu'on peut supposer que c'est bien d'éreuthophobie qu'il parle lorsqu'il évoque différentes formes de « rougissement » (*sekimen*) – parce qu'il en donne une interprétation semblable à celle que présentent les psychiatres psychanalystes de Sendai. On peut parfois se demander si la « phobie interpersonnelle » désigne bien chez lui un état pathologique à part entière ou si elle ne représente qu'un mécanisme intégré dans une structure psychopathologique plus complexe.

satisfaction symbolique et compensatoire d'un désir sexuel refoulé ; elle opère par le déplacement de l'émotion sexuelle (*seikan* 性感) des organes génitaux vers une autre zone érotisée, en l'occurrence le visage²⁷⁰. Cette analyse, que Yabe partage avec les psychiatres de l'école de Marui²⁷¹, reprend manifestement des hypothèses formulées dans la littérature psychanalytique occidentale des années 1910-1920. Le rougissement qui se produit face à un supérieur hiérarchique ou une assemblée de personnes est en revanche analysé en termes de peur de la castration car il s'accompagne d'un sentiment un peu différent : une honte à laquelle viennent se mêler la colère et la peur²⁷². Le sentiment de honte, justement, si central dans l'analyse moritienne, donne lieu à une analyse intéressante : le rougissement étant interprété dans sa manifestation comme l'expression d'un désir d'exhibition refoulé (i.e. je veux qu'on me voie), la honte ressentie par l'éreuthophobe en vient-elle à être analysée comme une *formation réactionnelle* (*hannō kōsei sayō* 反応構成作用 ; all. *Reaktionsbildung*)²⁷³ (i.e. je ne veux surtout pas être vu). Ces interprétations, qui ne sont accompagnées d'aucun exemple concret, semblent avant tout résumer des hypothèses tirées de la littérature psychanalytique occidentale.

Sans spécifier si ce rougissement entretient éventuellement un rapport avec ce qu'il appelle *taijinkyōfu*, Yabe consacre les trois derniers chapitres de son ouvrage à cette question. Là encore, aucune description clinique précise ou même tableau général des symptômes concrets de la phobie interpersonnelle ne sont fournis²⁷⁴. La seule indication donnée par Yabe est que le *taijinkyōfu* appartient aux « peurs irréalistes » (*higenjitsuteki kyōfu* 非現実的恐怖) – celles qui se manifestent face à un danger non réel ou avec une force démesurée –, autrement dit il s'agit d'une phobie²⁷⁵. Le texte est entièrement consacré à l'analyse de sa psychogenèse – ce qu'il est à notre connaissance le premier à faire –, expliquée dans les termes d'une structure élaborée de mécanismes de défense successifs enracinés dans le processus de formation de la conscience morale chez l'enfant. La phobie interpersonnelle trouverait sa source dans l'éducation par un père sévère et craint. L'éducation reçue dans la famille serait en effet à l'origine de la constitution de la

270 YABE Y., *Shishunki no shinri kaibō*, op. cit., p. 144.

271 Voir : YAMAMURA M., « *Sekimenkyōfu ni tsuite (dai IPPŌ)* », art cit. ; MARUI K., « *Kyōhakusei shinkeishō ni tsuite* », art cit. (v. sous-partie 3.1)

272 YABE Y., *Shishunki no shinri kaibō*, op. cit., p. 151.

273 C'est-à-dire l'attitude psychologique allant dans le sens exactement inverse de la pulsion refoulée.

274 Faut-il y voir le signe du fait qu'il désigne une réalité évidente qui n'a pas besoin d'être décrite ?

275 YABE Y., *Shishunki no shinri kaibō*, op. cit., p. 253.

conscience morale (*ryōshin* 良心) chez l'enfant, par intériorisation des règles morales et sociales transmises au travers des réprimandes (*shitsuke* 躰) (« “on va rire de toi”, “les gens te regardent”. »²⁷⁶). Or, lorsque dans l'interaction avec autrui cette conscience morale échoue à faire respecter ces règles – autrement dit, lorsque surgit intérieurement une pulsion contrevenant à ces règles (i.e. je désire X)²⁷⁷ – les reproches de la conscience (i.e. c'est mal de désirer X !) *sont attribués aux personnes extérieures* grâce à un mécanisme de défense appelé « projection » (*nagesdashi sayō* 投出作用) ou « projection paranoïaque » (i.e. untel pense que je désire X), afin d'éviter l'angoisse qu'ils engendrent. La projection se fait sur des personnes qui sont des substituts du père (enseignant, supérieur, époux, etc.) : ces reproches qui leur sont attribués revêtent un caractère omnipotent et menaçant, à l'image du père originel, et ils sont d'autant plus angoissants que l'éducation a été sévère. Voilà d'où vient la peur très exagérée du jugement d'autrui qui caractérise la phobie interpersonnelle, mais également le fait que « cette peur se fonde souvent sur des éléments qui relèvent plus de l'état du monde intérieur [du sujet] que de la réalité du monde extérieur »²⁷⁸. En outre, ce mécanisme de projection paranoïaque s'accompagne d'un désir d'agression (sadisme) à l'égard du père qui, s'il était extériorisé à l'encontre de l'interlocuteur, se réaliserait sous la forme d'un symptôme délirant. Mais le sens de la réalité est, explique Yabe, conservé dans la phobie interpersonnelle qui ne verse ainsi pas dans le symptôme délirant : il existe en effet un *second mécanisme de défense* qui l'en empêche. En accord avec les règles sociales assimilées dans l'enfance, le désir d'agression s'exprime sous la forme d'un symptôme obsessionnel, à savoir une *impulsion à respecter rigoureusement ces mêmes règles sociales* (i.e. je ne dois surtout pas regarder X ni même parler à tous les Y assimilés). Cette impulsion et l'espèce de *doute obsessionnel qui demeure quant à savoir si cet effort d'observation – des règles morales et sociales – est efficace ou non* (i.e. ne suis-je pas en train de regarder X ?) sont au fondement de la phobie interpersonnelle²⁷⁹. La phobie interpersonnelle est donc pour Yabe une « défense secondaire contre l'angoisse » (*fuan ni taisuru nijigata bōei* 不安に対する二次型防衛), c'est-à-dire un deuxième niveau de défense contre une angoisse qui plonge ses racines dans l'éducation

276 「人に笑われる」とか「誰か見ている」(*Ibid.*, p. 256)

277 Cette illustration ainsi que les suivantes données entre parenthèses sont de nous.

278 であるから、此の恐怖は外界の現実よりは寧ろ内界（精神界）に基づく處が多いのである。

(YABE Y., *Shishunki no shinri kaibō*, op. cit., p. 259)

279 *Ibid.*, p. 263.

aux règles de comportement en société.

Mais la réflexion de Yabe sur la phobie interpersonnelle ne s'arrête pas là : elle semble ensuite prendre presque la forme d'une théorie de la culture. Le doute obsessionnel qui permet d'éviter l'extériorisation du désir d'agression engendre un conflit interne qui est au fondement du caractère introverti, timide – terrain sur lequel se développe la phobie interpersonnelle. L'*érotisation* serait l'un des mécanismes qui permettent d'apaiser ce conflit. Cette érotisation se manifeste, d'abord de manière passive, sous la forme d'une demande d'amour, c'est-à-dire du désir d'être apprécié (du désir d'être un bon enfant) ; puis, de manière active, comme volonté de repayer les bienfaits reçus d'autrui²⁸⁰. Ce serait là l'origine de la gratitude (*hōon* 報恩) dont l'expression, autrement dit l'accomplissement du devoir envers autrui, serait une manière d'apaiser l'angoisse de la phobie interpersonnelle. Or il existe des règles sociales et culturelles d'expression de ce devoir de gratitude : ce sont les « bonnes manières » (*reigi* 礼儀). C'est pourquoi d'après Yabe ceux qui ne maîtrisent pas ces codes, tels que « le péquenaud et le jeune enfant »²⁸¹, sont les plus susceptibles d'éprouver de la difficulté à se défaire de la phobie interpersonnelle. La maîtrise progressive des bonnes manières par le jeune enfant fait ainsi disparaître son souci du regard d'autrui, c'est-à-dire les prémisses de la phobie interpersonnelle²⁸². L'expression de la gratitude, explique ensuite Yabe, a quelque chose de similaire avec l'expiation religieuse : elles sont toutes deux fondées sur le désir de castration – qui est lui-même une défense contre la peur de la castration. Dans un cas comme dans l'autre, le motif est toujours la peur du châtement consécutif au non-respect des règles morales assimilées dans l'enfance. L'angoisse de la phobie interpersonnelle est donc apaisée par « l'érotisation » qui peut prendre deux formes : soit elle se fait de manière morbide, elle donne alors lieu à l'obsession rituelle (l'impulsion à observer rigoureusement les bonnes manières), soit elle se fait d'une manière conforme aux règles du comportement en société, elle est alors la maîtrise de l'étiquette. Yabe propose ainsi d'une part une théorie psychopathologique de la phobie interpersonnelle et d'autre part une théorie culturelle qui intègre la phobie interpersonnelle comme angoisse constitutive du rapport à l'autre en société.

L'analyse du sentiment de honte dans l'éreuthophobie fournit, ici encore, une mesure de

280 *Ibid.*, p. 264.

281 *Ibid.*, p. 267.

282 *Ibid.*

l'incommensurabilité entre l'approche de Yabe et celle de Morita. Alors que chez Morita, le symptôme de la rougeur – dans le cas de l'éreuthophobie – ayant préalablement été relégué à l'insignifiance (que le rougissement soit réel ou imaginé ne signifie rien), la honte éprouvée est l'expression d'une envie de plaire et la tentative de sa suppression par le sujet est au fondement de l'obsession ; dans l'interprétation psychanalytique donnée par Yabe, le sentiment de honte est une défense secondaire contre l'angoisse générée par la satisfaction symbolique d'une pulsion *dans le rougissement*. Cette interprétation « intentionnelle » des symptômes – qui est d'après Castel au cœur de l'innovation freudienne dans son analyse de la névrose obsessionnelle²⁸³ – est la cible principale du rejet moritien de la psychanalyse (et en général de son rejet par une grande partie de la psychiatrie, toujours d'après Castel). Au-delà de l'incompatibilité épistémologique de ces deux approches, Yabe paraît toutefois rejoindre Morita sur l'idée de l'utilité sociale de cette gêne interpersonnelle que Morita appelle honte et Yabe *taijinkyōfu* : l'absence totale de phobie interpersonnelle chez un individu reviendrait à une ignorance complète des règles de politesse et de l'ordre social, ce qui n'est pas souhaitable, c'est pourquoi, dit-il, « je considère qu'essayer de supprimer entièrement cette peur est un vain effort. Il faut plutôt se contenter de son atténuation »²⁸⁴.

*

Ces différentes *traces* nous montrent donc que le concept de phobie interpersonnelle commence à circuler dans la littérature produite par les psychothérapeutes japonais au cours des années 1930. Sans doute le fait que Morita, parmi les plus connus et les plus respectés de ces psychothérapeutes, ait donné à la phobie interpersonnelle une théorie et en ait décrit une abondante clinique qu'il a activement promues a-t-il contribué à cette circulation, sans toutefois qu'il en vienne à être considéré comme l'inventeur de ce concept. C'est en tant que catégorie nosographique que le *taijinkyōfu* est adopté, et logiquement par ceux qui sont directement concernés par la clinique des névrosés, qui lui ont manifestement trouvé une pertinence clinique. La diversité des formes que prend alors sa théorisation, allant de la copie pure et simple de la théorie moritienne à une interprétation freudo-kleinienne avec laquelle elle ne partage rien ou presque, semble en effet indiquer que ce terme désigne

283 CASTEL Pierre-Henri, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Volume 1, Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, Paris, Ithaque, 2011, p. 403-429.

284 斯くして対人恐怖を全く持たぬものは「危険思想」の持主観されざるを得ない。我々は此の恐怖を完全に除去しようと試みるのは徒勞である。その代わりにその緩和を以て満足せねばならない。(YABE Y., *Shishunki no shinri kaibō*, op. cit., p. 267-268)

désormais une réalité autonome qui peut être appréhendée selon des perspectives différentes.

Conclusion

Pour que la phobie interpersonnelle apparaisse comme concept au Japon dans les années 1930, une série d'étapes ont été nécessaires. En premier lieu, l'importation de la psychiatrie occidentale moderne, comme disciple académique et comme pratique thérapeutique, ainsi que sa légitimation dans la société japonaise, processus qui débute sur le plan institutionnel dans les années 1880 et qui s'incarne sur le plan culturel et clinique dans « l'épidémie » de neurasthénie qui commence dans la seconde moitié des années 1900. Elle contribue largement à reformuler les maux psychologiques et psychosomatiques des Japonais selon le vocabulaire nouveau des nerfs et du cerveau. Si d'un côté la psychiatrie académique demeure largement fidèle aux doctrines dominantes dans la psychiatrie germanophone, envisageant la neurasthénie et les obsessions comme des formes de dégénérescence mineures mais difficiles à soigner et s'intéresse peu à leur traitement, d'un autre côté, un marché thérapeutique privé se développe, proposant des cures de la neurasthénie variées parmi lesquelles émergent, dans les années 1920 en particulier, des formes de psychothérapie. Celles-ci s'inscrivent souvent dans un courant autochtone critique du matérialisme de la médecine moderne occidentale ; dérivées de l'hypnose, elles empruntent tant à la spiritualité bouddhique qu'à la psychologie occidentale moderne et à des méthodes de santé traditionnelles, et revendiquent une « psychologie orientale ». C'est à mi-chemin entre cette psychiatrie académique et ces psychothérapies populaires, ou plus précisément entre, d'une part, la nosographie kraepelinienne et une approche des névroses en termes de prédispositions psychiques, et d'autre part, une véritable pratique de la psychothérapie enracinée dans la réalité des préoccupations des patients, que se situent la théorie et la psychothérapie du nervosisme de Morita. Et c'est dans ce cadre théorique et pratique particulier qu'il formule au début des années 1930 sa conception de la « phobie interpersonnelle » ou « phobie de la honte ». La circulation, au cours des décennies 1900-1920, dans la taxinomie psychiatrique japonaise de concepts tels que celui d'anthropophobie ou de *Verkehrsangst* a déjà formalisé le principe d'une angoisse du rapport à l'autre se manifestant sous différentes formes, et fait donc de la proposition de Morita moins une innovation nosographique qu'une innovation clinique. Les anthropophobes apparaissent sous la plume de Morita parce qu'il est en mesure de les

guérir, par l'application de sa thérapie du nervosisme²⁸⁵.

Et c'est précisément au moment où il devient curable que le terme *taijinkyōfu* se met à circuler chez d'autres psychothérapeutes jusqu'à ce qu'on perde sa trace au début des années 1940 (du fait de la disparition des sources publiées en raison de l'intensification du régime de guerre). Si chez certains c'est le concept moritien qui est adopté, c'est plutôt *en tant que catégorie nosographique* que la phobie interpersonnelle semble avoir eu du succès. On peut, comme nous l'avons évoqué au chapitre précédent, essayer d'expliquer cette circulation par l'existence, dans le Japon des années 1930, d'une niche écologique qui permet au concept formulé, ou reformulé, par Morita de se développer et de prospérer. La pratique de la psychothérapie joue assurément un rôle essentiel ici, puisqu'elle permet d'observer ces malades, d'articuler leurs souffrances dans le cadre de théories psychopathologiques et, évidemment, de les prendre en charge thérapeutiquement. De même, l'existence d'une véritable école Morita institutionnalisée, scientifiquement légitimée, dotée de disciples, de soutiens influents dans le milieu culturel et médical, de lieux de formation et de pratique, et faisant preuve d'un véritable prosélytisme, ainsi que l'écho généralement favorable que rencontrent les idées de Morita auprès des praticiens de la psychothérapie ont certainement contribué à cette circulation du concept. Il y aurait sans doute lieu à ce propos d'ajouter un vecteur *thérapeutique* à la niche écologique de

285 Il n'est pas inutile, dans la perspective générale de notre parcours, de revenir un peu longuement sur la question thérapeutique. Rappelons-nous, nous avons fait l'hypothèse que c'était en mettant la difficulté du rapport à autrui – « l'aboulie sociale » – au premier plan des manifestations psychopathologiques des psychasthéniques que Janet avait identifié dans l'éreuthophobie – ainsi que dans une série d'autres symptômes – un caractère essentiel : « *le sentiment d'être devant les hommes* ». Chez Morita, c'est l'identification du conflit psychique comme lutte contre soi-même qui lui fait concevoir l'éreuthophobie, et d'autres symptômes, comme l'expression d'un *conflit vis-à-vis du sentiment de honte sociale*. Si, comme l'affirme Castel, la psychasthénie janétienne est bien une « névrose de relation » et sa thérapie une tentative de dépasser le paradoxe thérapeutique de « l'autonomie par hétéronomie » (l'expression est de CASTEL P.-H., *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés, op. cit.*, p. 368) (c'est-à-dire du fait que les patients obsessionnels ne cessent d'avoir besoin de l'appui du thérapeute pour « fonctionner », faisant de la thérapie un symptôme elle-même), il nous semble que chez Morita l'obsession en général et donc la phobie interpersonnelle – paradoxalement peut-être –, est une maladie du *rapport à soi-même* ; et que la thérapie moritienne cherche à guider le patient vers un rapport à soi *authentique*, c'est-à-dire fidèle à sa « prédisposition psychique ». Que ce cheminement – la « cultivation psychique » – puisse maintenir ses patients dans un rapport de dépendance vis-à-vis du « professeur » qui les guide ne semble pas avoir été thématiqué par Morita (sans toutefois l'ignorer, il encourage ainsi ses patients à trouver en eux-mêmes et non auprès de lui la motivation de leur transformation, cela ne semble pas avoir été une priorité pour lui). La cure des obsessions se pose donc pour Morita en de tous autres termes : il ne s'agit pas tant d'autonomiser le patient que de le pousser vers une forme d'authenticité. Cette authenticité se trouverait en adhérant à la « vision de l'existence » moritienne, vision qui n'est pas explicitement formalisée par Morita mais qui comporte, entre autres choses, une forme de moralisation positive du nervosisme, une sorte de morale de l'acceptation – qui n'est réellement *pas* le fatalisme bouddhiste – doublée d'une morale de l'effort, du travail et une valorisation de l'ambition.

Hacking : une maladie circule d'autant plus facilement qu'elle est susceptible de traitement²⁸⁶.

Mais si le concept de phobie interpersonnelle circule c'est, ne l'oublions pas, en raison de la *pertinence* que ses utilisateurs – thérapeutes et patients – lui trouvent. La suggestion par Hacking d'examiner d'une part la « polarité culturelle »²⁸⁷ et d'autre part le « soulagement » que les maladies mentales transitoires offrent à leurs malades renvoie à cette pertinence historico-culturelle. Si l'on reprend notre hypothèse concernant la persistance de l'éthique du *risshin shusse* dans le cadre de la thérapie Morita, on pourrait identifier dans cet idéal de réussite individuelle en tant que contribution à la prospérité nationale un pôle culturel vertueux, face auquel l'individualisme nombriliste constituerait le pôle vicieux. Par ailleurs, le retrait social que tend à provoquer la phobie interpersonnelle, qui se manifeste bien souvent par l'interruption des études chez les étudiants, semble offrir un refuge évident à des individus soumis à une pression compétitive anxiogène. Mais peut-être plus encore, si l'on se fie à l'œil clinique de Morita, la phobie interpersonnelle permet à de vrais ambitieux de se cacher derrière un masque de timidité socialement plus acceptable. Une lettre publiée dans le mensuel *Seichō no ie* 『生長の家』, revue de la secte du même nom, dans laquelle le fondateur du mouvement, Taniguchi Masaharu 谷口雅春, dispense des conseils psychologiques et existentiels, offre une bonne illustration de ces différents éléments. Un collégien de Tokyo y explique avoir été frappé par la « timidité » (*shōshin*) à son entrée au collège, et quoiqu'il n'envisage sa souffrance que comme un problème de « tempérament » (*seishitsu* 性質) et non une question médicale, le diagnostic de phobie interpersonnelle semble assez pertinent dans son cas : il ne communique pas avec ses camarades, est terrorisé par ses enseignants, déteste avoir à rencontrer des gens, est incapable de regarder quiconque en face et plus que tout ne supporte pas d'avoir à manger avec quelqu'un. N'est-ce pas à cause d'une « vile envie d'être bien considéré ? »²⁸⁸, s'inquiète-t-il, juste avant de se désoler :

286 Ce qu'illustrent de manière plus évidente encore le succès social dans la seconde moitié du XX^e siècle des maladies mentales associées à un médicament, comme la dépression et le Prozac.

287 Dans son étude sur la « fugue pathologique » en France de 1888 à 1895, celle-ci se situe entre le pôle « vicieux » de la peur du vagabondage et le pôle « vertueux » de l'âge du tourisme. (HACKING Ian, *Les fous voyageurs*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 2002, p. 63-69, 156-163)

288 よく認められるように思う卑屈な精神がある為でしょうか TANIGUCHI Masaharu 谷口雅春, *Ichiryū no hito, tsuma, ko o tsukuru ni ha* 一流の人・妻・子を作るには (Comment faire des personnes, épouses et enfants de premier rang), Kōmei shisō fukyūkai, 1938, p. 254.

« Je trouve réellement dommage d'être si timide. J'aimerais plus tard devenir *un grand personnage* et donner ainsi satisfaction à mes parents ; mais en l'état, la chose est sans doute impossible. »²⁸⁹

*

289 僕は自分がこんなに気の小さい事が実に残念です。将来大人物に成って、両親を喜ばせたいと思っておりますが、今のままでは不可能でしょう。(Ibid., p. 255)

Partie III

*« [...] my question is whether
there were more social phobic patients since 1960,
or if you have been more interested in this illness
during this period? »*

(Bou-Young Rhi s'adressant à Kasahara Yomishi
lors du colloque « Social Phobia in Japan and Korea », fév. 1987)

Chapitre 3

Renouveau et expansion de la phobie interpersonnelle (décennies 1950-1970)

Introduction

Alors que le concept de neurasthénie disparaît à peu près définitivement de l'usage courant après-guerre, bientôt remplacé par celui de « névrose » (*noirōze* ノイローゼ), le diagnostic de phobie interpersonnelle, sous-catégorie du nervosisme moritien, survit, comme échappé (ou rescapé) du cadre historique qui l'avait vu apparaître. Bien plus, il connaît au cours des années 1960 et 1970 ce qu'il semble justifié de qualifier d'apogée de son développement théorique et de son succès social (devenant d'après certains un « mot à la mode de l'ère Shōwa »¹). Au lendemain de la guerre, le *taijinkyōfu* est encore un concept moritien, mais il est aussi activement promu par l'héritier de l'école Morita, Kōra Takehisa 高良武久 (1899-1996). Dès le milieu des années 1950, Kōra réédite en effet une version augmentée de l'ouvrage de Morita de 1935 et publie dans plusieurs revues des articles sur cette question. A partir du milieu des années 1960 et tout le long des années 1970, des psychiatres de toutes obédiences théoriques se lancent, de manière indépendante les uns des autres, dans des recherches sur la clinique, la psychopathologie, le statut nosographique ainsi que la thérapie, du *taijinkyōfu*. Il fait alors l'objet de dizaines d'articles, publiés par des psychiatres, mais aussi quelques psychologues, de deux thèses de médecine (en 1966 et 1971) et de quatre monographies (de 1972 à 1977) qui feront date. Le trouble décrit par Morita est désormais étudié à partir de points de vue très différents de celui qui était le sien : en dehors d'une théorie moritienne qui a elle-même évolué, le développement et la diversification des approches psychopathologiques en psychiatrie va inspirer certaines des plus importantes contributions à ce champ d'études. Si la description moritienne de la phobie interpersonnelle demeure une référence évidente, elle est alors loin d'être la seule et des travaux tels que ceux de Takahashi Tooru sur les modalités de l'interaction interpersonnelle (1966) ou ceux de Yamashita Itaru sur l'atmosphère familiale chez les anthropophobes (1970), par exemple, viennent enrichir le

1 TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no hanashi* » 対人恐怖のはなし (Propos sur la phobie interpersonnelle), *Seishōnen mondai* 青少年問題, 1991, vol. 38, n° 2, p. 4-11.

discours de la psychiatrie japonaise sur cette pathologie qui prend alors forme et constituer des références toutes autant reconnues. Autre signe de l'intérêt grandissant des psychiatres japonais pour cette névrose et de sa légitimation en tant qu'objet scientifique : lors du 6^e congrès de la Société japonaise de psychopathologie et de psychothérapie, qui se tient en 1969, un colloque est consacré à la phobie interpersonnelle ; les actes, qui sont publiés l'année suivante, constitueront l'une des références de cette littérature naissante. Par ailleurs, si toutes les tendances y sont représentées, ce sont les psychanalystes et les psychopathologues d'orientation phénoménologique qui y tiennent le haut du pavé, et non les représentants du courant moritien. La même année, la Société japonaise de psychanalyse organise un symposium sur la thématique de la timidité (*hitomishiri* 人見知り) où il sera plusieurs fois question, là encore, de phobie interpersonnelle. L'entrée de la notion dans les encyclopédies médicales japonaises de référence, en 1975 dans le « Dictionnaire de Psychiatrie » (*Seishin igaku jiten*) et en 1978 dans l'« Encyclopédie médicale » (*Igaku dai jiten*) témoigne de son adoption formelle dans la nosographie japonaise dans la seconde moitié des années 1970. En somme, sur une vingtaine d'années allant du milieu des années 1950 à la fin des années 1970, on observe une forme de « dés-idiosyncratisation » et une diffusion du concept qui s'émancipe, en quelque sorte, du cadre conceptuel moritien pour devenir un objet d'étude à part entière pour de nombreux chercheurs, ainsi qu'une notion communément admise dans la psychiatrie japonaise.

Que devient la phobie interpersonnelle en termes de contenu ? Avec la multiplication et la diversification des chercheurs engagés dans la production du savoir sur la phobie interpersonnelle, la réflexion se renouvelle largement et ce sont désormais des points de vue hétérogènes, parfois contradictoires et parfois convergents, qui s'exposent au premier plan. Deux tendances de fond caractérisent toutefois ces recherches, comme le signalaient Kasahara Yomishi et ses collègues, auteurs de l'un des plus importants ouvrages de cette époque (1972). D'une part, le *taijinkyōfu* se présente comme un trouble tendanciellement plus psychotique, c'est-à-dire dans lequel le symptôme délirant occupe une place importante. En effet, les nouvelles recherches sur la phobie interpersonnelle portent en grande partie sur des formes symptomatiques particulières caractérisées par la présence d'un « délire de relation » (un symptôme de niveau psychotique), la redéfinissant ainsi comme une organisation psychopathologique assez différente de la névrose décrite par Morita et soutenant l'idée que le tableau clinique de la phobie interpersonnelle aurait muté

depuis l'époque de sa description par celui-ci. D'autre part, le *taijinkyōfu* prend un caractère culturellement déterminé et commence à être pensé comme une névrose entretenant un rapport particulièrement étroit avec la société et la culture japonaises. De quelques études initiées au sein du courant morisien cherchant à identifier les facteurs sociaux et culturels entrant en jeu dans la formation et la fréquence, supposée plus élevée, de la phobie interpersonnelle au Japon, le questionnement de psychiatrie comparée devient au cours des années 1960-1970 une interprétation culturaliste systématique de la symptomatologie et de l'étiologie de la phobie interpersonnelle. Or, ces deux affirmations, la phobie interpersonnelle comme névrose spécifiquement japonaise et l'idée qu'il en existe des formes psychotiques devenues particulièrement nombreuses au cours de dernières décennies, vont finir par constituer une vulgate sur le *taijinkyōfu* sans que des preuves fortes soient jamais venues les étayer. Ce qui n'est d'abord présenté que comme des « impressions » cliniques se transforme très vite en prémisses, puis en évidences qu'il n'est presque plus nécessaire de questionner.

Plusieurs articles ont tâché d'établir un panorama du développement des recherches sur le *taijinkyōfu* dans la seconde moitié du XX^e siècle et permettent d'en saisir les grandes lignes. Toutefois, il s'agit d'articles assez généraux qui, s'ils adoptent une distance critique vis-à-vis du statut culturel particulier de la phobie interpersonnelle, soit ne permettent pas toujours d'en saisir les tenants et aboutissants épistémologiques², soit rendent insuffisamment compte de la complexité des positions et de leurs enjeux théoriques³. Nous chercherons dans ce chapitre à décrire le discours nouveau de la psychiatrie japonaise sur la phobie interpersonnelle, en tâchant de rendre compte de sa complexité, et à examiner de manière critique les évidences qui constituent son fond commun. Prenant acte des

2 RUSSELL John G., « Anxiety Disorders in Japan: A Review of the Japanese Literature on Shinkeishitsu and Taijinkyōfushō », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1989, vol. 13, n° 4, p. 391-403.; NISHIOKA Kazuo 西岡和郎, « *Taijinkyōfu o meguru konnichiteki mondai – hikakubunka no kanten kara* » 対人恐怖をめぐる今日の問題—比較文化の観点から (Questions contemporaines à propos de la phobie interpersonnelle – du point de vue de la psychiatrie comparée) dans *Rinshō seishin.igaku kōza* 臨床精神医学講座, Tokyo, Nakayama shoten, 1998, vol.23, p. 231-244 ; TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no henshin – “jikkā” ni madowasareta rekishi* » 対人恐怖の概念の変遷—「実感」に惑わされた歴史— (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 57-61.

3 C'est en particulier le cas de KOZAKAI Toshiaki et PLAGNOL Arnaud, « Le Taijin Kyofusho (anthropophobie) : pathologie spécifique au Japon ou illusion scientifique ? », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2008, n° 77, p. 29-39.

explications socio-culturelles avancées par les psychiatres, nous explorerons des hypothèses explicatives alternatives, relatives au rôle des facteurs institutionnels, épistémologiques et techniques dans la structuration et le contenu du discours des années 1960-1970 sur le *taijinkyōfu*. Il s'agira donc de ménager à côté du discours réaliste des psychiatres (et parfois un peu contre lui) des hypothèses clairement nominalistes. Les années 1950, qui voient la réapparition des recherches sur la phobie interpersonnelle, et les années 1980, qui marquent un tournant dans le discours psychiatrique relativement aux deux problématiques traitées ici, constitueront nos bornes chronologiques.

Dans ce chapitre, nous avons appréhendé les recherches qui se développent sur la phobie interpersonnelle comme un discours commun, nous nous sommes donc concentrée sur les *connexions*, que ce soient les points de consensus ou les points en débat. Les principales sources primaires de ce chapitre sont : les quatre monographies sur la phobie interpersonnelle publiées au cours des années 1970⁴ et les autres publications de leurs auteurs qu'on peut considérer comme les spécialistes de la question durant cette période (Kasahara Yomishi, Takahashi Tooru, Uchinuma Yūshi et Yamashita Itaru) ; les numéros spéciaux de revues psychiatriques tirés des contributions de trois colloques s'étant tenus en 1963 et en 1969, consacrés aux « spécificités japonaises des névroses », à la phobie interpersonnelle et au « *hitomishiri* », auxquels il est systématiquement fait référence au cours des années 1970 ; les articles les plus souvent cités ; ainsi que quatre interviews avec des psychiatres en activité à l'époque et ayant contribué aux recherches ici décrites, qui nous ont apporté un éclairage important sur leur contexte d'émergence⁵.

Après avoir dans un premier temps esquissé un état des lieux théorique et institutionnel de la psychiatrie japonaise après-guerre, dans lequel nous décrirons dans les grandes lignes les nouvelles orientations de la recherche et évoquerons les effets des nouvelles législations sur l'organisation du soin psychiatrique, nous examinerons, dans la seconde partie, les raisons pour lesquelles la notion de phobie interpersonnelle est, dans sa circulation au cours des années 1960-1970, redéfinie comme un trouble centré sur ses manifestations délirantes ; et dans une longue troisième partie, nous tâcherons de décrire

4 En dehors de la réédition de l'ouvrage de Morita de 1935, il n'y en a pas dans les années 1960.

5 Les interviews ont été effectuées avec, par ordre alphabétique (leur rattachement institutionnel à l'époque de leur participation aux recherches sur la phobie interpersonnelle est indiqué entre parenthèses) : Fujita Sanae (Université de Nagoya), Kasahara Yomishi (Université de Kyoto, puis de Nagoya), Murakami Yasuhiko (Université de Nagoya), Takahashi Tooru (Université médico-dentaire de Tokyo).

les causes et les modalités de sa mutation en une « névrose japonaise » et le rôle épistémologique joué par l'attribution de ce nouveau caractère.

1. Etat des lieux de la psychiatrie japonaise après-guerre

1.1. La loi d'hygiène mentale et l'âge d'or de l'asile et de la névrose

Après-guerre, la législation régissant la prise en charge de la maladie mentale est renouvelée avec l'adoption de la « loi d'hygiène mentale » 精神衛生法 *seishin eisei hō* en 1950⁶, qui abolit les lois de 1900 et 1919 (v. partie introductive de la partie II). Celle-ci a des effets pour le moins ambivalents puisqu'elle aboutit, d'un côté, à une forme d'asiliarisation, pour ainsi dire, du système de soins psychiatriques, un phénomène qui atteint son apogée au début des années 1970 ; et d'un autre côté, elle a pour effet une augmentation de la prise en charge des névrosés dans des institutions psychiatriques plus ouvertes. Alors que dans le même temps, beaucoup de pays occidentaux prennent, avec les politiques dites de désinstitutionnalisation, la direction exactement inverse, le Japon voit la croissance exponentielle du nombre d'hôpitaux psychiatriques, avant tout privés, l'élargissement de la taille des structures, le renforcement du caractère contraint de l'hospitalisation psychiatrique, qui entraînent une augmentation du nombre et de la durée des hospitalisations, ce qui mènera dans les années 1980 à la critique du Japon comme « archipel de l'enfermement » (*Nihon shūyōjo rettō* 日本収容所列島)⁷. Parallèlement, la politique publique de santé mentale évolue de mesures centrées sur les patients psychotiques à une cible plus large incluant les « gens normaux avec des tendances pathologiques » autrement dit, les névrosés⁸. La mise en place progressive d'un réseau de

6 Ses principales mesures sont l'interdiction du confinement à domicile, la mise en place du système d'hospitalisation d'office et avec consentement, l'obligation pour les départements de construction d'hôpitaux psychiatriques publics, et la création d'un Centre national pour l'hygiène mentale (*Kokuritsu seishin eisei kenkyūjo* 国立精神衛生研究所, acronyme officiel : NCMH).

7 SATŌ Masahiro 佐藤雅浩, *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku : « kokoro no yamai » wa naze ryūkō suru no ka ?* 精神疾患言説の歴史社会学: 「心の病」はなぜ流行するのか (Sociologie historique des discours sur la maladie mentale : pourquoi les « maladies de l'âme » connaissent-elles des modes ?), Tokyo, Shin.yōsha, 2013, p. 328. Le Japon passe de 112 hôpitaux psychiatriques (13 182 lits) en 1946, à 929 hôpitaux (278 123 lits) en 1975, soit un taux de lits psychiatriques qui a plus que décuplé en 30 ans, passant d'environ 2 à 25 pour 10 000 personnes (OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Nihon seishinka iryōshi* 日本精神科医療史 (Histoire de la psychiatrie japonaise), Tokyo, Igaku Shoin, 2002, p. 198). Il s'agit là notamment de l'effet pervers des subventions publiques aux hôpitaux privés et de la participation publique aux coûts de la prise en charge des hospitalisations d'office : l'hôpital psychiatrique devient une entreprise fructueuse. En outre, l'introduction des médicaments antipsychotiques, ne s'étant pas accompagnée d'un mouvement de désinstitutionnalisation, contribue avant tout à faciliter la « gestion » des patients agités.

8 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, op. cit., p. 329.

soins de proximité, avec la création au niveau départemental des « centres de consultation d'hygiène mentale » (*seishin eisei sōdansho* 精神衛生相談所)⁹, et l'expansion de la couverture maladie à l'ensemble de la population dans la seconde moitié des années 1950, avec la prise en charge des consultations et soins pour « névrose », contribuent largement à faciliter la démarche de consultation psychiatrique pour les névrosés¹⁰. Ainsi, en 1960 le diagnostic de « névrose » en première consultation en psychiatrie atteint les 29 % (contre, à titre de comparaison, 24,8 % pour la schizophrénie)¹¹. A ces facteurs institutionnels, il faut ajouter le traitement médiatique de la question de la névrose : au milieu des années 1950, « *noirōze* » (de l'allemand *neurose*) est le nouveau mot à la mode et, de même que les trois premières décennies du siècle avaient consacré la neurasthénie comme symbole culturel, les décennies de haute croissance économique constituent « l'âge de la névrose » (*noirōze no jidai* ノイローゼの時代) comme l'a montré Satō Masahiro¹². Présentée de manière ambivalente dans les médias, tant comme un grave problème de société, que comme une maladie qui n'en est pas une vraie (et dont on peut se prévaloir par commodité), la névrose devient dans la presse tout à la fois cause des crimes au mobile non élucidé et le symptôme de l'aliénation moderne (dont témoignent les expressions « névrose des grands ensembles » 団地ノイローゼ, « névrose des examens » 勉強ノイローゼ, etc.). A de nombreux égards la mode de la névrose ressemble à celle de la neurasthénie, à cette différence près que cette fois, avec l'influence nouvelle de la psychanalyse, c'est la causalité psychique qui est nettement mise en avant¹³.

9 Ces centres sont créés au cours des années 1950 pour la plupart, le plus souvent par ajout de cette mission d'hygiène mentale à des centres de santé (*hokenjo* 保健所) préexistants (c'est le cas de 31 centres sur 52 en 1966). Le manque de moyens et des équipes très réduites comportant rarement un psychiatre à temps plein (mais seulement un travailleur social et un psychologue en plus du médecin du centre), font qu'ils peinent à accomplir l'ensemble des missions qui leur étaient initialement assignées et se concentrent sur le rôle de clinique psychiatrique ambulatoire. (ISHIHARA Yukio 石原幸夫, « *Seishin eisei sōdanjo ni okeru sōdansha no tōkei teki kansatsu* » 精神衛生相談所における相談者の統計的観察 (Observations statistiques des usagers d'un centre de consultation d'hygiène mentale), *Seishin.igaku* 精神医学, 1966, vol. 8, n° 1, p. 73-74)

10 SATŌ M., *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku*, *op. cit.*, p. 325-327. L'introduction des médicaments anxiolytiques au cours des années 1960, connus et réclamés par le public semble avoir également participé à l'augmentation du volume des consultations ambulatoires. (Entretien avec Kasahara Y., 2012)

11 *Ibid.*, p. 326.

12 *Kōdo keizai seichō no byō – noirōze no jidai* 「高度経済成長の病—ノイローゼの時代」 (« Le mal des années de haute croissance, l'ère de la névrose ») in *Ibid.*, p. 319-412.

13 *Ibid.*, p. 330-340.

1.2. Orientations de la recherche : approches et objets nouveaux

L'école moritienne continue de se développer après la mort de son fondateur (1938). Elle reste, du point de vue institutionnel, principalement ancrée à l'Université Jikeikai, dont la chaire de psychiatrie est alors occupée par Kōra Takehisa 高良武久 (1899-1996)¹⁴, l'héritier désigné de Morita, jusqu'en 1964. La clinique moritienne de ce dernier, le Kōra Kōsei-in 高良興生院 (Tokyo) sert de lieu de formation pratique *de facto* à toute une génération de psychiatres moritiens. A peine les conditions matérielles le permettent-elles que Kōra reprend son activité de diffusion de la thérapie de son maître, tant au Japon qu'à l'étranger. Dès les années 1950, il entreprend des tournées à l'étranger, publie en français en anglais¹⁵, reçoit des chercheurs américains et européens (anthropologues, psychologues et psychiatres)¹⁶, et refonde également la revue « Nervosisme » (*Shinkeishitsu* 『神経質』) (1960). A côté de l'Université Jikeikai, le département de neuropsychiatrie de l'Université de Kyūshū constitue un second pôle universitaire de pratique de la thérapie moritienne (qui y a été implantée, rappelons-le, par son directeur, Shimoda Mitsuzō, dès les années 1930), marquant une tendance distincte qui n'hésite pas à se montrer critique vis-à-vis de la maison-mère¹⁷. Par ailleurs, la pratique de la thérapie Morita est en pleine expansion :

14 Kōra Takehisa a étudié la psychiatrie à l'Université impériale de Kyūshū (où il fait la rencontre de sa future épouse, Wada Tomi 和田とみ, première femme à entrer au parlement japonais). A l'origine intéressé par la psychanalyse, l'arrivée du nouveau directeur du département, Shimoda Mitsuzō, en 1925 est l'occasion pour lui de découvrir la théorie moritienne vers laquelle il s'oriente finalement. Morita lui confie en 1929 la direction médicale de l'hôpital Negishi (où étaient donnés les cours de clinique de l'Université Jikeikai), il reprend en 1937 la chaire de psychiatrie de l'Université Jikeikai et ouvre sa propre clinique moritienne en 1940. Sur le plan de la production scientifique, en dehors de sa première monographie, « Caractérologie » *Seikakugaku* 『性格学』 (1931), largement dédiée à la présentation de la théorie kretschmérienne, Kōra a principalement écrit sur la thérapie Morita, à la pratique et à la diffusion de laquelle il consacre sa carrière (« Une thérapie radicale de la névrose » *Noirōze no tettei ryōhō* 『ノイローゼの徹底療法』 1964, « L'appel à la thérapie Morita » *Morita ryōhō no susume* 『森田療法のすすめ』 1969, « La pratique de la thérapie Morita » *Morita ryōhō no jissai* 『森田療法の実際』 1976, etc.).

15 Par exemple : Kōra Takehisa, « Principes et pratique de la thérapeutique de Morita », *L'Hygiène Mentale*, 1955, n° 44, p. 41-53 ; Kōra Takehisa et SATŌ Kōji, « Morita Therapy - A Psychotherapy in the Way of Zen », *Psychologia*, 1958, vol. 1, p. 219-225 ; Kōra Takehisa, « Morita Therapy », *International Journal of Psychiatry*, 1965, vol. 1, n° 4, p. 611-640.

16 IWAI Hiroshi et REYNOLDS David K., « Morita Psychotherapy: The Views from the West », *American Journal of Psychiatry*, 1970, vol. 126, n° 7, p. 155-160.

17 Par exemple lors d'un colloque en 1964, plusieurs membres des deux écoles discutent très vivement, en particulier des modifications apportées à la pratique de la thérapie par Kōra et ses élèves (v. note 2 notes plus loin). (KONDŌ Kyōichi 近藤喬一 et al., « *Morita ryōhō no jissai ni okeru ni, san no henka ni tsuite* » 森田療法の実際における二、三の変化について (A propos de deux ou trois évolutions dans la pratique de la thérapie Morita), *Seishin.igaku* 精神医学, 1965, vol. 7, n° 8, p. 33-34)

en 1965 on dénombre dans tout le Japon dix structures dans lesquelles elle se pratique¹⁸. Pour des motifs économiques, techniques, culturels et en raison de divergences d'interprétation, la thérapie a évolué depuis les années 1920 et se diversifie : notons en particulier que de manière générale les cliniques acceptent une plus grande diversité de patients (par exemple des cas légers de dépression et de schizophrénie) et la plupart introduisent un usage limité des médicaments psychotropes ; sur le plan de la psychothérapie elle-même, certaines cliniques tendent vers une plus grande adaptation des différents dispositifs thérapeutiques aux cas individuels. Tout ceci ne va pas sans de vifs débats¹⁹.

Ces années sont également celles durant lesquelles la psychopathologie (en japonais *seishinbyōrigaku* 精神病理学) commence à établir son assise et à devenir un champ de recherche institutionnalisé au sein de la psychiatrie japonaise²⁰. Si certains psychiatres se sont intéressés à la psychopathologie, à titre individuel, dès les années 1930, c'est au cours des années 1950 que ce domaine se concrétise et s'officialise, notamment par la publication de traductions des ouvrages fondamentaux de cette école. Diverses initiatives individuelles et un groupe de lecture de la *Psychopathologie Générale* de Jaspers

18 ŌHARA Kenshirō 大原健士郎 et al., « *Morita ryōhō (nyūinshiki) no genjō – jū byōin, shinryōjo no ankeeto kara –* » 森田療法 (入院式) の現状— 10 病院・診療所のアンケートから— (La situation actuelle de la thérapie Morita (en hospitalisation) – enquête sur 10 hôpitaux et cliniques), *Seishin.igaku* 精神医学, 1966, vol. 8, n° 3, p. 249-258.

19 Débats qui portent par exemple sur l'usage d'une forme de thérapie récréative, sur la possibilité de discuter des symptômes avec les patients ou d'effectuer des visites au patient durant la période de repos absolu, etc. (KONDŌ K. ET AL., « *Morita ryōhō no jissai ni okeru ni, san no henka ni tsuite* », art cit.)

20 La psychopathologie indique en psychiatrie au sens large l'étude psychologique des pathologies mentales, une psychologie développée au sein de la psychiatrie et dont Karl Jaspers et peut-être le l'un des plus importants pionniers. Elle prend en particulier soit la forme d'une « psychopathologie descriptive » (*kijutsuteki seishinbyōrigaku* 記述的精神病理学) qui se fixe pour objectif une description précise et une mise en ordre des symptômes psychiques, leur regroupement en entités pathologiques et cliniques ; soit celle de différents courants qui visent à éclairer le contenu symptomatique et à comprendre l'expérience subjective de la pathologie mentale : psychopathologie phénoménologique ou « anthropologique » (*ningengaku teki* 人間学的), psychanalytique, etc. La psychopathologie phénoménologique, particulièrement influente au Japon dans les années 1960-1970, est une approche mâtinée de philosophie, en particulier phénoménologique et existentielle. Les grands représentants, suisses et allemands, de ce courant, Binswanger, Boss, Blankenburg, Tellenbach, Zutt et Kulenkampff, notamment, sont alors très lus. (KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Seishinbyōrigaku* » 精神病理学 (Psychopathologie) dans Masaaki Katō 加藤正明 (ed.), *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典 Encyclopédie de psychiatrie, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 384-385 ; OGINO Kōichi 荻野恒一, « *Ningengakuteki seishinbyōrigaku* » 人間学的精神病理学 (Psychopathologie anthropologique) dans Masaaki Katō 加藤正明 (ed.), *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典 Encyclopédie de psychiatrie, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 502-503)

(*Allgemeine Psychopathologie* 1913), actif à partir de 1937, convergent ainsi pour aboutir à la publication de la traduction en trois tomes de cet ouvrage fondateur de 1953 à 1956²¹. Participent à ce travail supervisé par Uchimura Yūshi 内村裕之, titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université de Tokyo et figure dominante de la psychiatrie japonaise des années 1930-1950, trois jeunes psychiatres, dont Nishimaru Shihō 西丸四方 (1910-2002) et Shimazaki Toshiki 島崎敏樹 (1912-1975), qui se voient attribuer des postes universitaires en 1950 et comptent parmi les futurs grands représentants de l'approche psychopathologique au Japon. Des recherches se développent au cours des années 1950 et 1960, et en 1963 paraît en particulier un ouvrage fondamental du courant psychopathologique japonais : un volumineux manuel sobrement intitulé « Psychiatrie », *Seishin igaku* 『精神医学』 (800 pages), coordonné par Murakami Masashi 村上仁 (1910-2000) et Mitsuda Hisatoshi 満田久敏 (1910-1979) de l'école dite de Kyōto, *Kyōto-gakuha* 京都学派 – en référence à l'école philosophique du même nom. Le département de psychiatrie de l'université de Kyoto est en effet, de loin, le plus ancien à avoir développé des recherches en psychopathologie, et ce, en raison de l'orientation atypique du premier titulaire de la chaire, Imamura Shinkichi 今村新吉 (1874-1946), durant les premières décennies du XX^e siècle²² ; il est ainsi l'un des plus influents dans les années 1960-1970.

21 UCHIMURA Yūshi 内村裕之, *Wa ga ayumishi seishin igaku no michi* わが歩みし精神医学の道 (Le chemin de la psychiatrie tel que je l'ai parcouru), Tokyo, Misuzu shobō, 1968, p. 274-275. *Seishinbyōrigaku sōron* 『精神病理学総論上・中・下』 Iwanami shoten (1953-1956) On peut également citer, entre autres, les traductions de la *Psychologie médicale* d'Ernst Kretschmer en 1953 (*Igakuteki shinrigaku* 『医学的心理学』 Sōgensha) ; *Les personnalités psychopathiques* de Kurt Schneider l'année suivante (*Seishinbyōshitsu jinkaku* 『精神病質人格』 1954 Misuzu shobō) ; *Sinn und Gehalt der sexuellen Perversionen* de Medard Boss en 1957 (『性的倒錯 : 恋愛の精神病理学』 Misuzu shobō) ; *Psychologie de la schizophrénie* de Silvano Arieti en 1958 (*Seishinbunretsubyō no shinri* 『精神分裂病の心理』 Maki shoten) ; et *Schizophrénie* de Ludwig Binswanger en 1960-1961 (*Seishinbunretsubyō* 『精神分裂病』 Misuzu shobō).

22 Titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université de Kyoto de 1903 à 1934, Imamura y imprime sa marque très particulière. Il se consacre dès les années 1920 à des recherches psychopathologiques sur l'hystérie, la psychologie de la schizophrénie et l'aphasie notamment. Admiratif de la psychiatrie française (langue qu'il parle, fait rare pour un psychiatre de l'époque, car son père l'enseigne), il introduit dans ses cours les travaux de psychiatres et psychologues français (Morel, Magnan, Janet), et projette les pavillons psychiatriques de l'hôpital universitaire sur le modèle de l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Ses « écrits psychopathologiques » sont rassemblés et publiés de manière posthume en 1948 (*Seishinbyōrigaku ronkō* 精神病理学論稿). (KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Seishinbyōrigaku* » 精神病理学 (Psychopathologie) dans *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年, Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 10).

Sous la direction de Murakami Masashi²³ (de 1955 à 1973), l'approche psychopathologique de l'école de Kyoto connaît son âge d'or – ce dernier forme entre autres le célèbre Kimura Bin 木村敏 (né en 1931)²⁴, et Kasahara Yomishi (né en 1928) dont nous reparlons bientôt. A l'université de Nagoya, un groupe de recherche en psychopathologie est créé en 1964, et quoique bien moins sédimenté qu'à Kyoto, il constitue avec elle, l'Université médico-dentaire de Tokyo, et l'université Shinshū (où Shimazaki et Nishimaru sont respectivement en poste) l'un des pôles de développement de l'approche psychopathologique d'orientation clinique et phénoménologique dans les années 1960-1970. La même année est fondée la Société japonaise de psychopathologie et de psychothérapie (*Nihon seishinbyōri seishinryōhō gakkai* 日本精神病理・精神療法学会)²⁵ à l'initiative de Murakami notamment, active jusqu'en 1969 seulement, mais où d'importants débats ont lieu, comme nous le verrons plus tard.

Parallèlement, avec la défaite et l'occupation américaine, la psychiatrie japonaise est confrontée à l'influence nouvelle et massive de la psychiatrie américaine par le biais de laquelle elle découvre la psychanalyse dans sa version étasunienne. Emerge ainsi, en particulier dans les universités de Kyūshū (Fukuoka) et Keiō (Tokyo), un courant de jeunes psychiatres intéressés par la psychopathologie et la psychothérapie psychanalytiques et qui contribueront à l'intégration de la psychanalyse à la formation des psychiatres dans ces départements²⁶. Ceux-ci vont se former auprès de Kosawa Heisaku 古澤平作 (1897-1968), un ancien élève de Marui Kiyoyasu et l'un des rares psychanalystes japonais en exercice²⁷, et en 1955, ce groupe fonde la Société psychanalytique japonaise,

23 Murakami Masashi qui a étudié la psychiatrie à l'Université de Kyoto auprès d'Imamura, fait son stage d'études en France (1938-1940). Il est l'un des grands noms de la psychopathologie au Japon et en particulier l'un des précurseurs des recherches sur la psychologie de la schizophrénie. Il a énormément traduit, notamment des auteurs français comme Minkowski ou Delay. Parmi ses œuvres les plus influentes notons en particulier sa « Psychologie de la schizophrénie » *Seishinbunretsubuō no shinri* 『精神分裂病の心理』 (1943).

24 Kimura Bin fait partie avec Doi Takeo des rares psychiatres japonais à être lus hors du Japon (traduit en français et en allemand). Il développe notamment une phénoménologie de la schizophrénie ainsi qu'une réflexion sur la notion d'« entre » (*aida*) et sera le 5^e titulaire de la chaire de psychiatrie du département.

25 KYŌTO DAIGAKU IGAKUBU, *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年 (Les cent ans de l'École de Kyoto de psychiatrie), Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 13.

26 IWASAKI Tetsuya 岩崎徹也, « *Seishin ryōhō no wa ga kuni ni okeru tenkai* » 精神療法のわが国における展開 (Le développement de la psychothérapie au Japon), *Seishin.igaku rebyū* 精神医学レビュー, 2001, n° 38, p. 81.

27 C'est à cette nouvelle génération qu'appartiennent certaines figures médiatiques de la psychanalyse japonaise, telles que Doi Takeo et Okonogi Keigo, qui se sont formés auprès de lui.

Nihon Seishinbunseki Gakkai 日本精神分析学会. Si l'approche dominante de la recherche psychiatrique japonaise demeure sans conteste organique²⁸, l'influence nouvelle de l'approche psychodynamique et l'intérêt renouvelé pour les névroses qui l'accompagne représentent un courant d'une ampleur suffisante pour qu'en 1953 le 50^e congrès de la JSPN soit consacré au thème de la névrose et qu'Uchimura Yūshi (cf. supra) consacre à cette thématique son discours d'ouverture sur un ton mesuré qui ne cache cependant pas l'étendue de sa circonspection face à la séduction qu'exerce l'approche psychanalytique américaine sur de nombreux jeunes psychiatres japonais²⁹.

28 MURAMATSU Tsuneo, LIFTON Robert J. et DOI Takeo, « Letter from Japan », *The American Journal of Psychiatry*, 1954, p. 641.

29 Uchimura exprime son étonnement face à l'étendue des divergences d'approche entre le psychodynamisme de la psychiatrie américaine et la psychiatrie japonaise pétrie de physiopathologie austro-allemande, et argumente longuement sa circonspection face à cette psychanalyse qui séduit les jeunes psychiatres japonais (en particulier son manque d'auto-critique et sa critique, qu'il juge excessive, de la psychiatrie kraepelinienne dont il a été l'un des plus grands partisans). Cette intervention déclencherà l'ire des jeunes psychiatres d'orientation psychanalytique de l'université de Kyūshū (NIHON SEISHIN SHINKEI GAKKAI HYAKUNEN SHI HENSHŪ IINKAI (ed.), *Nihon seishin shinkei gakkai hyakunen shi* 日本精神神経学会百年史 (Un siècle d'histoire de la Société Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie), Tokyo, 日本精神神経学会, 2003, vol.本編, p. 662)

2. Le « *taijinkyōfu* grave » : la phobie interpersonnelle à l'hôpital psychiatrique

2.1. L'expansion symptomatique de la phobie interpersonnelle

En 1968, au détour d'une vaste enquête portant sur l'évolution des formes des névroses adolescentes depuis 1943, effectuée sur les patients de la consultation externe du service de neuropsychiatrie de l'hôpital rattaché à l'Université de Kyūshū, l'auteur, un psychiatre du nom de Nishida Hirofumi 西田博文 (né en 1938), note la réflexion suivante :

« [...] récemment, des idées de relations ayant trait à la vue et à l'odorat, dont on peut penser qu'elles sont proches des phobies, sont relativement fréquentes. De tels symptômes ne se rencontraient presque jamais avant-guerre et dans l'immédiat après-guerre. D'un autre côté, des symptômes tels que l'éreuthophobie, qui était pensée avant-guerre comme le symptôme le plus représentatif de la phobie interpersonnelle, symptôme qui naît d'une conscience de la honte, semblent en recul. Il serait nécessaire d'examiner plus précisément si l'éreuthophobie et ces idées de référence visuelles et olfactives sont bien causées par des mécanismes de même niveau, mais on peut sans doute les considérer toutes deux comme une angoisse générée dans l'interaction avec autrui, autrement dit comme [des formes de] phobie interpersonnelle. Ne pourrait-on pas interpréter la transition entre ces deux symptômes dans le cadre d'une évolution dans l'attitude fondamentale dans les interactions interpersonnelles, d'une "conscience de la honte vis-à-vis de l'entourage" à une "conscience de la peur de l'entourage". »³⁰

On observerait ainsi un recul de l'éreuthophobie, prototype même de la phobie

30 おそらく恐怖症と近縁関係にあると考えられる視覚的・臭覚的關係念慮が最近かなり多い [...]。このような症状は、戦前や終戦直後においてはほとんどみられないものであった。いっぽう、戦前における代表的な対人恐怖の症状と考えられていた赤面恐怖など、恥の意識より生じたと考えられる症状が減少しているようである。この赤面恐怖という症状が、視覚的・臭覚的關係念慮と同じレベルの機制から生じたかどうかは、さらに検討される必要があろうが、ともに他者への対処のなかに生じる不安、つまり対人恐怖としてとられることができよう。この2つの症状の変遷は<周囲に対する恥の意識>から、<周囲に対するおびえの意識>へとという対人交渉の基本的な態度の変化のなかに、その意味をもとめることができないであろうか。(NISHIDA Hirofumi 西田博文, « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* » 青年期神経症の時代的変遷—真因と病像に関して—, 児童精神医学とその近接領域, 1968, vol. 9, n° 4, p. 246)

interpersonnelle, et même plus précisément de la « phobie de la honte » moritienne – la référence est ici évidente – et une augmentation d'autres formes de phobie interpersonnelle caractérisées par un délire de relation portant sur le thème visuel ou olfactif, deux tendances que Nishida met en rapport et suggère d'interpréter comme symptomatiques d'un changement dans l'attitude interpersonnelle des adolescents entre l'avant et l'après-guerre – d'une « conscience de la honte vis-à-vis de l'entourage » (« entourage » au sens d'autrui se trouvant à proximité), à une « conscience de la peur de l'entourage ». Ce constat clinique et son interprétation semblent avoir été largement partagés au sein du département de neuropsychiatrie de l'Université de Kyūshū : ils étaient déjà esquissés par son collègue, Ikeda Kazuyoshi 池田数好, quatre ans plus tôt³¹, et ils sont cités presque mot pour mot deux ans plus tard par un autre collègue, le psychanalyste Nishizono Masahisa 西園昌久 (né en 1928), dans l'article tiré de l'exposé qu'il présente lors d'un colloque sur la phobie interpersonnelle organisé par la Société japonaise de psychothérapie et de psychopathologie en 1969. Et Nishizono d'abonder dans son sens :

« En me fondant sur mon expérience, j'ai l'impression qu'entre le moment où je suis devenu psychiatre, il y a 15 ans, et aujourd'hui, la fréquence et le tableau clinique des patients venant nous consulter en se plaignant de phobie interpersonnelle ont, comme l'indique Nishida, incroyablement changé. »³².

Quelques années plus tard, Suzuki Tomonori 鈴木知準 (1909- ?), un psychiatre moritien possédant sa propre clinique à Tokyo, mène une enquête sur ses patients souffrant de phobie interpersonnelle et fait un constat qui recoupe en grande partie celui de Nishida. En relevant la fréquence d'apparition des symptômes principaux présentés par ses patients, il constate à son grand étonnement que la scopophobie est de loin la plainte la plus fréquente, présente chez 64,6 % d'entre eux, tandis que la classique éreuthophobie n'apparaît que chez 13 % de ses patients. Après avoir mis ces chiffres en regard de ceux d'une autre enquête sur des patients anthropophobes présentant des données remontant à

31 IKEDA Kazuyoshi 池田数好, « *Shinkeishō mondai no haikai ni aru mono* » 神経症問題の背景にあるもの (De ce qui se trouve à l'arrière-plan de la question des névroses), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 90.

32 [...] わたくしの経験によると、わたくしが精神科になった15年前と今では対人恐怖を訴えて来診する患者の頻度や病像は西田が指摘するように、いちじるしく変化をきたしているという印象をもっている。(NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* » 対人恐怖の精神分析 (Psychanalyse de la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 376)

une vingtaine d'années (1953-1955 et 1962) et dans laquelle l'éreuthophobie constituait encore largement le premier symptôme en termes de fréquence (49,8 %) (Katō 1964), il s'interroge à son tour : ceci « indique peut-être une évolution entre ces deux périodes ? »³³.

A considérer en effet les descriptions de la phobie interpersonnelle faites à partir de la fin des années 1960, on a nettement l'impression que le tableau clinique s'est profondément transformé depuis les années 1930 de Morita. Elles font désormais apparaître parmi ses symptômes la présence récurrente de ce « délire de relation » (*kankei mōsō* 関係妄想) particulier : la conviction, fondée sur l'interprétation délirante des gestes et des paroles d'autrui, d'être atteint d'un défaut physique particulier, notamment d'émettre une odeur nauséabonde, ou bien d'arborer une expression faciale ou un regard étrange, qui importune les personnes se trouvant à proximité. Lors du colloque de 1969 précédemment évoqué, Yamashita Itaru 山下格 (1929-2014), psychiatre de l'université de Hokkaidō présente les résultats d'une étude fondée sur cinquante de ses patients anthropophobes : ceux-ci présentent systématiquement ce délire de relation. Voici un exemple représentatif de son échantillon :

[*en entretien avec Yamashita*] « Mon regard est perçant, ou en tout cas a quelque chose de bizarre qui dérange les gens qui se trouvent autour de moi. Je vois que tout le monde devient immédiatement nerveux, se détourne, comme si mon regard les paralysait, et j'en suis affreusement désolé. Vous-même, docteur, si un mafieux au regard perçant s'asseyait en face de vous, vous seriez vous aussi agité et vous feriez en sorte de ne pas regarder dans sa direction. Je pense que c'est la même chose. »³⁴

[*le même patient, lors d'une session de thérapie de groupe*] « Je vous suis reconnaissant de m'assurer qu'il n'y a rien d'étrange avec mon regard, mais puisque

33 それ以後の時代の変遷をものがたるかもしれない。SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* » 対人恐怖の症状に関する統計的観察 (Observations statistiques sur les symptômes de la phobie interpersonnelle), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1976, vol. 5, n° 8, p. 1015.

34 私の視線が、鋭いというか、どこかおかしいらしくて、まわりの人に不快感を与えている。誰でもすぐそわそわしたり、横をむいたりして、私の視線に金縛りのようになっていることがわかるので、とても気の毒になる。...先生だって眼付きの鋭いやくざが前に坐ると、そわそわして、そっちを見ないようにするでしょう。それと同じことだと思うんです。YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfu ni tsuite* » 対人恐怖について (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 365.

nous nous trouvons dans ce lieu, j'aimerais que vous me disiez la vérité sans vous gêner. Bon, je comprends que vous, Docteur, étant donné votre position de médecin vous ne pouviez pas dire à quelqu'un qui souffre de son regard « ton regard est bizarre ». Mais vous autres, depuis tout à l'heure vous clignez des yeux, vous croisez et décroisez les jambes : vous êtes perturbés par mon regard alors dites-le franchement. [...] » [*répondant à une question*] « C'est clair que vous ressentez bien cela, mais vous faites preuve d'empathie à mon égard, vous prenez sur vous et vous me dites qu'il n'en n'est rien. »³⁵

Un tel symptôme, commente Yamashita, ne relève plus de la simple phobie mais clairement du délire ; or les patients présentant ce type de symptôme ne sont pas l'exception chez lui, bien au contraire, ils se situent au cœur même de sa définition du *taijinkyōfu*. Ainsi, dans la monographie qu'il publie en 1977 sur le *taijinkyōfu*, sont notamment exclus de sa cohorte de 100 patients « ceux dont les symptômes ont été considérés comme relevant d'une forme légère de timidité et *ne présentant pas de manifestations délirantes* »³⁶. La phobie interpersonnelle de Yamashita est sans ambiguïté un trouble à caractère délirant³⁷. Si Yamashita adopte avec cette définition une position plutôt radicale par rapport aux autres chercheurs de l'époque, elle ne représente toutefois qu'une extrémité du continuum des positions des psychiatres des années 1960-1970 qui tous s'accordent à considérer la phobie interpersonnelle comme *une maladie recouvrant aussi bien des formes phobiques simples que des formes avec délire de relation*. La

35 皆さんが私の眼つきを何ともないと言ってくださることは本当にありがたいんですが、でもこういう場所なんですから、遠慮しないで真相を言ってもらっていいんです。...まあ、先生は医者としての立場がありますから、眼つきに悩んでいる患者に、お前の眼つきが変だ、とは言えないと思います。でもほかの方々は、さつきから眼をぱちぱちさせたり、膝をくみかえたりして、私の視線で心理的に動揺しておられるんですから、そのままいていい。... (質問に対し) やはり皆さんは、本当はそれを感じているのだけれど、私に同情して、我慢して、そうではないと言ってくれているのだと思います。 (*Ibid.*, p. 370)

36 YAMASHITA Itaru, *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, Sapporo, Hokkaido University Press, 1993, p. 1. NB : N'étant pas parvenue à nous procurer la version originale de cet ouvrage (1977) au moment où nous effectuions nos recherches pour ce chapitre, nous nous sommes fondée sur la traduction en anglais parue en 1993. L'auteur assure que « le contenu original n'a pas été modifié de manière significative » et que le lecteur doit donc « prendre en considération le fait que ce texte a été écrit en 1977 » (p. ii).

37 Ainsi, sur les quatre caractéristiques communes à toutes les formes symptomatiques de la phobie interpersonnelle qu'il identifie, trois sont de nature psychotique et deux sont une évocation directe du délire de relation : la « croyance délirante » d'être atteint de défauts majeurs, la perception de ces défauts « au travers du comportement d'autrui » et la conviction que ces défauts « engendrent un sentiment déplaisant chez autrui » (*Ibid.*, p. 26-28). Le sous-titre de la traduction en anglais de sa monographie est par ailleurs sans ambiguïté : « *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia* » (je souligne).

classification des différents degrés de phobie interpersonnelle proposée par des chercheurs de l'université de Kyoto en 1972 fait ainsi consensus et, en dépit de son caractère initialement provisoire et instrumental, est citée *ab nauseam* dans la littérature des années 1970 :

- « a. Cas se manifestant de manière temporaire au moment de l'adolescence (en tant que stade du développement) chez des individus normaux
- b. Cas demeurant circonscrits au niveau phobique
- c. Cas présentant dès l'origine un délire de relation
- d. Cas se présentant comme un prodrome ou bien comme un symptôme résiduel de la schizophrénie en période de rémission »³⁸

Ainsi pour certains le *taijinkyōfu* recouvre les 3 premiers échelons de la classification (Takahashi T. 1976, Uchinuma 1977), pour d'autres, les moritiens notamment, les seuls échelons centraux – b et c – (Suzuki T. 1976), et pour d'autres encore, c'est l'échelon c qui constitue le cœur de la phobie interpersonnelle (Yamashita 1977, Tsukamoto et al 1973, Aono et al 1976). Mais quel que soit l'ensemble adopté, la nouveauté par rapport à la phobie interpersonnelle moritienne des années 1930 – qui correspondrait plutôt au seul échelon b de la précédente classification – c'est qu'elle est désormais reconnue par tous comme une catégorie nosographique transversale qui s'étend de la névrose aux frontières de la psychose, et recouvre ainsi différentes formes psychopathologiques.

Ainsi, aux côtés des éreuthophobes « nerveux » à la Morita, la phobie interpersonnelle accueille désormais en son sein une nouvelle population de patients délirants, et en particulier deux formes bien spécifiques : les « autoscopophobes », qui s'inquiètent du malaise généré autour d'eux par l'anomalie de leur propre regard, comme dans le cas de évoqué plus haut, et les « autodysmophobes » qui perçoivent – ou plutôt croient percevoir – par exemple dans la toux ou les yeux larmoyants de leurs collègues les indices flagrants du fait qu'une partie de leur corps émet une odeur pestilentielle. En voici un cas

38 A. 平均者の青春期という発達段階に一時的にみられるもの

B. 純粹に恐怖症段階にとどまるもの

C. 関係妄想性をはじめから帯びるもの

D. 前分裂病症状として、ないしは分裂病の回復期における後症状としてみられるもの

(KASAHARA Yomishi 笠原嘉 et al., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu : shu toshite seishin bunretsu-byō to no kyōkairi ni tsuite* 正視恐怖・体臭恐怖 : 主として精神分裂病との境界例について (Scopophobia, dysomphobia : à propos des états-limites avec la schizophrénie en particulier), Tokyo, Igaku shoin, 1972, p. 123)

présenté dans un article de 1967 :

« Vers la 3^e année de collège il s'inquiète d'avoir des gaz, mais pas de manière excessive. L'été de sa première année au lycée, il s'entend dire « tu sens mauvais [ou : ça pue] » à l'école et met immédiatement cette remarque sur le compte de ses flatulences ; dès lors il se tourmente à ce sujet sur le mode du délire de relation. En cours, il rapporte le moindre des gestes de ses camarades à ses pets, mais sa propre perception desdits pets est vague et il semble qu'en réalité il ne les sente quasiment pas lui-même. Depuis l'été passé, son délire de relation porte jusque sur la jeune fille de ses voisins. Finalement, l'année dernière, il nous est adressé par le généraliste qu'il a consulté pour se faire soigner l'estomac. »³⁹

2.2. Le boom du *taijinkyōfu* grave

C'est autour de l'année 1966, lors du 64^e congrès de la Société japonaise de psychiatrie et de neurologie (1966) et lors du 4^e congrès de la Société japonaise de psychothérapie et de psychopathologie (1967) que plusieurs équipes de chercheurs présentent simultanément, et à leur grande surprise, les résultats de recherches qui prennent toutes pour objet ce groupe de patients⁴⁰. A l'université de Nagoya, le groupe de recherche en psychopathologie dirigé par Uemoto Yukio 植元行男 (?-1972) étudie depuis 1965 ces patients au trouble desquels il donne dans un premier temps le nom de « délire pubère » (*shishunki mōsōshō* 思春期妄想症) ; après plusieurs exposés, en 1967, il publie une étude en 3 volets⁴¹ qui initie une longue série de recherches sur ces patients développées

39 高校1年の夏に学校で「くさい」といわれ、直ちに自己のおならと結びつけ、以後関係妄想的に自己のおならのことを悩む。授業中での級友の一寸したしぐさをすべて自己のおならと結びつけるが、自己による匂いの知覚は漠然としていて殆ど感じないという真相のようである。翌年の夏頃より、隣家の娘に対してまで関係妄想的結びつけて悩む。けっきょく翌年（高校2年）の夏に、腸を治して貰うべく訪れた内科医を経て当院に来院する。(UEMOTO Yukio 植元行男 et al., « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shishunki mōsōshō ni tsuite* » 思春期における異常な確信的体験について（そのI）—いわゆる思春期妄想症について— (On the delusional experience in adolescence (I) On so called « délire pubère »), *Jidō seishin.igaku to sono kinsetsu ryōiki* 児童精神医学とその近接領域, 1967, vol. 8, n° 3, p. 160)

40 L'un des membres du groupe de Nagoya (Murakami) évoque ainsi sa surprise et celle de ses collègues lorsqu'ils entendirent lors d'une conférence un chercheur de Kyoto (Kasahara) évoquer un terme comme *dokugokyōfu* ou *negotokyōfu* 独語恐怖とか寝言恐怖 (peur de parler seul ou peur de parler pendant son sommeil), alors qu'ils discutaient justement au même moment entre eux de la proximité de cette peur avec celle des scopophobes et des dysosmophobes. (Entretien avec Murakami Y., 2013)

41 UEMOTO Y. ET AL., « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shishunki mōsōshō ni tsuite* », art cit. ; UEMOTO Yukio 植元行男 et al., « *Shishunki ni okeru ijōna*

jusqu'en 1979⁴². A l'université de Kyoto, un autre groupe de chercheurs en psychopathologie, en particulier Kasahara Yomishi 笠原嘉 et Fujinawa Akira 藤縄昭, ainsi que deux collègues cliniciens, présentent d'abord une communication sur l'« expérience auto-dysosmique » (*jikoshū taiken* 自己臭体験), puis sur la scopophobie⁴³, avant de baptiser ces mêmes tableaux cliniques « phobie interpersonnelle grave » *jūshō taijinkyōfu* 重症対人恐怖 ; ces recherches aboutiront en particulier à la publication d'une monographie en 1972 intitulée *Scopophobia, dysosmophobia* – et dont est tirée la classification citée plus haut. Interrogés récemment, ces protagonistes confirment l'existence d'un « boom », à cette époque, des recherches sur ces patients présentant un délire de relation touchant à l'odeur de leur corps ou à l'anomalie de leur regard⁴⁴. Réfléchissant aux raisons de cet intérêt scientifique soudain et convergeant, ils affirment, avec plus ou moins de conviction, que ces patients étaient alors particulièrement nombreux. C'est d'ailleurs la première motivation qu'avançaient Kasahara *et al.*, en introduction de leur ouvrage, de leur intérêt pour ces deux formes particulières :

« La scopophobie, la dysosmophobie sont extrêmement fréquentes chez les jeunes d'aujourd'hui. On a jusqu'à ce jour tenu l'éreuthophobie pour la forme archétypique de la phobie interpersonnelle, mais d'un point de vue quantitatif, n'est-ce pas plutôt la scopophobie et la dysosmophobie qui sont les plus fréquentes dans la clinique ambulatoire en psychiatrie-neurologie ? C'est tout au moins l'impression qu'on en a

kakushinteki taiken ni tsuite (sono ni) Rōrushaha tesuto ni yoru kōsatsu » 思春期における異常な確信的体験について (その II) —ロールシャッハ・テストによる考察— (On the delusional experience in adolescence (II) Approach from Rorschach Test), *Jidō seishin igaku to sono kinsetsu ryōiki* 児童精神医学とその近接領域 Pédopsychiatrie et domaines avoisinants, 1967, vol. 8, n° 3, p. 168-178 ; UEMOTO Yukio 植元行男 *et al.*, « 思春期における異常な確信的体験について (その III) —妄想観念の成立、固着について— » (On the delusional experience in adolescence (III) On the formation of Delusion and its Persistence), 児童精神医学とその近接領域, 1967, vol. 8, n° 3, p. 179-186.

42 Murakami, « *Seishinbyōrigaku* » 「精神病理」 (« Psychopathologie ») in NAGOYA DAIGAKU SEISHIN.IGAKU KAIKŌ HYAKU NEN KINENSHI HENSHŪ IINKAI, *Nagoya daigaku seishin.ugaku kaikō hyaku nen* 名古屋大学精神医学開講 100 年 (Centenaire de la fondation du département de psychiatrie de l'Université de Nagoya), Nagoya, 2008, p. 173-174.

43 FUJINAWA Akira 藤縄昭 *et al.*, « *Jikoshū taiken no rinshō* » 自己臭体験の臨床 (Clinique de l'expérience auto-dysosmique), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1967, vol. 69, p. 740. ; KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Hitomishiri – seishi (shisen) kyōfushō ni tsuite no rinshōteki kōsatsu –* » 人みしり—正視 (視線) 恐怖症についての臨床的考察—, *Seishinbunseki kenkyū* 精神分析研究 The Japanese Journal of Psycho-analysis, 1969, vol. 15, n° 2.

44 Entretien avec Kasahara Y., 2012 ; entretien avec Murakami Y., 2013.

dans notre ambulatoire psychiatrique. »⁴⁵

Les autoscopophobes et autodysosmophobes seraient désormais plus nombreux que les éreuthophobes : abondant ainsi dans le sens de l'impression de Nishida en 1968, Kasahara et ses collègues contribuent grandement, avec leur recherches rassemblées dans cet ouvrage en 1972, à donner corps à cette nouvelle image de la phobie interpersonnelle ; une phobie interpersonnelle qui s'étend désormais de la névrose à la psychose, et dont l'archétype n'est plus l'éreuthophobie mais la scopophobie et la dysosomophobie avec délire de relation.

Si la phobie interpersonnelle a changé de forme, à quoi cette transformation doit-elle être imputée ? Voilà la question que se posent certains psychiatres. Nishida le premier indiquait une piste de réflexion mettant en avant des facteurs historico-culturels : la moins grande fréquence de l'éreuthophobie serait le reflet d'une transformation du rapport à l'autre liée aux effets psychopathologiques de l'avènement de la famille-nucléaire et de l'exigence de démocratisation de la société, qui contribueraient à remplacer la *honte* vis-à-vis d'autrui par une *peur* d'autrui⁴⁶. D'autres reprendront bientôt cette idée de la disparition d'une certaine morale de la honte : le Japon serait passé, après-guerre, avec « le développement rapide d'un capitalisme d'Etat fondé sur le principe de compétition », d'une culture tolérant, voire accueillant avec bienveillance le sentiment de honte, à une culture cherchant à réprimer ou à éradiquer ce sentiment⁴⁷. Cette hypothèse laisse toutefois songeur : le cœur de la théorie moritienne ne résidait-il pas précisément dans l'identification d'une *honte de la honte* ? Si Morita encourageait à accepter cette honte, c'est qu'il percevait *déjà* chez ses éreuthophobes (et toutes les autres formes du *taijinkyōfu*) une répression de ce sentiment. Arrivés à ce point, se pose une série de questions : la phobie interpersonnelle a-t-elle effectivement *changé de forme clinique* avant et après-guerre ? A-t-on affaire à une seule et même maladie dont l'expression aurait évolué en raison des profondes transformations qu'a connues la société japonaise, des

45 正視恐怖、体臭恐怖は現代の青年期に非常に多い。従来から対人恐怖の代表格は赤面恐怖とされてきたが、数の点からいえば今日の精神神経科外来では正視恐怖や体臭恐怖の方が多いのではないだろうか。少なくともわれわれの精神科外来では、そのような印象をもった。

(KASAHARA Y. ET AL., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu*, op. cit., p. 1)

46 NISHIDA H., « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* », art cit, p. 244-246.

47 KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Taijinkyōfu no jidaiteki hensen – tōkeiteki kansatsu –* » 対人恐怖の時代的変遷—統計的観察— (Les transformations historiques de la phobie interpersonnelle – observations statistiques –), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1980, vol. 9, n° 1, p. 52.

années 1930 aux années 1960 (de l'époque de l'Empire du Grand Japon, à la « démocratisation » de la société après-guerre), comme le suggèrent les psychiatres ? Pourrait-il également s'agir du fruit d'une transformation du regard clinique ? Les transformations tout aussi profondes que connaît le champ psychiatrique après-guerre, sur les plans institutionnel, technique et théorique, ne jouent-elles pas un rôle déterminant dans ce constat clinique nouveau d'une diminution du nombre de cas d'éreuthophobes et de l'augmentation des scopophobes et dysosmophobes délirants ? Qu'en est-il de la question, laissée en suspens par Nishida, de l'homogénéité ou de l'hétérogénéité des mécanismes à l'origine du *taijinkyōfu* classique et du *taijinkyōfu* psychotique ? N'a-t-on pas là affaire à des formes psychopathologiques assez différentes, comme le note un demi-siècle plus tard Takahashi dans un article rétrospectif⁴⁸ ? Si tel est le cas, pourquoi alors les psychiatres sont-ils conduits à les considérer comme un ensemble cohérent, comme une catégorie pertinente ? Ou utile ? Ce sont ces deux questionnements, les facteurs extérieurs de l'émergence clinique de la phobie interpersonnelle *psychotique*, d'une part, la question de la *cohérence nosographique* du concept, d'autre part, que je me propose d'examiner à présent.

2.3. La phobie interpersonnelle et les frontières de la schizophrénie

Dans un premier temps, laissant de côté l'hypothèse que l'émergence du *taijinkyōfu* grave est la manifestation clinique de transformations socio-culturelles historiques, nous examinerons l'hypothèse qu'elle est le résultat de l'effet conjugué de facteurs institutionnels et théoriques, ou formulée plus précisément, que *certaines psychiatres des années 1960-70 sont outillés et placés dans une situation particulièrement favorable pour « voir » ces patients*. L'idée est donc qu'il ne s'agit pas nécessairement de patients « nouveaux », au sens que ce type de trouble n'existait pas, ou dans des proportions inférieures, par le passé, mais que le regard sur ces patients a, pour des motifs propres à la pratique médicale, été amené à changer⁴⁹.

Soulignons toutefois, avant toute considération de nature quantitative sur les patients des différentes institutions envisagées, qu'il est difficile de faire de telles comparaisons,

48 TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no gainen no henshen – “jikkan” ni madowasareta rekishi* », art cit, p. 58.

49 Nous prenons ici exemple sur l'enquête qu'a menée Mark Micale sur la soi-disant « disparition » de l'hystérie au début du XX^e siècle : MICALE Mark S., « On the “Disappearance” of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis », *Isis*, 1993, vol. 84, n° 3, p. 496-526.

tout d'abord en raison de la rareté des études statistiques publiées à l'époque, ensuite du fait de l'hétérogénéité des périodes et des lieux étudiés, des méthodes et des critères diagnostiques employés, et des échantillons constitués dans les études existantes.

2.3.1. Autres cliniques, autres patients

Dans le glissement théorique qui mène la phobie interpersonnelle de la névrose aux frontières de la psychose, le facteur institutionnel joue en amont, d'après nous, un rôle déterminant. La circulation du concept qui, de notion employée par les psychiatres de l'école moritienne, est adoptée par des psychiatres extérieurs à ce courant théorique présentant la particularité d'être des chercheurs exerçant pour la quasi-totalité d'entre eux à l'université, implique automatiquement, outre un changement de doctrine, un changement de *cadre pratique et donc de clinique*. Si Morita et ses élèves ont fait toutes leurs observations dans des cliniques pratiquant la thérapie Morita, les acteurs du renouveau théorique de la phobie interpersonnelle s'intéressent à elle, pour la majorité d'entre eux, au travers des patients des services de psychiatrie d'hôpitaux universitaires⁵⁰. Or les patients fréquentant ces structures ne sont pas nécessairement les mêmes, notamment en termes de *symptômes*, que ceux qui se rendent dans les cliniques moritiennes ou d'autres structures non médicales. Et quoique les psychiatres soient conscients des biais de sélection de leurs malades, la diversité de ces patients tend inévitablement à déterminer leur perception de ce qu'est la phobie interpersonnelle.

Les recherches menées par Takahashi Tooru 高橋徹 (né en 1935)⁵¹ à l'Institut Seisei de Tokyo 東京正生学院 constituent une exception éclairante. Il est en effet le seul et unique chercheur à étudier la phobie interpersonnelle dans une structure non médicale. Cette institution, fondée en 1923 par Umeda Kaoru 梅田薫, psychothérapeute autodidacte que

50 Kasahara et ses collègues étudient ainsi la scopophobie et la dysosmophobie chez les patients du service de neurologie de l'hôpital de l'Université de Kyoto et de deux hôpitaux psychiatriques privés de la région du Kansai ; Uemoto et ses étudiants élaborent le délire pubère sur les patients de l'université de Nagoya, Yamashita Itaru fonde sa doctrine de la phobie interpersonnelle délirante à l'hôpital de l'Université de Hokkaidō, et ainsi de suite.

51 Elève de Shimazaki Toshiki, Takahashi Tooru s'inscrit dans le courant psychopathologique et il y développe une approche originale assez hétéroclite. Il effectue son séjour de formation en France en 1968-1969 (notamment dans la clinique de Bonneval d'Henri Ey), lit Janet, Clérambault, Ey, Sérieux et Capgras, mais aussi des sociologues français. Son travail de thèse consacré à la phobie interpersonnelle – dont il est ici question –, qui s'inspire notamment de la microsociologie de Gurvitch et de la théorie de la communication de Bateson, est récompensé à la fin des années 1960 par le premier « prix Shimazaki Toshiki ».

nous avons rencontré au chapitre 2, est après-guerre l'une des plus importantes de ces structures extra-médicales qui accueillent et soignent en grand nombre des « timides » (小心 *shōshin*) et des bègues⁵². C'est sans doute sur les conseils de Katō Masaaki 加藤正明 (directeur du Centre national d'hygiène mentale, auquel le jeune Takahashi est alors statutairement affilié), qui s'est intéressé au début des années 1960 à ce lieu où « se concentrent un nombre considérable d'anthropophobes »⁵³, que Takahashi fait le choix d'y mener ses recherches doctorales sur le *taijinkyōfu* (qui aboutiront à la publication de nombreux articles dès la seconde moitié des années 1960 et d'une monographie en 1976). Soulignons que Takahashi se trouve alors en position de pouvoir comparer ses données à celles recueillies par Katō Masaaki, qui avait fait ses observations dans le même lieu et selon un protocole comparable au cours des années 1950 et 1960 – ce point est important comme nous le verrons plus tard. Et, dans ce lieu très fréquenté par les anthropophobes, Takahashi fait une observation qui nuance l'impression des autres psychiatres :

« L'opinion selon laquelle on pouvait autrefois faire de l'éreuthophobie le symptôme le plus typique de la phobie interpersonnelle tandis qu'aujourd'hui ce seraient plutôt la scopophobie et la dysosmophobie qui seraient les plus courantes, cette opinion est soutenue par les personnes qui travaillent en particulier dans des consultations psychiatriques ambulatoires ; mais en ce qui concerne les patients qui fréquentent cet institut, une telle transformation n'apparaît pas de manière flagrante. Toutefois, les cas d'autoscopophobie et d'autodysosmophobie (les fameuses “formes graves” de Kasahara) commencent, dans le cadre des entretiens effectués par l'auteur de ces lignes, à se faire plus visibles depuis quelques années. »⁵⁴ (je souligne)

52 La structure, qui a le statut d'établissement de formation (*kakushu gakkō* 各種学校), dispense aux bègues et aux timides une « formation » (*kyōiku* 教育), à travers des « cours », des « travaux pratiques » et des moments « d'étude solitaire » (*jishū* 自習), dont le contenu est le fruit de l'expérience d'Umeda, en tant qu'ex-névrosé et bègue, et grand pratiquant des cures de la neurasthénie de l'ère Taishō. Bien qu'elle soit dispensée par des non médecins, cette « formation » consiste bien en une forme de thérapie des névroses, selon Takahashi. L'école est organisée en deux pôles, l'un « linguistique » spécialisé dans « l'instruction » des bègues, l'autre « psychique » dédié à la « direction » des timides, c'est dans ce dernier que Takahashi mène son enquête. (TAKAHASHI Tooru 高橋 徹, « *Aru minkan shisetsu no shōkai* » ある民間施設の紹介 (Présentation d'une institution populaire), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1977, vol. 6, n° 7, p. 917)

53 KATŌ Masaaki 加藤正明, « *Taijinkyōfu o megutte* » 対人恐怖をめぐって (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 110.

54 なお、対人恐怖症が、かつてはその代表を赤面恐怖に求めることができたけれども、今日では、むしろ正視恐怖や体臭恐怖の型が一般的であるという知見が、とくに精神科外来で診療に携わる人々によってもたらされているが、この学院に来る人々に関するかぎりは、こうした

Les patients de l'Institut Seisei ne permettraient ainsi pas d'observer de manière si évidente ce changement symptomatique qui caractériserait la phobie interpersonnelle après-guerre. Il ressort en effet de la mise en parallèle des enquêtes de Katō et de Takahashi une proportion élevée et parfaitement stable de cas d'éreuthophobes parmi les « élèves » de l'institut (diagnostiqués par les deux psychiatres) des années 1950 aux années 1970 : 43,8 % en 1953-1955, 56,3 % en 1962, 50 % en 1974. Comment interpréter ce constat ? Si l'on veut accorder le même crédit à l'impression clinique de Nishida et des autres psychiatres, alors, comme semble le suggérer Takahashi, c'est peut-être là l'effet d'une forme de spécialisation institutionnelle : *ce ne sont pas les mêmes patients, du point de vue symptomatique, qui fréquentent un service psychiatrique ambulatoire ou une structure de soins extra-médicale.*

Cette remarque de Takahashi est confirmée par Yamashita Itaru, de l'autre point de vue : « [...] au Japon les patients qui se rendent dans des cliniques psychiatriques pour traiter leur *taijinkyōfu* appartiennent principalement au second groupe, celui du *taijinkyōfu* délirant » – ce qui motive son adoption d'une vision exclusivement délirante de la phobie interpersonnelle⁵⁵. Quoiqu'il faille envisager avec prudence toute considération de nature quantitative sur les patients des différentes institutions⁵⁶, on peut rapprocher des chiffres avancés par deux études contemporaines, l'une de l'autre et présentant certaines informations de même nature. Suzuki Tomonori (précédemment évoqué, v. sous-partie 2.1), stimulé par le livre de Kasahara et al., est l'un des seuls chercheurs à étudier sérieusement la question de la proportion entre la « phobie interpersonnelle moyenne » (*heikintekina taijinkyōfu* 平均的な対人恐怖⁵⁷) et celle « à délire de relation » (*kankei mōsōsei* 関係妄想性) décrite par les chercheurs de Kyoto. Dans l'article qu'il publie en 1976 à ce sujet, il indique que, de 1973 à 1975, 22,6 % (soit 118 patients) des patients de sa clinique moritienne tokyoïte présentant comme symptôme principal la phobie interpersonnelle *présentent également un délire de relation* correspondant à la description

型の変遷は殆ど目立たない。ただし、自己視線恐怖や自己臭恐怖の例（いわゆる重症型（笠原））は、筆者の面接例に関する限りは数年まえから目立ち始めてはいる。（TAKAHASHI T., « *Aru minkan shisetsu no shōkai* », art cit, p. 919）

55 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. i.

56 En raison de l'hétérogénéité des périodes et des lieux étudiés, des méthodes et des critères diagnostiques employés, et des échantillons constitués dans les études existantes.

57 SUZUKI T., « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* », art cit, p. 1021.

de Kasahara – quoique ceux-ci lui semblent toutefois être des cas « plutôt plus légers »⁵⁸. Ce chiffre peut être mis en regard de celui qu'avance le groupe de psychiatres de l'université de Kyūshū, qui relèvent, dans la clinique universitaire, qu'entre 1973 et 1978, parmi les patients hospitalisés avec le diagnostic de « névrose pubère »⁵⁹, 39,5% (soit 17 patients) des patients présentant « de la tension ou de la phobie interpersonnelle » *avaient une tendance à l'interprétation délirante ou une conviction pathologique*⁶⁰. Autrement dit, la proportion de patients délirants parmi un échantillon de patients diagnostiqués anthropophobes est presque doublée dans la clinique universitaire par rapport à la clinique moritienne. Cette fragile comparaison tend donc à appuyer l'idée que les psychiatres exerçant en clinique universitaire sont confrontés à des patients anthropophobes *plus psychotiques* que ceux qui exercent dans les cliniques moritiennes.

On peut essayer d'envisager plusieurs facteurs expliquant cette apparente situation de spécialisation institutionnelle des symptômes. En premier lieu, en ce qui concerne les institutions moritiennes, une sélection assez précise des patients a lieu en amont : si elle n'est plus aussi drastique que du temps de Morita (qui excluait tous les dégénérés psychiques et malades mentaux), la thérapie ne s'applique a priori qu'aux « nerveux » et les institutions n'acceptent que dans des proportions marginales des cas « légers et faciles à traiter » de dépression ou de schizophrénie⁶¹. Il semble ainsi logique que Suzuki ne relève parmi ses patients qu'une proportion relativement basse de délires de relation, mais qu'en outre ceux-ci lui paraissent « plus légers » que ceux décrits par les psychiatres exerçant en service hospitalier. Une telle sélection peut également être le fruit de la stratégie publicitaire de la structure, qui a sans doute pour effet d'exercer le tri en amont, du côté des patients potentiels. Ainsi l'Institut Seisei d'Umeda mène une politique promotionnelle extrêmement active ; non seulement multiplie-t-il les annonces dans la presse quotidienne nationale (journaux *Asahi*, *Yomiuri*) et dans les revues hebdomadaires

58 *Ibid.*, p. 1016-1018, 1023.

59 Les auteurs incluent sous le terme de « névrose pubère » : phobie scolaire, refus scolaire, troubles de l'identité, apathie des étudiants, dépression pubère, troubles de la crise d'adolescence, délinquance. (NISHIMURA Ryōji 西村良二, MATSUKI Kunihiro 松木邦裕 et NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Shishunki ni okeru shinkeishōsha no taijinkyōfu – toku ni danshi no taijinkyōfu ni tsuite* » 思春期における神経症者の対人恐怖—とくに男子の対人恐怖について (La phobie interpersonnelle chez des névrosés à l'adolescence – en particulier chez les garçons), *Kyūshū shinkei seishin igaku* 九州神経精神医学, 1979, vol. 25, n° 3-4, p. 227)

60 *Ibid.*, p. 228.

61 Suzuki Tomonori, en l'occurrence, accepte les cas de dépression (ŌHARA K. ET AL., « *Morita ryōhō (nyūinshiki) no genjō – jū byōin, shinryōjo no ankeeto kara –* », art cit, p. 251)

populaires (comme *Shōnen Champion*), mais il publie aussi à son compte des ouvrages qui jouent un rôle important dans l'attraction de nouveaux « élèves »⁶². Et cette politique s'adresse avant tout aux bègues et aux timides, sous la forme d'accroches du type : « guérir de votre bégaiement » (吃音を治したい人), « à ceux qui veulent surmonter leur timidité » (自分の小心さを克服したい人)⁶³. Or les patients auto-dysosmophobes ou auto-scopophobes ne semblent pas se percevoir comme « timides », mais comme souffrant de véritables troubles organiques ; on peut ainsi faire l'hypothèse qu'ils ne s'adressent pas spontanément à ce type de structure. Un autre facteur encore pourrait tenir à l'âge des patients qui fréquentent ces différentes institutions. Il existe un constat partagé que les anthropophobes graves sont tendanciellement plus jeunes que les autres. D'après Nishimura et al., l'immaturité du moi dans la première adolescence favoriserait en effet la survenue d'interprétations délirantes⁶⁴. Or l'âge des patients tend à être plus élevé dans les institutions moritiennes que dans les cliniques universitaires, d'une part en raison du coût et de la forme de la thérapie Morita, et du biais de sélection des cliniques universitaires où les étudiants sont surreprésentés⁶⁵ ; et d'autre part en raison des choix méthodologiques de certaines de ces recherches (celles menées dans les universités de Nagoya et de Kyūshū portent spécifiquement sur un public adolescent).

Si d'un côté, les cliniques moritiennes et les structures non-médicales traitent très majoritairement des cas de *taijinkyōfu* relevant de la névrose, de l'autre côté, les cliniques universitaires en reçoivent encore relativement peu. De manière générale, il semble assez clair que la psychiatrie conventionnelle demeure quantitativement marginale dans le traitement de la phobie interpersonnelle. Comme en fait le constat Miyoshi Ikuo 三好郁男 (psychiatre, alors lecteur à l'université de Kōbe), après avoir visité une institution du même type que l'Institut Seisei dans le Kansai (1969) :

« La première impression c'est une sorte de surprise de constater qu'il y a tant de patients anthropophobes qui ne reçoivent pas de traitement médical, et la sensation que les patients qui viennent nous consulter, nous autres « médecins »-psychiatres, ne

62 TAKAHASHI T., « *Aru minkan shisetsu no shōkai* », art cit, p. 917. La mention de la revue *Shōnen Champion* provient des souvenirs d'un ancien patient évoqués sur : <http://therapeia39.blog.fc2.com/blog-entry-15.html> (consulté en 2016)

63 *Ibid.*

64 NISHIMURA R., MATSUKI K. et NISHIZONO M., « *Shishunki ni okeru shinkeishōsha no taijinkyōfu – toku ni danshi no taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 228.

65 Entretien avec Fujita S., 2013.

sont qu'un nombre infime. »⁶⁶

Ce sont en effet manifestement les petites institutions privées spécialisées dans le traitement des névrosés, cliniques moritiennes et autres instituts de psychothérapie extra-médicaux, qui demeurent dans les années 1960-1970 le lieu privilégié fréquenté par les phobiques interpersonnels. Dans les cliniques moritiennes le diagnostic de *taijinkyōfu* représente entre 25 et 50 % de la clientèle (soit en chiffres absolu plusieurs centaines de patients annuels)⁶⁷, tandis qu'il représente moins de 10 % des patients des services ambulatoires de psychiatrie des hôpitaux universitaires (de l'ordre de la dizaine de personnes, voire moins, par an)⁶⁸. Comment expliquer un tel écart ? Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce chapitre, les effets des réformes institutionnelles de l'après-guerre (assurance maladie et loi d'hygiène mentale) sont ambivalents : d'une part elles permettent une bien plus grande prise en charge du public névrosé, mais d'autre part l'hôpital psychiatrique suit une tendance à l'asiliarisation. Aussi, en particulier au tournant des années 1960-1970, alors que le mouvement général d'enfermement des malades mentaux est à son comble, demeure très grande la méfiance du public à l'égard de l'hôpital psychiatrique, perçu un lieu inquiétant où l'on enferme les

66 印象の第一は医療を受けない対人恐怖者が、よくこれだけいるものだなという一種の驚きであり、われわれ精神科 [医] を訪れる患者はそのほんの一部にしかすぎないという感じであった。(Miyoshi cité par Takahashi : TAKAHASHI T., « *Aru minkan shisetsu no shōkai* », art cit, p. 919.

67 Suzuki (1976) dénombre dans sa clinique moritienne, sur une période de 3 ans, de janvier 1973 à octobre 1975, 522 patients avec pour symptôme principal la phobie interpersonnelle (SUZUKI T., « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* », art cit, p. 1013). Kondō K. compte sur 4 ans dans la clinique de Kōra, de 1975 à 1978, 319 patients (KONDŌ K., « *Taijinkyōfu no jidaiteki hensen – tōkeiteki kansatsu –* », art cit, p. 46). A l'Institut Seisei, Takahashi dénombre en 1967 parmi le groupe des « timides », plus de 80 % de cas avérés de phobie interpersonnelle. Il n'indique pas les chiffres absolus pour l'année, mais sur les 86 « élèves » ayant intégré l'école au cours des mois d'avril et mai, il compte, après plusieurs entretiens, 74 anthropophobes (TAKAHASHI T., « *Aru minkan shisetsu no shōkai* », art cit, p. 919). Un chiffre qui, multiplié par 6 permet d'obtenir une estimation annuelle approximative, mais néanmoins très élevée de 444 cas de *taijinkyōfu*, soit un ordre de grandeur comparable à celui des cliniques moritiennes.

68 En regard de ces chiffres importants qui corroborent l'impression de Miyoshi évoquée plus haut, les taux de fréquentation des cliniques universitaires sont effectivement dérisoires. A l'hôpital de l'Université de Kyūshū, sur plus de 5 ans (août 1973 à décembre 1978), parmi les patients hospitalisés avec le diagnostic de « névrose pubère », on ne compte que 43 patients « présentant de la tension ou phobie interpersonnelle *parmi leurs plaintes principales* » (une définition très inclusive donc) (NISHIMURA R., MATSUKI K. et NISHIZONO M., « *Shishunki ni okeru shinkeishōsha no taijinkyōfu – toku ni danshi no taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 227). Il s'agit certes de patients hospitalisés, autrement dit des patients plus lourdement atteints que les anthropophobes habituels, mais même dans la consultation ambulatoire de l'hôpital de l'université Teikyō, Uchinuma (1977) ne relève sur la période 1972-1974, que 25 patients explicitement diagnostiqués *taijinkyōfu*. (NB : Uchinuma signale toutefois que ces statistiques présentent la particularité d'être celles d'un hôpital qui vient tout juste d'ouvrir et dont la population, constituée d'une majorité de patients adressés par des collègues, n'est pas tout à fait comparable à celle d'un hôpital établi de longue date)

vrais « fous » (*kichigai* 気違い)⁶⁹. Les psychiatres se désolent ainsi de cette situation⁷⁰ : les « préjugés à l'encontre de la psychiatrie restent forts » déplore ainsi Uchinuma Yukio en commentant le faible nombre d'anthropophobes fréquentant les hôpitaux psychiatriques⁷¹. Les névrosés qui cherchent un soutien thérapeutique et ne peuvent pas envisager de s'adresser aux structures précédemment évoquées (pour des raisons financières, ou de temps, ou parce qu'ils ignorent leur existence) semblent se rapprocher plus facilement des centres de consultation d'hygiène mentale que d'un hôpital⁷². A cette perception négative de l'univers psychiatrique s'ajoute sans doute, comme le suggèrent plusieurs psychiatres, « la nature même » de la phobie interpersonnelle, qui dispose peu ce type de patients à se rendre en hôpital pour s'y faire soigner⁷³. Comme l'explique Takahashi :

« la plupart des malades de la phobie interpersonnelle ne pensent pas nécessairement à se rendre dans une clinique psychiatrique ou dans un centre de consultation psychologique pour demander de l'aide »⁷⁴.

C'est que l'idée que la psychiatrie, autrement dit un traitement de nature médicale, puisse leur être utile est loin d'être perçue comme évidente⁷⁵. Il est donc fort possible, comme l'affirme Yamashita, que les cas de phobie interpersonnelle qu'ont l'occasion de voir les psychiatres universitaires soient effectivement plus souvent des cas de « *taijinkyōfu* grave », qui se présentent à la consultation psychiatrique plutôt en dernier

69 C'est ce que nous ont indiqué les membres d'une association d'entraide de névrosés créée dans les années 1970, que nous évoquerons plus tard (la Seikatsu no hakkenkai) : il était alors d'après eux hors de question de se rendre dans un hôpital psychiatrique pour y chercher de l'aide, car bien trop stigmatisant.

70 Une réputation qui ne se limite pas au grand public : il est resté de cette époque un mot célèbre – quoique non attesté – du président de l'ordre des médecins, Takemi Tarō 武見太郎, qualifiant l'hôpital psychiatrique « d'entreprise d'élevage » (OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 215).

71 UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, *Taijinkyōfu no ningengaku. Haji, tsumi, zen.aku no higan* 対人恐怖の人間学 恥・罪・善悪の彼岸 (Anthropologie du taijinkyōfu. Honte, culpabilité, par delà le bien et le mal), Tokyo, Kanehara, 1977, p. 5.

72 Quoiqu'il existe une grande variabilité d'un centre à l'autre, les centres de consultation d'hygiène mentale semblent largement favorisés par les névrosés. Par exemple, dans une enquête portant sur les années 1960-1964, le diagnostic de névrose est de loin le plus fréquent dans le centre du département de Kanagawa. (ISHIHARA Y., « *Seishin eisei sōdanjo ni okeru sōdansha no tōkei teki kansatsu* », art cit., p. 72) L'évitement par les névrosés des institutions identifiées comme s'adressant aux malades mentaux a été démontré, par exemple dans le cas de l'Europe centrale, par : SHORTER Edward, « Private Clinics in Central Europe 1850-1933 », *The Society for the Social History of Medicine*, 1990.

73 UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, op. cit., p. 5.

74 対人恐怖者の大半が、その悩みの解決を求めて精神科診療室や心理相談室を訪ねようと思いつくとはかぎらない。(TAKAHASHI Tooru 高橋徹, *Taijinkyōfu : sōgo dentatsu no bunseki* 対人恐怖：相互伝達の分析 (La phobie interpersonnelle : analyse communicationnelle), Tokyo, Igaku Shoin, 1976, p. 7)

75 Entretien avec Kasahara Y., 2012.

recours, sur recommandation d'un médecin généraliste – un passage qui se fait de service à service d'autant plus facilement dans le cadre des hôpitaux universitaires. On rencontre en effet de manière récurrente, dans la littérature sur l'auto-dysosmophobie et l'auto-scopophobie, des cas de patients qui harcèlent des médecins généralistes ou d'autres spécialistes du domaine somatique pour trouver confirmation et soulagement à leurs dysfonctionnements physiques supposés, et qui, sur les conseils de ces derniers, se rendent en hôpital psychiatrique mais de mauvaise grâce. Par exemple ce fonctionnaire d'âge moyen qui explique à Yamashita que son corps émet « une sorte d'odeur d'urine »⁷⁶ et exprime une grande frustration à l'égard des médecins qui ne suggère en rien l'idée qu'il pense avoir besoin d'un psychiatre, au contraire :

« If only I could get the use of a machine that can measure odors, then I will certainly be able to prove *what I have kept saying for these past twenty-two years*. Then I will be able to *be properly treated by having doctors remove the diseased parts of my body*. »⁷⁷

*

En résumé, il nous semble nécessaire de rapporter l'impression d'un accroissement du nombre de patients relevant de la « phobie interpersonnelle grave », exprimée par plusieurs psychiatres, d'une part au fait qu'elle s'appuie sur des effectifs de patients assez réduits ; d'autre part, au fait qu'une série d'indices semble indiquer des tendances assez distinctes dans le parcours thérapeutique entre les patients anthropophobes de type névrotique et ceux de type délirant. Les premiers fréquentent des structures qui s'adressent explicitement aux névrosés ou aux timides et qui ne sont pas associées aux « fous », tandis que les seconds semblent se retrouver plus facilement dans un service psychiatrique (après un passage systématique devant un médecin d'une autre spécialité). Autrement dit, il y a bien, nous semble-t-il, un biais institutionnel fort dans l'observation de l'évolution de la forme de la phobie interpersonnelle après-guerre.

2.3.2. Facteurs épistémologiques : les frontières mouvantes de la schizophrénie

Pour comprendre pourquoi la phobie interpersonnelle des années 1960-1970 est, pour ainsi dire, *plus psychotique* que celle des années 1930, un autre facteur essentiel doit être

⁷⁶ YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 18.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 19.

pris en considération. En envisageant comme nous venons de le faire la question en termes de distribution institutionnellement déterminée des symptômes de la phobie interpersonnelle, nous avons considéré ces différents tableaux cliniques *a priori* comme relevant de la phobie interpersonnelle. Or si, changeant de point de vue, on se situe *en amont de ce diagnostic* pour se demander ce qu'étaient ces patients, aux yeux des psychiatres, *avant d'être des cas de taijinkyōfu grave*, on comprend peut-être mieux l'évolution nosographique de cette notion après-guerre.

Lorsqu'émergent au cours des années 1960 les recherches sur la dysosmophobie et la scopophobie, il s'agit d'une population de patients qui avait jusqu'alors été diagnostiquée *schizophrène*. Ainsi Murakami Yasuhiko 村上靖彦 (né en 1937), qui faisait partie de l'équipe d'Uemoto, explique-t-il la manière dont les recherches sur le « délire pubère » ont débuté à Nagoya :

« A l'origine nous n'avons pas abordé le délire pubère en partant de la phobie interpersonnelle. La question pour nous à l'époque, était, pour dire les choses simplement : schizophrénie ou névrose ? (ou encore psychose maniaco-dépressive ?), c'était à peu près ça nos critères diagnostiques. Et ces patients que nous avons qualifiés de délire pubère étaient de manière générale envisagés sous le diagnostic de schizophrénie. »⁷⁸

Ainsi dans l'introduction de leur série d'études sur le « délire pubère » Uemoto *et al.* explicitent-ils que ces patients auto-dysosmophobes et auto-scopophobes « [...] font une expérience de conviction qu'on peut qualifier d'idée délirante, *mais qu'il semble difficile d'inclure dans la schizophrénie* [...] »⁷⁹

La question qui se pose alors est : pourquoi et comment ce changement de point de vue s'opère-t-il ? Pourquoi, tout d'abord, apparaît-il nécessaire de distinguer ces patients des schizophrènes, auxquels ils avaient jusqu'alors été assimilés ? Et surtout pourquoi, dans un second temps, devient-il progressivement évident que ces cas relèvent d'une forme

78 われわれは元々、思春期妄想症というものを対人恐怖がらみで取り上げたわけではない。結局、当時でいうと、大まかにいうと、精神疾患というのは、[...] 精神分裂病か神経症か [...] (また躁鬱病か) どっちかで、こうものをみていて、[...] そういう診断規準で大体うごいていたわけです。実に、この思春期妄想症の患者さんは、だいたい分裂病の診断でまわってきいてたつていうか、とられていたのです。(Entretien avec Murakami Y., 2013)

79 [...] 妄想観念といえる確信的体験にあるが、分裂病に入れがたい病者群をとりあげ [...] (UEMOTO Y. ET AL., « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shinshunki mōsōshō ni tsuite* », art cit, p. 155)

« grave » de la phobie interpersonnelle ? La réponse à ces questions se trouve à l'intersection de plusieurs facteurs. L'intérêt pour ces formes morbides est lié, d'une part, au déploiement par certains groupes de chercheurs japonais – auxquels appartiennent précisément nombre des psychiatres impliqués dans le renouveau des recherches sur la phobie interpersonnelle – de l'approche psychopathologique ; et d'autre part, au développement des recherches psychopathologiques sur les cas-limites de la schizophrénie.

a. Les cas-limites de la schizophrénie

La contribution considérable de la psychopathologie clinique au renouveau du concept de *taijinkyōfu* passe par les recherches qui sont développées en son sein sur la psychologie de la schizophrénie et les cas-limites. Ce n'est ainsi pas un hasard si ce sont deux groupes de recherche en psychopathologie, à l'Université de Kyōto et à celle de Nagoya, qui sont amenés, d'une manière qui semblerait presque *naturelle*, à étudier au même moment exactement le même type de patients, qui constituera par la suite l'archétype du *taijinkyōfu* grave. A l'Université de Nagoya, le groupe d'étude en psychopathologie, surnommé « escadron schizo » (*shizo han* シゾ班) en raison de la place centrale qu'y occupe la schizophrénie comme thématique de recherche⁸⁰, se penche sur la question en considérant au premier abord, comme nous venons de l'évoquer, ces patients comme *un groupe de schizophrènes atypiques*. A Kyoto, Kasahara et Fujinawa (deux des quatre auteurs de l'ouvrage de 1972) sont les élèves de Murakami Masashi (pour mémoire, l'un des pionniers du courant psychopathologique japonais, cf. partie 1 de ce chapitre), et c'est dans le prolongement de ses recherches sur la psychopathologie de la schizophrénie qu'ils abordent la curieuse symptomatologie de la scopophobie et de la dysosmophobie :

« Mais un motif encore plus important de notre intérêt pour la scopophobie et la dysosmophobie, est le fait que, au sein de la phobie interpersonnelle, elles appartiennent aux formes graves. Autrement dit, elles sont frontalières avec le niveau

80 MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « *Seishin byōrigaku — Shishunki mōsōshō o chūshin ni* » 精神病理学 — 思春期妄想症を中心に — (Psychopathologie – autour de la question du délire pubère) dans 名古屋大学医学部精神医学開講 100 周年記念誌編集委員会 (ed.), 名古屋大学精神医学開講 100 年 Centenaire de la fondation du département de psychiatrie de l'Université de Nagoya, Nagoya, 2008, p. 173.

psychotique et présentent les caractéristiques des cas-limites (de la schizophrénie).
 [...] Et avec la même finalité que toutes les recherches sur les cas-limites, nous aussi, en partant des formes graves de la phobie interpersonnelle, *nous cherchons à travers elles une clef pour une meilleure compréhension de la schizophrénie.* »⁸¹ (je souligne)

En effet, si l'ouvrage des quatre chercheurs du Kansai est par la suite systématiquement cité pour l'invention du terme « phobie interpersonnelle grave » et sa classification des quatre niveaux du *taijinkyōfu*, celui-ci a des ambitions qui sont tout autres – et même bien plus *importantes* en termes d'enjeux théoriques pour la psychiatrie. Le livre en réalité est une contribution à la théorie de la schizophrénie, dont l'apport central est la description d'une nouvelle forme de schizophrénie, la « schizophrénie égorrhéique » (*jiko rōisei bunretsubyō* 自己漏洩性分裂病), qu'ils élaborent à partir de l'observation, en particulier, de certains cas de dysosmophobie (ou plutôt d'« expérience auto-dysosmique » *jikoshū taiken* 自己臭体験 comme ils préfèrent l'appeler)⁸². C'est donc d'abord au travers de l'étude de la schizophrénie – *la* maladie mentale par excellence pour la psychiatrie du XX^e siècle – que, tant à Kyōto qu'à Nagoya, des recherches du courant psychopathologique sont amenées à considérer ces schizophrènes un peu particuliers.

L'auto-dysosmophobie et l'auto-scopophobie relèvent ainsi du champ des cas-limites de la schizophrénie, un champ de recherches alors en pleine efflorescence au Japon⁸³. Le concept de cas-limite (*kyōkairei* 境界例), notion protéiforme dont le sens va considérablement évoluer au cours de la seconde moitié du XX^e siècle, fait ici référence à des formes atypiques de schizophrénie, tenues pour être incomplètes, atténuées ou prodromiques, ou semblant se situer à la *limite* entre une organisation psychopathologique

81 しかし、われわれが正視恐怖と体臭恐怖に関心をよせた、より大きい理由は、これがいわゆる対人恐怖のなかで重症型に属するという事実である。重症型ということは、とりもなおさず精神病レベルと境を接しており、いわゆる境界例（分裂病との）としての特徴をもつということである。[...] 境界例に関するすべての研究がつねに目指しているように、われわれもまた、これら重症の対人恐怖の研究から出発し、これを通じて、分裂病解明への手掛かりをつかもうとした。(KASAHARA Y. ET AL., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu*, *op. cit.*, p. 1)

82 Cette forme de schizophrénie est notamment caractérisée par une série de symptômes dont le point commun est l'expérience de « quelque chose qui s'échappe du moi » – une odeur, le regard, des paroles prononcées dans le sommeil, la pensée, etc. –, à laquelle ils donnent le nom de « symptômes égorrhéiques » (terme formé sur le modèle de « logorrhée »). Ces symptômes renverraient d'après eux à un type de trouble du moi nettement distinct de celui qui s'exprime dans les classiques symptômes schizophréniques d'influence (expérience que la pensée, le comportement, les désirs, etc. du sujet sont provoqués ou influencés par quelqu'un d'autre que soi), auxquels ils ne se mêlent jamais chez une même personne. (*Ibid.*, p. 108-122)

83 *Ibid.*, p. 34.

schizophrénique et une organisation névrotique⁸⁴. Ces formes morbides ont fait l'objet de nombreuses recherches en Europe et aux États-Unis au cours des années 1940 et 1950, et intéressent également les chercheurs japonais au cours des années 1950 et 1960. En 1964 par exemple, un colloque leur est ainsi consacré lors du congrès annuel de la JSPN⁸⁵.

C'est dans le contexte de ces recherches qu'ont paru, au tournant des années 1950 et tout le long des années 1960, plusieurs études de psychiatres se penchant sur ces formes morbides que Kasahara et ses collègues qualifieront à la fin des années 1960 de « phobie interpersonnelle grave ». Ce sont surtout les dysosmophobiques, les patients présentant un délire circonscrit à leur odeur corporelle, qui vont attirer l'attention des chercheurs, et ce notons-le, de manière contemporaine au Japon et en Allemagne. Selon Kasahara en effet cette expérience particulière :

« [...] qu'il est difficile de définir tant comme hypocondrie, que comme hallucination, ou comme délire, possède une sorte de caractère médian particulier qui appelle au débat ; et son caractère limite, qui fait qu'on ne parvient pas à la diagnostiquer de manière évidente comme névrose, schizophrénie, psychopathie ou dépression, a attiré sur elle l'attention. »⁸⁶

D'après le riche état de l'art établi par ces mêmes auteurs, les recherches sur ce symptôme sont de deux types principaux⁸⁷. C'est d'abord, au niveau symptomatologique, la détermination du statut nosographique de l'expérience olfactive faite par ces patients (délire ou hallucination ?) qui interroge les chercheurs (1930-1960) ; par la suite, au cours des années 1950-1960, Allemands et Japonais de l'école « anthropologique » y trouvent un précieux matériau pour développer une phénoménologie de l'odeur. Parmi ces derniers,

84 Le concept de « schizophrénie pseudonévrotique » développé par Hoch & Polatin (1949), auquel se réfèrent en particulier les psychiatres japonais, indique la présence de plusieurs symptômes primaires de la schizophrénie bleulérienne (émoussement affectif, autisme, etc.) et une symptomatologie secondaire faite de mécanismes névrotiques (angoisse généralisée, sexualité perverse, etc.). La notion de cas ou états-limite (en anglais *borderline*) a par la suite largement évolué, désignant plutôt, à partir du milieu des années 1960, le champ des pathologies de la personnalité telle qu'étudiées par la psychanalyse, puis à partir des années 1980 la notion plus restreinte de « trouble de la personnalité borderline » décrite dans le DSM. (MODESTIN Jiri, « Borderline: A concept analysis », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, vol. 61, p. 103-110 ; GARRABÉ Jean, *La schizophrénie : un siècle pour comprendre*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2003, p. 186-187)

85 KASAHARA Y. ET AL., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu, op. cit.*, p. 34.

86 [...] 心気症とも幻覚とも妄想知覚とも定義しがたい、一種独特の中間性のゆえに論議をよび、診断的にも、これは対人恐怖諸症状のなかでもっとも重症の一群に属し、神経症とも、分裂病とも、精神病質とも、うつ病ともわかには断じにくい境界性をもつがゆえに関心をあつめたといえよう。 (*Ibid*)

87 *Ibid.*, p. 35-44.

les travaux d'Adachi Hiroshi (1960) en particulier semblent avoir frappé les esprits des jeunes psychiatres qui seront les nouveaux théoriciens de la phobie interpersonnelle⁸⁸. Ce n'est que dans la seconde moitié des années 1960 que l'intérêt pour la dysosmophobie prend un tournant nouveau avec son rapprochement de la phobie interpersonnelle.

b. Des schizophrènes atypiques

Pourquoi ce glissement nosographique ? Un élément déterminant d'après nous dans le détachement des dysosmophobes du groupe des schizophrènes est le facteur thérapeutique. L'introduction des médicaments antipsychotiques (neuroleptiques) dans les hôpitaux psychiatriques japonais, entre la seconde moitié des années 1950 à la première moitié des années 1960⁸⁹, et la stabilisation de ces cures, en rendant des malades mentaux psychotiques, avec lesquels les « possibilités de relations de parole »⁹⁰ étaient jusqu'alors (très) limitées, enfin accessibles à la psychothérapie, contribue à faire apparaître de la diversité au sein de la vaste population des patients diagnostiqués schizophrènes. En effet, les réactions aux traitements, qu'ils soient pharmacologique ou psychologique, se révèlent variées. Si chez les schizophrènes les neuroleptiques ont un effet remarquable sur les hallucinations, chez les dysosmophobes les mêmes médicaments ne produisent aucune amélioration du symptôme délirant (« l'odeur » ne disparaît pas) ; en revanche, les anxiolytiques semblent les soulager un peu⁹¹. De même, Kasahara et Fujinawa, qui font partie des pionniers de la psychothérapie des schizophrènes au Japon⁹², auraient remarqué que les dysosmophobes et scopophobes font partie des schizophrènes qui peuvent s'engager facilement dans la psychothérapie⁹³. Cette efficacité spécifique des thérapeutiques amène les psychiatres à soupçonner l'existence de formes pathologiques

88 ADACHI Hiroshi 足立博, « *“Watashi wa iyana nioi o hassansaseteiru” toiu kanja ni tsuite – ningengakuteki kenkyū* » 私は嫌なにおいを発散させている」という患者について—人間学的研究— (A propos des patients qui disent « émettre une odeur désagréable » – une étude anthropologique), *Juntendō Igaku Zasshi* 順天堂医学雑誌, 1960, vol. 7, spécial II, p. 901-917. (Entretien avec Kasahara Y., 2012 ; entretien avec Takahashi T., 2014)

89 OKADA Y., *Nihon seishinka iryōshi*, op. cit., p. 205-206.

90 SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, *Dialogue avec l'insensé. Précédé de. A la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1994, p. 271.

91 Entretien avec Murakami Y., 2013.

92 FUJINAWA Akira 藤縄昭, « *Shinri-seishin ryōhō no hitobito* » 心理・精神療法の人々 (Les psychothérapeutes) dans *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年, Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 16.

93 Entretien avec Murakami Y., 2013.

distinctes⁹⁴. A ceci s'ajoute, en amont, une attitude très différente des malades face au traitement, directement liée à la perception qu'ils ont de leur maladie. A la différence des dysosmophobes qui sont demandeurs d'un traitement, se jugeant malades – quoique leur interprétation de la nature de leurs maux diffère de celle des médecins –, les schizophrènes, qui ne se perçoivent pas du tout comme malades, ne cherchent pas de leur propre initiative à se faire soigner⁹⁵.

L'observation psychopathologique fait en outre émerger des différences importantes. Uemoto et al. notent ainsi dans leur étude, outre l'âge de survenue décalé par rapport à la schizophrénie⁹⁶, l'absence de plusieurs des signes caractéristiques de la schizophrénie :

« [...] en dehors de la conviction délirante anormale, on n'observe pas de transformation fondamentale de la personnalité et du mode de réaction antérieurs à la maladie ; le rapport au médecin est semblable à celui d'adolescents immatures ; et on n'observe ni *Deskommunikation* [sic] ni déclin de la personnalité après atténuation des symptômes. »⁹⁷

De la même manière, c'est pour Yamashita, initialement « convaincu du fait que que la plupart des scopophobies et des dysosmophobies évoluaient vers la schizophrénie », le fait de « rencontrer de nombreux cas de scopophobie et de dysosmophobie ne présentant pas au cours de leur évolution de symptômes schizophréniques » qui constitue un critère déterminant le poussant à les distinguer de la schizophrénie et à les rapprocher de cas lourds d'éreuthophobie qu'il observe par ailleurs⁹⁸.

Par ailleurs, estime le groupe de Nagoya, l'expérience du délire que font ces patients est différente de celle des autres schizophrènes. Par exemple, les formes d'hallucinations

94 Entretien avec Kasahara Y., 2012 ; entretien avec Murakami Y., 2013.

95 Entretien avec Murakami Y., 2013.

96 Avec un pic net entre 12 et 17 ans, tandis que les cas de schizophrénie se concentrent sur les tranches 18-23 ans et 24-29 ans (MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « 「思春期妄想症」 30年間の研究の流れ » (A clinical study of « Adolescent paranoia » during 30 years), *Rinshō seishinbyōri* 臨床精神病理, 2002, n° 23, p. 7)

97 異常な妄想確信を除き、その他の点においては病前人格と反応の仕方の中に本質変化がなく、医患関係は未熟な青年期にあるもの達との関係に類似し、そこに異常な非疎通性 *Deskommunikation* を感じさせることなく、症状静穏後にも人格粹人低下を認めない。(UEMOTO Y. ET AL., « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shishunki mōsōshō ni tsuite* », art cit, p. 165)

98 Cité par : MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « *Shishunki mōsōshō Adolescent Paranoia – shono rinshōteki ichizuke* » 思春期妄想症 Adolescent Paranoia—その臨床的位置づけ— (Délire pubère (adolescent paranoia) : son positionnement nosologique), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 63.

auditives qui peuvent apparaître restent limitées au seul contenu du délire (« qu'est ce que ça sent mauvais ») et ne s'étendent pas à une critique de toute la personnalité (« il est incapable de réfléchir ») comme dans la schizophrénie⁹⁹. Et, de manière plus importante pour ce qui concerne la proximité nosographique avec la phobie interpersonnelle : d'une part, cette expérience est *dépendante de la situation interpersonnelle* (l'odeur ne se manifeste qu'en présence d'autrui) ; d'autre part, le délire de relation n'est pas à thème persécutoire mais prend un aspect *auto-accusatoire* (mon corps produit chez autrui un désagrément qui est responsable de l'évitement dont je suis l'objet)¹⁰⁰. C'est ce dernier aspect en particulier, qui témoignerait d'après Yamashita d'une « disposition psychologique vis-à-vis d'autrui bien particulière » qui le motive, pour sa part, à faire de ces patients des cas de phobie interpersonnelle¹⁰¹.

2.3.3. Un concept « extrêmement vague et vaste »¹⁰² : le problème de la cohérence nosographique de la nouvelle phobie interpersonnelle

La définition « large » de la phobie interpersonnelle qui semble émerger à la fin des années 1960 est acceptée de manière quasi-unanime par les psychiatres. En témoigne le succès de la classification proposée par Kasahara *et al.* (évoquée au point 2.1.). Toutefois si cette typologie formalise en quelque sorte l'idée du *taijinkyōfu* comme d'un continuum de symptômes allant des formes névrotiques les plus légères aux formes les plus délirantes, l'intention originelle était tout autre. Il s'agissait pour Kasahara, qui avait proposé une première version de ce classement dans une présentation de 1969 sur le thème de la scopophobie, de *mettre au clair* les tableaux cliniques qui se trouvaient « derrière ce qu'on appelle habituellement scopophobie », autrement dit il exposait ainsi un point de

99 UEMOTO Y. ET AL., « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shinshunki mōsōshō ni tsuite* », art cit, p. 160-161. La modalité du délire serait ainsi plutôt celle de la paranoïa, structuré autour d'un thème unique – d'où le choix par la suite de traduire « délire pubère » en anglais « *adolescent paranoia* ». (Entretien avec Murakami Y., 2013)

100 MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, ŌISO Hideo 大磯英雄 et AOKI Masaru 青木勝, « *Seinenki ni kōhatsu suru ijō na kakushinteki taiken – kankei zuke no tokushusei* » 青年期に好発する異常な確信的体験—関係づけの特殊性 (Sur une expérience délirante de l'adolescence inhabituelle : spécificités des idées de référence), *Seishin.igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, p. 33-38.

101 YAMASHITA I., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 365, 369.

102 対人恐怖症その概念がはなはだあいまい、かつ広汎である (MIYOSHI Ikuo 三好郁男, « *Taijinkyōfu ni tsuite – unubore no seishinbyōri* » 対人恐怖症について—「うぬぼれ」の精神病理 (De la phobie interpersonnelle – psychopathologie de la vanité), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 389)

vue *descriptif* (et non prescriptif) *sur une opinion nosographique courante*. Il entendait faire cette mise au clair « en laissant de côté un mode de pensée “Morita” », qu’il reconnaissait alors comme dominant dans la réflexion sur la phobie interpersonnelle, afin de pouvoir appréhender son objet « sans préconceptions » ; cela l’avait effectivement mené à distinguer derrière l’unité du terme popularisé par l’école moritienne une variété de formes psychopathologiques¹⁰³.

C’est qu’en réalité, l’inclusion de certains symptômes délirants dans la phobie interpersonnelle n’est pas une pure invention des jeunes psychiatres psychopathologues de l’après-guerre : on trouve déjà sous la plume de Morita ainsi que celle de ses élèves quelques descriptions de ce type de symptômes au cours des années 1930. Toutefois ceux-ci ne font pas l’objet d’un traitement distinct au sein de l’entité *taijinkyōfu*. Par exemple, dans un article de 1936, Hasegawa Torao, un élève peu connu de Morita, passait en revue plusieurs cas de *taijinkyōfu* chez lesquels se manifestait un « délire de persécution hypersensible » (*kakansei higai mōsō* 過感性被害妄想)¹⁰⁴. Et, s’il y affirme que certains cas de phobie interpersonnelle peuvent avoir un « développement complexe » et présenter des symptômes « d’allure délirante », il reste très clair sur le fait qu’il s’agit toujours de symptômes d’un *trouble unique qui demeure le nervosisme* (qui renvoient donc à une étiologie unique). Il fournit ainsi des critères de diagnostic différentiel avec la schizophrénie et le délire de relation sensitif de Kretschmer (maintien de l’adaptation au monde extérieur, absence de dégradation de l’état mental, volonté de sortir de son état morbide, adhésion au délire incomplète, etc.) – les mêmes que ceux qui sont évoqués trente ans plus tard par les psychopathologues de Nagoya et d’ailleurs. Mais le critère décisif c’est *l’efficacité de la thérapie Morita* : les quatre cures quasi-parfaites présentées dans cet article constituent la preuve ultime du fait qu’il s’agit bien de cas de nervosisme – selon un mode de pensée assez tautologique¹⁰⁵. Cependant ces quelques mentions

103 KASAHARA Y., « *Hitomishiri – seishi (shisen) kyōfushō ni tsuite no rinshōteki kōsatsu –* », art cit, p. 30. Kasahara recense ainsi derrière le terme générique de « scopophobie », *seishikyōfu* 正視恐怖 une « variante normale », des états relevant de la phobie simple ou comportant un délire de relation, et un symptôme schizophrénique ; il distinguait en outre d’une part une peur d’être regardé (*mirareru* 見られる) et une peur de regarder malgré soi (*miteshimau* 見てしまう).

104 HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shuju sō (ni)* » 対人恐怖症の種々相 (二) (Divers aspects de la phobie interpersonnelle (2)), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 4, p. 150-158.

105 Un mode de pensée tautologique qui est celui d’après lequel, rappelons-le, Morita envisageait le rapport entre sa thérapie et le diagnostic de nervosisme : là où la cure n’est pas efficace on doit déduire que le diagnostic n’était pas le bon.

figuraient dans des articles de la petite revue « Nervosisme » et ne semblent pas avoir été connus en dehors de l'école moritienne. Kōra Takehisa a peut-être joué un rôle plus important dans la promotion de cette doctrine. En 1938, quelques mois avant la mort de Morita, lors du 37^e congrès annuel de la Société de Psychiatrie et de Neurologie, Kōra avait présenté une longue communication – publiée la même année dans la Revue de Neurologie – dans laquelle il exposait les derniers résultats de la recherche de l'école moritienne sur le nervosisme. Il y consacrait une partie à la comparaison du nervosisme et du délire de relation sensitif de Kretschmer (*der sensitive Beziehungswahn*)¹⁰⁶ et d'après lui :

« la présence d'idées de relation paranoïaques est loin d'être rare dans le nervosisme et en particulier dans la phobie interpersonnelle, [les cas dans lesquels l'individu] se sent rejeté et interprète à tort les moindres expressions d'autrui comme ayant un rapport avec lui sont trop nombreux pour être comptés. »¹⁰⁷

Il n'y voyait pas une raison pour distinguer ces cas du nervosisme moritien, mais plutôt un motif pour considérer qu'un certain nombre des cas décrits par Kretschmer, en particulier ceux appartenant à la catégorie de la « névrose relationnelle » (*Beziehungsneurose*), relèveraient du nervosisme moritien. En outre en 1960, il publie dans le premier numéro de la revue « Nervosisme », qu'il vient de refonder, un article dans lequel il présente cinq cas de dysosmophobie traités avec succès par la thérapie Morita pratiquée dans sa clinique. Et quoiqu'il affirme que ce genre de plaintes se rencontrent dans de multiples maladies mentales, il conclut que parmi les patients qui

106 Développé par le psychiatre allemand Ernest Kretschmer (1888-1964) dans sa thèse d'habilitation (*Der Sensitive Beziehungswahn*, 1918), le concept de délire de relation sensitif (ou délire de relation des sensitifs) naît du projet théorique de décrire le développement d'un délire en faisant une part équitable à la disposition caractérielle (*Charaktergrundlage*) et à l'influence de l'expérience vécue (*Erlebnis*) (De Georges, Philippe. « De quoi Kretschmer est-il le nom ? », *La Cause freudienne*, vol. 73, no. 3, 2009, pp. 138-153.). Il se développe chez des sujets présentant une personnalité prémorbide qualifiée de « sensitive », notamment caractérisée par le fait qu'elle ne présente pas la haute estime de soi ou la querulence caractérisant les autres personnalités paranoïaques, mais de l'orgueil, un sens élevé des valeurs et de la morale, une vulnérabilité et une tendance à intérioriser douloureusement les échecs relationnels et affectifs. Le délire émerge en général progressivement suite à des déceptions (amoureuses, professionnelles). Il se construit sur des interprétations délirantes et les thématiques les plus fréquemment rencontrées sont celles de la persécution, du préjudice, du mépris ou d'atteinte des valeurs morales. Ce délire se systématise peu et s'étend rarement au-delà du cercle relationnel proche du sujet (collègues, famille, voisins).

107 神経質に於て被害的關係念慮の発生することは決して希なことではなく、殊に対人恐怖に於ては屢々自己が排斥される如く感じ、他人の一顰一笑が自己に關係ある如く曲解するものは枚挙に遑がない。(Kōra Takehisa 高良武久, « *Shinkeishitsu no mondai* » 神経質の問題 (La question du nervosisme), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1938, vol. 42, n° 10, p. 45)

relèvent du nervosisme moritien, celles-ci peuvent être considérées comme des « variantes » (*henkei* 変型) de la phobie interpersonnelle¹⁰⁸. Cet article est peu cité par les non-moritien, mais la position de Kōra au sein de cette école (son rôle de formateur et sa notoriété) nous autorise à penser qu'il a participé à la diffusion de cette conception nosographique élargie et tendanciellement plus grave de la phobie interpersonnelle¹⁰⁹.

Cependant, avec l'émancipation théorique de la phobie interpersonnelle et son apparente évolution clinique, l'hétérogénéité psychopathologique des états regroupés sous cette étiquette apparaît de manière plus vive. En effet, pour des psychiatres nourris de psychopathologie existentialiste, phénoménologique ou psychanalytique, la théorie moritienne est très insatisfaisante. Si tous reconnaissent à Morita de brillantes observations cliniques, de multiples faiblesses de sa théorie sont pointées par cette nouvelle génération.¹¹⁰ Même si la question n'est pas directement formulée ainsi, le problème qui se pose à ces jeunes psychopathologues est bien, nous semble-t-il, *comment tenir ensemble ces états morbides* qui « sans l'ombre d'un doute sont différents sur le plan psychopathologique »¹¹¹ et *par quoi remplacer cette théorie du nervosisme* qui ne satisfait pas leurs exigences épistémologiques.

L'apparition de dénominations parallèles témoigne de cette difficulté : on aura d'un côté la « phobie interpersonnelle moyenne », « véritable », ou « fondamentale » désignant les patients qui correspondent aux descriptions de Morita ; et de l'autre, les appellations « phobie interpersonnelle grave » ou « avec délire de relation » pour ces nouveaux

108 KōRA Takehisa 高良武久, « *Iwayuru taishūkyōfu ni tsuite* » いわゆる体臭恐怖について (De la dysosmophobie) dans *Kōra Takehisa chōsakushū* 高良武久著作集, Tokyo, Hakuyōsha, 1988, vol.II, p. 228, 258.

109 D'après Takahashi, la conception de Kōra diffère pour cette raison de celle de Morita (TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no gainen no hensen – "jikkan" ni madowasareta rekishi* », art cit, p. 58) Il nous semble plutôt que la différence ne tient pas tant à divergence sur le plan nosographique (Kōra n'invente rien à ce niveau) qu'à la manière dont l'un et l'autre placent leur focale.

110 Miyoshi Ikuo critique ainsi la « faiblesse » et la nature tautologique des explications causales dans la théorie moritienne. Uchinuma Yukio trouve « vague » et « circulaire » la théorie de l'interaction psychique, et estime que la place de la « contradiction de la pensée » dans le système théorique est mal définie (MIYOSHI I., « *Taijinkyōfu ni tsuite – unubore no seishinbyōri* », art cit, p. 390.; UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, « *Taijinkyōfushō no shōjō kōzō – Morita to Furankeru no shinkeishōron oyobi chiryō gihō o megutte* » 対人恐怖症の症状構造—森田とフランケルの神経症論及び治療技法をめぐって — (La structure symptomatologique de la phobie interpersonnelle – autour des théories de la névrose et des techniques thérapeutiques de Morita et de Frankl), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1971, vol. 73, n° 5, p. 381)

111 [...] 精神病理的には異なるタイプに違いない。(TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no gainen no hensen – "jikkan" ni madowasareta rekishi* », art cit, p. 58)

patients, un peu ou très délirants¹¹². On ne peut se résoudre tout à fait à faire comme s'il s'agissait d'une entité nosographique homogène. Rappelons-nous, Nishida notait dans son article de 1968 sur l'évolution historique des névroses chez les adolescents japonais que la question de savoir « si l'éreuthophobie et ces idées de référence visuelles et olfactives [étaient] bien causées par des mécanismes de même niveau » exigeait d'être « examinée plus précisément ». La question est bien, autrement dit, de savoir si les causes de l'éreuthophobie – la « phobie interpersonnelle moyenne » – sont les mêmes que celles de l'auto-scopophobie – la « phobie interpersonnelle grave » –, ce qui revient à se demander si on a bien affaire à *une seule et même maladie*. Cette question de l'hétérogénéité des états rassemblés sous l'étiquette du *taijinkyōfu* est explicitement soulevée lors du colloque de 1969 sur la phobie interpersonnelle, et à plusieurs reprises. Ainsi Maeda Shigeharu 前田重治 (1928-), psychiatre de l'Université de Kyūshū, note-t-il, dans sa conclusion du colloque, qu'en l'état :

« *La phobie interpersonnelle est un syndrome*. On y trouve des états de niveau et de type divers, allant du niveau de la retenue, de la honte, de la peur du regard d'autrui, qui relèvent du domaine du normal dans notre pays, à des états de niveau névrotique – éreuthophobie, dysmorphophobie, scopophobie [...] bégaiement et autres troubles psychosomatiques, névrose obsessionnelle –, et d'autre part, la dysosmophobie, des idées de relation paranoïaques ou encore des [comportements] autistiques »¹¹³ (je souligne)

Affirmer que la phobie interpersonnelle est un « syndrome »¹¹⁴ regroupant des états de différents types, c'est accepter son statut nosographique provisoire et hétérogène. Chez

112 Les termes japonais cités sont dans l'ordre : d'une part *heikinteki taijinkyōfu* 平均的対人恐怖, *hontaiteki taijinkyōfu* 本態的対人恐怖, *chūkakuteki taijinkyōfu* 中核的対人恐怖, et d'autre part *jūshō taijinkyōfu* 重症対人恐怖, *kankei mōsōsei taijinkyōfu* 関係妄想性対人恐怖 (SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Nyūin Morita ryōhō o uketa taijinkyōfu kanja no tsuiseki chōsa* » 入院森田療法をうけた対人恐怖患者の追跡調査 (Enquête de suivi auprès de patients anthropophobiques ayant fait une thérapie Morita), *Seishin.igaku* 精神医学, 1979, vol. 21, n° 11, p. 1203)

113 対人恐怖は、症候群である。そのなかには、わが国の文化・社会的背景において正常な範囲にふくめられる遠慮、羞恥、人みしりのレベルのものから、神経症的レベルのもの—赤面恐怖、醜貌恐怖、視線恐怖[...]どもりその他の心身症[...]さらに強迫神経症、また一方、境界例に多い体臭恐怖、被害的妄想様観念、さらに自閉症的なものまで、いくつかの段階や類型が考えられる。(MAEDA Shigeharu 前田重治, « *Ketsugo* » 結語 (Conclusions), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 395)

114 Autrement dit, un regroupement provisoire de symptômes sur la base de leur co-occurrence régulière mais sans causalité bien définie.

Nishida, le fait de considérer ensemble les symptômes éreuthophobique, scopophobique et dysosmophobique comme des formes du *taijinkyōfu* apparaissait comme une solution provisoire mais acceptable sur la base du fait qu'il s'agit « dans les deux cas d'une angoisse *qui se manifeste dans l'interaction avec autrui* » (je souligne). Toutefois certains contestent ce regroupement, et en particulier l'inclusion de la dysosmophobie, que tous s'accordent à reconnaître comme la forme la plus « limite » et la plus susceptible d'évoluer en trouble franchement psychotique, dans la phobie interpersonnelle¹¹⁵. Comme le fait remarquer Miyoshi Ikuo – qui prend en réalité les choses sous un angle légèrement différent – lors du même colloque :

« Puisque le regroupement des différentes formes de la phobie interpersonnelle sous cette étiquette se fonde sur le phénomène “d'évitement d'autrui”, qui est la conséquence ultime de cette maladie, les hypothèses concernant “la phobie interpersonnelle” devraient, à l'inverse, être enrichies et réexaminées à la lumière des hypothèses concernant chacune de ces formes. »¹¹⁶

Mais sa conclusion est étrangement pessimiste :

« La phobie interpersonnelle est un syndrome qui recouvre des formes multiples et variées ; il y a déjà, à mon sens, dans cette manière de construire la phobie interpersonnelle en regroupant d'un geste ces formes variées sur la base d'un point commun qui est “le fait d'éviter autrui”, *quelque chose d'une sensibilité extrêmement japonaise*. Mais d'un point de vue nosographique, ce sont des névroses obsessionnelles très différentes les unes des autres, et on peut se demander *s'il y a bien un sens à vouloir regrouper tout cela* et à en chercher des hypothèses [explicatives], et j'ai aussi quelques doutes quant à la possibilité d'élaborer des hypothèses qui la concerneraient spécifiquement [...]. »¹¹⁷

115 C'est le cas d'Uchinuma (UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, *op. cit.*) et de OKONOGI Keigo 小此木啓吾, « *Kyōkairei no gainen to sono rinshōteki kentō* » 境界例の概念とその臨床的検討 (Le concept de cas-limite et son étude clinique), *Seishin.igaku* 精神医学 Psychiatrie, 1970, vol. 2, n° 7, p. 483.

116 対人恐怖症の各類型が、とにかく「対人恐怖症」として一括されるのは、病態のいわば最終結果である「他人を避ける」という現象によってであるから、「対人恐怖症」に関する仮説は、その中に含まれる各類型の仮説によって逆に肉付けられ再検討されねばならないであろう。(MIYOSHI I., « *Taijinkyōfu ni tsuite – unubore no seishinbyōri* », art cit, p. 29)

117 [...] 対人恐怖は多様な類型を含む症状群であって、このような多様な類型が「他人を回避する」という共通点をもつことに築いて対人恐怖と一括するところに、すでにわたしははなはだ日本的な感性を感じずるが、疾病論的にはそれぞれかなりちがった強迫神経症であり、そういうものを一括して仮説を求めることにそれほど意義があるのか、また本来それに独自の仮説

En effet, le regroupement de la variété des symptômes de la phobie interpersonnelle, s'il ne se fait plus sur la base d'une théorie psychopathologique explicite, telle que la théorie moritienne du nervosisme, devient épistémologiquement faible. Le critère « interpersonnel » (*taijin*) demeure des plus vagues : s'agit-il de l'objet de l'angoisse évoquée par Nishida (critère étiologique) ou de l'évitement social qui en résulte que mentionne Miyoshi (critère symptomatologique) ? Ce critère de regroupement n'a en soi aucun caractère nécessaire. Pour ne prendre qu'un exemple, Kasahara et ses collègues de Kyoto suggéraient de multiples options nosographiques pour l'auto-dysosmophobie et l'auto-scopophobie : outre la possibilité de considérer ces symptômes comme des formes « graves » de phobie interpersonnelle, ils envisageaient avec un degré égal de légitimité la psychasthénie janétienne, le statut de cas-limite de la schizophrénie et l'option de son rapprochement de la paranoïa, comme forme légère et allocentrée¹¹⁸ – cette dernière possibilité étant d'ailleurs envisagée par plusieurs autres chercheurs¹¹⁹.

*

La conclusion de Miyoshi est étrangement pessimiste, disions-nous, car ce constat de la fragilité nosographique du *taijinkyōfu*, qui semble largement partagé dès 1969, n'empêche personne, pas même Miyoshi, d'élaborer une réflexion et de déployer tout un discours sur « le *taijinkyōfu* », et en particulier sur sa *détermination culturelle*. De toutes les interventions lors de ce colloque, pas une ne manque de se pencher plus ou moins longuement sur le rapport entre la phobie interpersonnelle et la culture ou la société japonaises. Maeda mettait toutefois en garde contre cette tendance :

« Avant de faire des recherches communes en anthropologie culturelle, si on ne clarifie pas ces points là [*une mise en ordre systématique et l'examen d'hypothèses concrètes pour chaque forme de la phobie interpersonnelle*], on restera au niveau d'une impression d'une phobie interpersonnelle moyenne qui portera peu de fruits »¹²⁰

A l'aube des années 1970, alors que la théorie moritienne du nervosisme ne constitue plus l'unique cadre théorique de référence de la pensée sur la phobie interpersonnelle et

が引き出せるのか多少疑問を感じ [...] (*Ibid.*, p. 34)

118 KASAHARA Y. ET AL., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu*, *op. cit.*, p. 28-31.

119 Notamment UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, *op. cit.* et MURAKAMI Y., ŌISO H. et AOKI M., « *Seinenki ni kōhatsu suru ijō na kakushinteki taiken – kankei zuke no tokushusei* », art cit.

120 文化人類学的な共同研究の前に、この点を明確におさえておかななくては、平均的な対人恐怖についての印象にとどまり、みのがが少ないのではなかろうか。(MAEDA S., « *Ketsugo* », art cit, p. 396)

que la symptomatologie regroupée derrière ce diagnostic tend à se diversifier, la phobie interpersonnelle semble attendre une nouvelle théorie psychopathologique. Certains vont s’y essayer, en particulier Takahashi Tooru (1966, 1976), Uchinuma Yukio (1977) et Yamashita Itaru (1977) (dont nous évoquerons les thèses dans la partie suivante). Cependant leurs travaux demeurent des initiatives originales et particulières, dont seuls des éléments épars viendront enrichir la doctrine commune du *taijinkyōfu*, mais sans s’imposer comme une nouvelle théorie partagée par tous – une telle théorie étant, du reste, des plus improbables compte tenu de la diversification des approches psychopathologiques. Ce qui s’impose avec évidence comme doctrine de la phobie interpersonnelle dans la psychiatrie japonaise c’est ce regroupement clinique provisoire et problématique, et l’idée de son écho culturel particulier. Si Miyoshi voyait dans ce geste « quelque chose d’une sensibilité extrêmement japonaise » – c’est-à-dire, nous semble-t-il, une sensibilité particulière des psychiatres japonais à la problématique interpersonnelle, reflétant le rôle déterminant que celle-ci jouerait dans une série de troubles psychologiques des Japonais –, il est nécessaire d’ajouter à cette « sensibilité extrêmement japonaise », un déterminant épistémologique de taille : le discours culturaliste particulièrement prégnant durant toute cette période. L’hypothèse qui guide la partie suivante est ainsi que *le discours culturaliste a fourni le « collant » épistémologique au concept de phobie interpersonnelle en l’absence d’une théorie psychopathologique forte.*

3. La phobie interpersonnelle, névrose japonaise

Introduction

En août 1952, la psychanalyste américaine, allemande de naissance, Karen Horney (1885-1952) fait un voyage au Japon dont l'un des buts est d'approfondir l'intérêt pour le bouddhisme Zen qu'elle cultive depuis plusieurs années. Ce voyage rassemble une compagnie hétéroclite composée de Horney, sa fille, un ancien patient richissime qui finance l'expédition, l'ex-femme de ce dernier, Suzuki Daisetz (1870-1966) – le célèbre promoteur du Zen en Occident dans les années 1950-1970 –, qui doit guider le groupe dans plusieurs temples à Kyoto et Nara, son assistant, ainsi que Kondō Akihisa 近藤章久 (1911-1999), un jeune psychiatre japonais venu se former à la psychanalyse auprès de Horney à New York quelques années plus tôt¹²¹. Élément notable et qui pourra surprendre si l'on se rappelle de l'opposition virulente entre moritiens et psychanalystes dans les années 1930 : Kondō est un thérapeute moritien, élève de Kōra à l'université Jikeikai. Cependant il est convaincu de l'existence de nombreuses similitudes entre la théorie moritienne et la psychanalyse des néo-freudiens¹²², courant auquel appartient Horney¹²³. Accessoirement, il est pratiquant du Zen, ce qui n'est pas pour gêner l'intérêt que Horney lui porte. Le voyage commence par quelques jours dans la station thermale de Hakone durant lesquels Kondō a organisé une rencontre entre la psychanalyste et deux éminents représentants du courant moritien, Kōra Takehisa et Koga Yoshiyuki. C'est l'occasion pour Horney d'en apprendre plus sur cette thérapie Morita dont lui a parlé Kondō, et préparer ainsi la conférence qu'elle doit donner à l'université Jikeikai peu après. Quelques

121 QUINN Susan, « Japan » dans *A Mind of Her Own: the life of Karen Horney*, New York, Summit Books, 1987, p. 399-400.

122 KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Shinkeishō ni kansuru seishinbunsekigakuha (Furoido oyobi Hōnai) no riron to korera ni taihishitemitaru Morita no shinkeishitsushōron* » 神経症に関する精神分析学派(フロイド及ホーナイ)の理論とこれに対比して見たる森田の神経質症論 (Les théories des névroses de l'école psychanalytique (Freud et Horney) et par comparaison la théorie du nervosisme de Morita), *Tōkyō Jikeikai Ika Daigaku Zasshi* 東京慈恵会医科大学雑誌, octobre 1958, vol. 73, n° 10, p. 2077-2123.

123 Kōra, rappelons-le, a nourri un véritable intérêt pour la psychanalyse avant de faire le choix de suivre Morita ; c'est avec sa bénédiction que Kondō part aux États-Unis (KISHIMI Isami 岸見勇美, *Kōra Takehisa. Morita ryōhō kansei e no michi – Fuanna jidai ni ikiru chie* 高良武久森田療法完成への道 —不安な時代に生きる知恵— (Kōra Takehisa. La voie vers le perfectionnement de la thérapie Morita – Un savoir pour vivre dans une époque anxieuse), Tokyo, 元就出版社, 2013, p. 162)

jours plus tard, à Tokyo, Kōra fait visiter à Horney sa clinique, le Kōra kōsei-in 高良興生院 dans le quartier de Shimo-ochiai. C'est sans doute à cette occasion que la psychanalyste américaine a fait une remarque d'une importance particulière pour le reste de notre histoire¹²⁴ : réagissant peut-être à la présentation par Kōra de la distribution diagnostique des patients accueillis dans sa clinique, Horney aurait commenté qu'« aux États-Unis, les patients se présentant en thérapie avec pour plainte principale la phobie interpersonnelle sont très rares »¹²⁵.

C'est du moins ainsi que Kōra rapporte les paroles de Horney dans un court article intitulé « La phobie interpersonnelle et l'environnement social historique des Japonais » qu'il publie trois ans plus tard dans la revue de neuropsychiatrie de l'Université de Kyūshū. Et c'est sur la base de cette remarque (ou plutôt en utilisant celle-ci comme argument) que Kōra s'interroge dans cet article sur la possibilité que la phobie interpersonnelle soit une névrose *culturellement déterminée*. Si l'on a pu dénombrer un tiers de cas de *taijinkyōfu* chez les nerveux de la clinique de Morita ainsi que dans la sienne, « c'est qu'il s'agit peut-être bien là d'un phénomène particulièrement massif au Japon » soupçonne-t-il¹²⁶. Ne serait-ce d'ailleurs pas pour cette raison que Morita a pu lui consacrer un ouvrage entier ? A l'inverse, note-t-il, n'est-il pas vrai qu'on ne trouve pas de description détaillée de la phobie interpersonnelle dans la littérature occidentale ? Partant de cette hypothèse que le *taijinkyōfu* serait remarquablement fréquent chez les névrosés japonais, et s'inscrivant dans la « tendance actuelle » – notamment prônée par Horney – qui « tente d'appréhender les névroses dans leur rapport avec leur contexte socio-historique général », Kōra entend explorer la manière dont la société et la culture ont pu favoriser historiquement la prolifération de cette forme de phobie au Japon. Pour ce faire, Kōra va chercher dans un ouvrage de Nakamura Hajime 中村元 (1912-1999), spécialiste de philosophie indienne et du bouddhisme, intitulé « Les modes de pensée des peuples

124 Précisons, pour lever toute ambiguïté, que nous ne croyons pas que cet événement soit la *cause* du changement de perspective décrit dans cette partie – qui comme nous le verrons, reflète des tendances intellectuelles majeures à l'époque –, mais il nous semble plausible de l'envisager comme un *événement précipitant*.

125 アメリカでは対人恐怖症を主訴として治療を請う患者が極めて少ないことを、精神分析学者カレン・ホーナイ、ジョン・ハート博士等から聞いたのである [...] (Kōra Takehisa 高良武久, « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* » 対人恐怖症と日本人の歴史的社会的環境 (La phobie interpersonnelle et l'environnement social et historique des Japonais), *Kyūshū shinkei seishin igaku* 九州神経精神医学, 1955, vol. 4, n° 3-4, p. 1)

126 *Ibid.*

orientaux » (*Tōyōjin no shii hōhō* 東洋人の思惟方法) (1948-1949) une description des spécificités de « l'environnement historique » des Japonais et la manière dont elles persistent aujourd'hui. Il en retient deux en particulier : l'importance au Japon du rattachement au groupe et le poids des rapports hiérarchiques dans les relations interpersonnelles. De là, il avance ses hypothèses :

« On peut donc facilement imaginer qu'il est naturel pour les Japonais, qui grandissent dans un environnement où l'on attache une grande importance aux relations humaines, de nourrir la peur d'en être exclus. L'attention névrotique dont ils doivent faire preuve dans les relations humaines, et le degré d'embarras dans lequel ils sont plongés lorsqu'elles ne se passent pas bien atteignent un degré que les Occidentaux ne peuvent pas même imaginer. »¹²⁷

Ce poids des rapports interpersonnels dans la société japonaise trouverait précisément un écho dans les symptômes les plus fréquents de la phobie interpersonnelle¹²⁸. En outre, conclut-il, certaines situations sont plus favorables que d'autres à l'émergence de conflits psychiques et « notre société actuelle, où les traditions perdurent en même temps qu'existe sur le terrain des idées une conscience de liberté, constitue un terrain favorable »¹²⁹. Ce court article d'à peine deux pages esquisse des pistes de réflexion bien plus qu'il ne constitue une démonstration, mais quoique Kōra ne développera pas lui-même ces idées plus avant, il inaugure un champ de recherches amené à prospérer chez les psychiatres japonais pendant trois décennies. Des recherches qui s'appuient sur les deux idées principales de cet article : le constat d'une *prévalence particulièrement élevée* de la phobie interpersonnelle au Japon et l'hypothèse, qui en serait l'explication, selon laquelle elle serait une forme de névrose entretenant des *rapports privilégiés avec la culture et la société japonaises* (formule volontairement vague qui permet d'envisager l'ensemble des acceptions de cette relation d'élection).

127 さてかかる人倫関係重視の環境に育った日本人が、人倫関係から疎外されることを恐れる心情を持ち易いことは当然のことと思われる。人間関係において日本人が如何に神経質的な配慮をしなければならないか、それがうまくゆかないと如何に困惑するか、欧米人には思い及ばないものがあるであろう。(Ibid., p. 126)

128 A savoir : le désir et l'incapacité à entretenir des rapports aisés avec autrui, l'inconfort ressenti devant les réactions apparemment gênées d'autrui et perçues comme reflétant le comportement du sujet lui-même, les souffrances endurées par le malade lorsqu'il croit avoir fait mauvaise impression, etc.

129 [...] 現在の社会環境では因襲が残っているが思想的には自由の意識があつて、その間に葛藤が起り易いものではないかと思われる。(KōRA T., « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* », art cit, p. 126-127)

C'est d'abord, sans surprise, au sein de l'école moritienne que ce nouvel angle de réflexion culturelle sur la phobie interpersonnelle est développé. Un autre étudiant de Kōra, Kondō Kyōichi 近藤喬一 (né en 1928)¹³⁰, consacre ainsi en 1960 le mémoire principal de sa thèse de médecine à une étude qui porte précisément sur le « contexte socio-culturel de la phobie interpersonnelle »¹³¹. Il reprend et développe de manière extensive la structure argumentative ébauchée quelques années plus tôt par son directeur. Après avoir réaffirmé la faible prévalence du trouble aux États-Unis et à l'inverse sa forte prévalence au Japon, Kondō K. énumère les « spécificités de la structure sociale et culturelle japonaise » à partir de divers travaux issus des sciences humaines et sociales (son climat, les communautés agricoles, le système de l'*ie*, etc.), puis décrit plus spécifiquement les particularités des relations interpersonnelles au Japon (le poids du *mibun*, la fermeture vis-à-vis de l'extérieur, l'émotivité et l'irrationalité, le souci du qu'en dira-t-on et la honte, etc.) ; enfin, la dernière partie de l'étude est consacrée à l'examen de trois hypothèses relatives au type de rapport qui lierait les spécificités culturelles susmentionnées à l'émergence de la phobie interpersonnelle. Il conclut qu'« il ne serait pas exagéré de dire qu'une certaine tendance à la phobie interpersonnelle existe de manière latente dans la psychologie japonaise »¹³² et ajoute, sur un mode plus hypothétique, que la coexistence dans la société japonaise d'éléments « modernes » et « prémodernes » avive les tensions relatives aux rapports interpersonnels¹³³.

Comme nous l'avons vu plus haut, le concept de phobie interpersonnelle commence à circuler en dehors du champ moritien au cours des années 1960. Deux colloques organisés par des chercheurs partageant un intérêt pour la psychopathologie attestent du lien entre cette circulation et le statut culturel particulier du *taijinkyōfu*. Ainsi, à l'automne 1963 un colloque intitulé « Des spécificités japonaises des névroses » (*Shinkeishō no nihonteki tokusei ni tsuite* 「神経症の日本的特性」について), organisé par le Groupe de discussion en

130 La présence de deux Kondō, qui plus est moritiens, dans ce chapitre pouvant porter à confusion, nous mentionnerons systématiquement l'initiale de leur prénom.

131 KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* » 対人恐怖症の社会文化的背景についての研究 (Etude sur le contexte socio-culturel de la phobie interpersonnelle), *Shinkeishitsu* 神経質, 1960, vol. 1, n° 2, p. 157-175.

132 いわば、われわれの心理の中に、潜在的に対人恐怖的な傾向が常住しているといっても過言ではないであろう。 (*Ibid.*, p. 173)

133 *Ibid.*

psychopathologie de la JSPN (*Seishinbyōri konwakai* 精神病理懇話会)¹³⁴, qui réunit des psychiatres de toutes obédiences (des cinq intervenants un seul est moritien), voit la récurrence de trois thématiques : la question de la possibilité de la psychothérapie au Japon, la dynamique de « *l'amae* » (dépendance affective) dans les névroses des Japonais, enfin, et surtout, *la phobie interpersonnelle comme archétype d'une névrose particulière au Japon*. Or, soulignons-le, c'est là la première occurrence, dans la littérature psychiatrique de l'après-guerre, de la phobie interpersonnelle en dehors du champ moritien. Et, bien que les chercheurs exposent des points de vue très variés, et parfois contradictoires, il en ressort néanmoins une opinion commune : l'idée que la phobie interpersonnelle reflète la « mentalité japonaise normale », quelle que soit la manière dont celle-ci est par ailleurs définie. Ainsi, la vision d'une continuité culturelle entre les rapports interpersonnels normaux au Japon et la manière dont sont vécus ces rapports par les malades de la phobie interpersonnelle semble s'imposer en même temps que le concept est adopté par des psychiatres non moritiens. Autrement dit, dès le début de sa diffusion dans la psychiatrie japonaise, le *taijinkyōfu* apparaît comme une névrose « japonaise ». Cinq ans plus tard, en 1969, lors du sixième symposium de la Société japonaise de Psychopathologie et de Psychothérapie, consacré en totalité à la thématique de la phobie interpersonnelle (déjà évoqué au chapitre précédent), les intervenants appartiennent également à des courants théoriques divers (deux psychanalystes, deux moritiens et un psychopathologue d'orientation existentielle). De même que le *taijinkyōfu* représentait une thématique incontournable lors du colloque sur les spécificités japonaises des névroses, dans ce colloque dédié au *taijinkyōfu*, la question culturelle constitue l'un des axes majeurs de la réflexion, confirmant ainsi le lien étroit qui existe entre la question de la détermination culturelle des problématiques psychiques au Japon et le cas particulier de la phobie interpersonnelle à cette époque. Ainsi le *taijinkyōfu* semble être devenu un concept pour la psychiatrie japonaise dans son ensemble, *en relation étroite avec la perspective comparatiste*. Il ne peut pas être pensé sans sa référence à la culture japonaise, ou a minima sans une prise de position sur cette question. Le *taijinkyōfu* naît après-guerre, pourrions-nous dire, une seconde fois comme *névrose japonaise*. Et cette idée revêt dès son apparition un caractère d'évidence tel qu'elle n'est jamais discutée qu'à la marge.

134 C'est ce groupe qui donne naissance cette même année 1964 à la Société japonaise de Psychopathologie et de Psychothérapie.

La prégnance et l'évidence de la question culturelle dans la réflexion sur la phobie interpersonnelle après-guerre ne constitue pas réellement une énigme, au premier abord, pour qui est familier de l'histoire des idées japonaise. Elle semble n'être rien d'autre que l'une des manifestations des discours sur l'identité japonaise, les *nihonjinron* 日本人論 ou *nihon bunkaron* 日本文化論, ou encore « nippologies »¹³⁵, affirmant le caractère spécial, unique de la culture japonaise ; un discours qui émerge après la défaite de 1945 pour prospérer tout le long des années de haute croissance économique, atteignant son apogée dans les années 1970, coïncidant ainsi exactement avec le développement de l'intérêt pour la phobie interpersonnelle dans la psychiatrie japonaise. De fait, le *taijinkyōfu* n'a intéressé les psychiatres et chercheurs en sciences sociales à l'étranger qu'en vertu de sa qualité de « névrose japonaise », qu'il s'agisse de reprendre à son compte la lecture culturaliste ou au contraire de la critiquer. D'un côté, Kirmayer ou Jugon, partisans d'une approche relevant de la psychiatrie transculturelle tendent à abonder dans le sens de l'interprétation culturaliste¹³⁶. De l'autre, si Russell envisageait que la phobie interpersonnelle soit une « catégorie diagnostique psychiatrique autochtone » plutôt qu'une névrose japonaise – position à laquelle nous tendons à nous ranger, disons-le dès maintenant –, plus récemment Plagnol et Kozakai balayaient l'hypothèse culturaliste d'un revers de la main comme le sous-produit un peu vulgaire d'un discours culturaliste teinté de nationalisme : le *taijinkyōfu* des psychiatres japonais n'est rien d'autre qu'une « illusion scientifique »¹³⁷. Sans doute tous ont-ils partiellement raison, comme nous le verrons, le discours culturaliste sur la phobie interpersonnelle est en effet étroitement lié au *nihonjinron*.

Toutefois, si le présent travail s'inscrit dans une perspective critique vis-à-vis de la tendance inévitablement essentialiste qui imprègne les idées issues du *nihonjinron*, nous ne pensons pas que cette seule caractéristique suffise à disqualifier l'intérêt de ces recherches ou qu'elle explique à elle seule de manière satisfaisante les questions soulevées par ces dernières. Il nous semble qu'il reste encore à faire la lumière sur de nombreuses dimensions de cette question. Plutôt que de l'évacuer comme la manifestation évidente

135 PIGEOT Jacqueline, « Les Japonais peints par eux-mêmes », *Le Débat*, 1983, n° 23, p. 19-33.

136 KIRMAYER Laurence J., « The Place of Culture in Psychiatric Nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R. », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, vol. 179, n° 1, p. 19-28 ; JUGON Jean-Claude, *Phobies sociales au Japon : timidité et angoisse de l'autre*, Paris, ESF, 1998, 222 p.

137 RUSSELL John G., « Anxiety Disorders in Japan: A Review of the Japanese Literature on Shinkeishitsu and Taijinkyōfushō », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1989, vol. 13, n° 4, p. 391-403 ; KOZAKAI Toshiaki et PLAGNOL Arnaud, « Le Taijin Kyofusho (anthropophobie) : pathologie spécifique au Japon ou illusion scientifique ? », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2008, n° 77, p. 29-39.

d'un discours identitaire bien connu, il nous semble intéressant, dans un premier temps, d'éclairer un peu le contexte intellectuel et institutionnel dans lequel ce discours culturaliste se met en place dans le champ psychiatrique¹³⁸. D'autre part, nous souhaiterions montrer que si le discours sur le caractère « japonais » de la phobie sociale peut être considéré comme relevant du *nihonjinron*, qui tend à présenter le Japon comme un tout homogène et relativement monolithique, il est lui-même loin d'être monolithique ou uniforme. Les manières de penser cette question du rapport du contexte social et culturel avec la formation des névroses présentent une grande diversité digne d'être étudiée.

3.1. La perspective culturaliste en psychiatrie

La perspective culturaliste dans la réflexion sur la phobie interpersonnelle s'inscrit dans un écheveau complexe fait d'objets de recherche et de pratiques thérapeutiques nouvelles, de l'émergence de nouveaux courants disciplinaires, de tendances nouvelles dans l'histoire des idées et de réseaux d'échanges scientifiques internationaux qui se renouvellent après-guerre. Cette partie se veut une tentative de démêler un peu cet écheveau. Pour le dire plus clairement, la caractérisation culturelle du *taijinkyōfu* est d'après nous, au niveau épistémologique, le fruit d'un contexte dont les coordonnées principales sont le nouvel axe d'échanges intellectuels *nippo-américains* de la psychiatrie japonaise, d'une part, et la perspective du *comparatisme culturel*, d'autre part. Ces deux perspectives sont par ailleurs étroitement liées entre elles et indiquent l'importance de la rencontre avec *l'autre* dans l'émergence de cette perspective – et de manière moins anecdotique que l'évocation de l'épisode au début de cette partie en a peut-être donné l'impression.

3.1.1. Névrotes, psychothérapie et échanges nippo-américains

a. Echanges et réseaux

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, l'un des facteurs importants dans la transformation de la psychiatrie japonaise après la guerre est le déplacement progressif de son pôle de référence scientifique des pays de la sphère

138 Ce travail n'ayant, à notre connaissance, jamais été accompli.

germanophone (Allemagne, Autriche) vers les États-Unis – mouvement qui reflète celui de l'ensemble des sciences¹³⁹. Ce déplacement a de multiples conséquences : tout d'abord, la légitimation progressive de la névrose comme objet de recherche et de la pratique de la psychothérapie ; légitimation notamment liée à la respectabilité nouvelle de la psychanalyse, qui gagne ses lettres de noblesse avant tout en raison de la place hégémonique qu'elle occupe alors dans la psychiatrie américaine. L'intérêt de jeunes psychiatres pour cette approche, soutenu par la possibilité de bénéficier de bourses d'études américaines, en pousse certains à partir se former sur les nouvelles terres de la psychanalyse¹⁴⁰. Plusieurs suivent ce parcours dans la première moitié des années 1950 : c'est par exemple le cas de Doi Takeo 土居健郎 (1920-2009) qui séjourne à la Menninger Clinic (Topeka, Kansas) en 1950-52, puis à l'Institute of Psychoanalysis de San Francisco en 1955-56, et de Kondō Akihisa 近藤章久 qui se rapproche de Karen Horney à l'American Institute for Psychoanalysis (New York) en 1950-51. Ainsi se créent de nouveaux réseaux nippo-américains de chercheurs. Plus âgé, Muramatsu Tsuneo 村松常雄 (1900-1981), entre autres titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université de Nagoya (1953-1964) puis directeur du Centre national d'hygiène mentale (1964-1971), constitue un cas particulier. Son parcours atypique pour quelqu'un de sa génération – car il a effectué un séjour d'études d'un an à Harvard en 1933 – et sa position influente ont sans doute contribué à faire de lui l'un des piliers des échanges entre Japon et États-Unis. Au lendemain de la guerre, il y séjourne de manière régulière et tisse des réseaux qui aboutiront à des recherches nippo-américaines largement financées par des institutions américaines (v. *infra*).

b. Le regard du vainqueur

En même temps que se tissent ces collaborations, que la psychiatrie japonaise adopte différents éléments de la psychiatrie américaine, les psychiatres japonais se trouvent aussi pour la première fois confrontés à un regard extérieur sur leur pratique. Les équilibres géopolitiques de l'immédiat après-guerre, qui voit le Japon vaincu et occupé par les États-

139 NAKAYAMA Shigeru (ed.), *A Social History of Science and Technology in Contemporary Japan*, s.l., Trans Pacific Press, 2001, vol.1, p. 249-250.

140 Ce genre d'initiative est en effet rendu possible par la décision des autorités américaines de créer des programmes d'échange et de bourses (GARIOA puis Fulbright) au nom de la démocratisation de la société japonaise.

Unis, tendent à se refléter dans le domaine scientifique. L'autorité acquise par les vainqueurs de la guerre se manifeste notamment sous la forme du regard parfois (très) critique que plusieurs psychiatres rattachés à l'armée américaine posent sur la pratique de la psychothérapie au Japon au cours de cette période. Ainsi en 1952, A. Jacobson et A. Berenger, en service dans le 141^e General Hospital stationné dans le sud de l'archipel pendant la guerre de Corée, rendent compte dans les pages de l'*American Journal of Psychiatry* de leur perception de « la psychiatrie et la psychothérapie japonaises ». Ce qu'ils observent c'est en fait avant tout la thérapie Morita telle qu'elle est pratiquée au département de neuropsychiatrie de l'université de Kyūshū, thérapie qu'ils tiennent pour être (car elle leur a sans doute été présentée comme) « le système de psychothérapie le plus largement en usage au Japon actuellement »¹⁴¹. Ils se font le relais d'une présentation biaisée de la thérapie Morita comme étant « essentiellement une extension du bouddhisme Zen »¹⁴², et la liste de ce qui manque d'après eux à cette pratique thérapeutique semble être un inventaire de tout ce qui la distingue de la psychanalyse :

« [The Japanese] do not appear to investigate the foundations and origins of neurotic behavior. They make little attempt to understand the ambivalent feelings of patients towards authority figures. Sociological factors are barely considered. [...] They seem rather to approach the patient with a mold into which they force him. [...] The neuroses are thought of in general as behavior disorders [...] Sources of conflictual material are not sought after. Dreams are given but scant attention. Though occasionally one hears the use of the term unconscious, it is usually employed to denote sleep rather than a state of mental and emotional activity not readily apparent to the individual. Transference phenomena are not mentioned, and apparently very few Japanese psychiatrists bother investigating their own countertransferences. »¹⁴³

Inévitablement, la « guérison » qui se profile au terme d'une telle thérapie est perçue de manière très négative comme consistant en : « l'adaptation du comportement plutôt que le bien-être du patient et l'absence de conflits »¹⁴⁴. James Clarke Moloney, psychiatre qui a servi dans les troupes d'occupation américaines à la fin des années 1940, pour être mieux

141 JACOBSON Avrohm et BERENBERG Albert N., « Japanese Psychiatry and Psychotherapy », *The American Journal of Psychiatry*, 1952, p. 321.

142 *Ibid.*, p. 324. Affirmation qu'ils attribuent en outre à Morita, qui s'est en réalité toujours défendu d'avoir fondé sa thérapie sur le bouddhisme Zen. En revanche plusieurs de ses contemporains, dont justement Shimoda Mitsuzō, le directeur du département de neuropsychiatrie de l'université de Kyūshū, ont perçu des ponts entre les deux pratiques.

143 *Ibid.*, p. 327-328.

144 *Ibid.*, p. 327.

informé de l'existence d'une véritable école psychanalytique japonaise, n'en tire pas un portrait plus élogieux. En 1953, il fait dans les pages de *The International Journal of Psycho-Analysis* le procès de la pratique psychanalytique au Japon, qu'il juge au travers de quelques travaux des premiers psychanalystes publiés dans les années 1930-1940. Celle-ci manquerait entièrement de rigueur, serait dévoyée par les tentatives d'adaptation culturelle dont elle y fait l'objet en raison de l'autoritarisme, du nationalisme et surtout de la négation de l'individu qu'il tient pour inhérents à la culture japonaise¹⁴⁵. Le jugement qu'il porte sur les objectifs assignés à la thérapie psychanalytique au Japon rejoint celle de ses collègues : « Les psychanalystes japonais (par opposition aux psychiatres) *ne cherchent pas* à libérer l'individu, mais, comme les psychiatres occidentaux, s'efforcent de l'adapter à son environnement »¹⁴⁶. Il développera ces idées dans un ouvrage outrageusement simplificateur, publié en 1954 sous le titre *Understanding the Japanese Mind*, que les psychiatres japonais ne manqueront pas de lire.

Ces textes susciteront quelques réponses immédiates. Ōtsuki Kenji, cité par Moloney et sincèrement blessé, lui répond en 1955 dans les pages de la même revue, faisant fort justement valoir la nature caricaturale et biaisée de la description de la mentalité japonaise par le psychiatre américain et le renvoyant à l'adaptation culturelle également subie par la psychanalyse aux États-Unis¹⁴⁷. Un article de 1954, intitulé « A letter from Japan » et entre autres signé par Muramatsu et Doi, semble, quoique sans l'expliciter, être une réponse à l'article de Jacobson et Berenger, et s'efforce de justifier et de minimiser le retard pris par le Japon dans la recherche dynamique, invoquant notamment le poids de son « héritage germanique »¹⁴⁸. Pour anecdotiques que puissent sembler ces échanges, les psychiatres japonais qui pratiquent la psychothérapie, quelle que soit sa forme, se retrouvent

145 MOLONEY James Clark, « Understanding the paradox of Japanese psychoanalysis », *The International Journal of Psycho-analysis*, 1953, vol. 34, n° 4, p. 291-303. Dans une lecture particulièrement orientée, Moloney s'attache ainsi à trouver des correspondances entre quelques écrits d'Ōtsuki Kenji, Kosawa Heisaku et Marui Kiyoyasu et des éléments du pamphlet *Kokutai no hongei* (1937), distribué aux écoliers japonais durant la période militariste et l'un des principaux vecteurs de la propagande nationaliste.

146 *Ibid.*, p. 302.

147 « No culture or doctrine, however, can avoid reflecting to some extent the specific traits of the country, State, and era of its origin, and Freudian science is no exception to this rule. When it was imported into America it became more or less Americanized ; in the same way, when it was imported into Japan, it naturally tended to become gradually Japanified. Is it justifiable to assume that the American version is an absolute standard and all other modifications perversions ? » (ŌTSUKI Kenji, « The misunderstanding of Japanese psychoanalysis: A protest against the views expressed by Dr. J. C. Moloney », *The International Journal of Psycho-analysis*, 1955, vol. 36, n° 3, p. 206)

148 MURAMATSU Tsuneo, LIFTON Robert J. et DOI Takeo, « Letter from Japan », *The American Journal of Psychiatry*, 1954, p. 641.

désormais (et pour la première fois de leur histoire) dans la position de devoir *se justifier*, c'est-à-dire de devoir attester de la légitimité scientifique et idéologique de leur entreprise et ce, *vis-à-vis des Américains*. Ou, pour formuler les choses de manière plus juste, les psychiatres japonais ont désormais *conscience d'un regard posé sur eux*, qui peut être porteur d'un jugement qui ne leur est pas favorable. Or, par ailleurs, les questions véritablement complexes et profondes qui sont ici exposées de manière quelque peu abrupte – les objectifs assignés à la psychothérapie (et la question de l'émancipation de l'individu), le rapport patient-thérapeute, la possibilité d'adapter culturellement des psychothérapies élaborées dans et pour d'autres sociétés, etc. –, sont celles-là mêmes que les psychiatres japonais se posent et qui constituent l'un des stimuli des études comparatistes.

3.1.2. L'émergence de la problématique comparatiste en psychiatrie : entre *culture and personality* et *nihonjinron*

a. Du choc culturel, des difficultés de la psychothérapie

La réhabilitation de la névrose et de la psychothérapie, l'apparition de réseaux de chercheurs nouveaux entre le Japon et les États-Unis, et un certain regard critique de la psychiatrie américaine forment le terreau sur lequel va émerger une nouvelle perspective dans les études de « psychiatrie comparée » (*hikaku seishin igaku* 比較精神医学). A partir du début des années 1960 et jusqu'à la fin des années 1970, notamment sous l'impulsion de chercheurs comme Muramatsu et Doi, la question culturelle semble devenir un champ de la réflexion psychiatrique et une perspective récurrente. Dans la première moitié des années 1960 se tiennent ainsi deux colloques qui témoignent de cet intérêt. Le premier – que nous avons déjà évoqué – intitulé « Des “spécificités japonaises des névroses” » (*Shinkeishō no nihonteki tokusei ni tsuite* 「神経症の日本特性」について) –, accompagne la création de la Société japonaise de Psychopathologie et de Psychothérapie (*Seishinbyōri seishinryōhō gakkai* 日本精神病理・精神療法学会) à l'automne 1963 et témoigne de l'importance du questionnement culturel pour les psychiatres s'inscrivant dans ce champ. Le second, qui a lieu l'année suivante à l'occasion du 61^e congrès annuel de la JSPN (1964), est consacré à « La psychiatrie et les structures psychiques des Japonais »

(*Nihonjin no seishin kōzō to seishin igaku* 日本人の精神構造と精神医学)¹⁴⁹ et rassemble des représentants de la psychiatrie comparée d'après-guerre (tels que Muramatsu et Doi) et des personnes ayant contribué aux recherches de psychiatrie comparée de type colonial au cours des années 1930-1940 (comme Naka Shūzō ou Nakagawa Shūzō)¹⁵⁰.

Essayons maintenant d'envisager certains des facteurs importants dans l'émergence d'un champ de recherche en psychiatrie comparée, ou plus largement d'une *perspective culturelle* dans la psychiatrie japonaise. Si Doi Takeo, sans conteste le plus célèbre des contributeurs à ce champ de recherches, a pu affirmer que sa réflexion sur *l'amae* avait notamment été stimulée par la volonté de répondre au traitement méprisant de Moloney¹⁵¹, un autre facteur déclenchant de ces recherches, peut-être plus important, a été *la rencontre de l'autre*. Le « choc culturel » vécu par de nombreux psychiatres lors de leurs séjours professionnels aux États-Unis (nous leur empruntons l'expression), c'est-à-dire la mise en lumière dans l'expérience personnelle de la différence culturelle et la prise de conscience des spécificités de leur propre culture, semble avoir été l'une des sources d'inspiration consciente des recherches en psychiatrie comparée. C'est le cas de Muramatsu Tsuneo, de Doi, qui font tous deux remonter l'inspiration comparatiste à leurs séjours américains, et, comme nous le verrons, les idées de Yamashita Itaru sur la phobie interpersonnelle ont été, elles aussi, considérablement modelées par son expérience américaine.

L'autre point de départ des recherches comparatistes, ce sont, comme nous l'évoquons plus haut, les problèmes et les questions que pose la clinique de la névrose. La pratique de la psychothérapie, qui connaît sous sa forme psychanalytique un moment de grâce, est l'un des lieux dans lesquels se manifestent des difficultés qui vont nourrir la réflexion comparatiste. Elle constitue ainsi un sujet récurrent dans les discussions lors du colloque

149 NIHON SEISHIN SHINKEI GAKKAI HYAKUNEN SHI HENSHŪ IINKAI 日本精神神経学会百年史編集委員会 (ed.), *Nihon seishin shinkei gakkai hyakunen shi* 日本精神神経学会百年史 (Un siècle d'histoire de la Société Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie), Tokyo, 日本精神神経学会, 2003, vol. 資料編, p. 35.

150 Comme les autres puissances coloniales, le Japon a développé entre la fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle une psychiatrie comparée, telle que définie par Kraepelin (1904), visant la confirmation de catégories psychopathologiques universelles et expliquant la différence par la hiérarchisation raciale. (KIRMAYER Laurence J., « Cultural Psychiatry in Historical Perspective » dans *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2007, p. 7) On peut par exemple citer dans ce domaine les recherches de Sakaki Hozaburō (1901), puis d'Uchimura Yūshi et al. (1938) sur l'*imu* des Aïnous, et les recherches de Naka Shūzō sur la « neurasthénie tropicale » des colons japonais à Taiwan (1941-1942).

151 Doi cité par BURMAN Erica, « Between Orientalism and Normalization: Cross-Cultural Lessons from Japan for a Critical History of Psychology », *History of Psychology*, 2007, vol. 10, n° 2, p. 185-186.

de 1963 consacré aux « Spécificités japonaises des névroses ». Un intervenant y souligne par exemple la résistance des patients japonais à la mise en place d'un transfert thérapeutique, ainsi que le rejet par les patients d'approches non directives¹⁵². Un autre psychiatre (psychanalyste lui) évoque la difficulté d'amener la patient à une forme d'« *insight* », à une véritable confrontation avec soi-même qui ne soit pas le fruit de la pression du psychothérapeute : à « des changements fondamentaux dus à la détermination du patient lui-même, des changements plus importants que de passer, pour utiliser une métaphore, de l'empereur à Mac Arthur, sans la moindre résistance au moins en apparence »¹⁵³. Si certains voient dans ces difficultés le symptôme du manque de formation des psychothérapeutes japonais, le poids d'une formation médicale ancrée dans l'éthique « prémoderne » d'avant la fin de la guerre¹⁵⁴, ou encore le reflet des mauvaises conditions d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques japonais¹⁵⁵, la lecture historique ou institutionnelle est minoritaire et la tendance générale va plutôt dans le sens d'une interprétation culturaliste de ces obstacles. Ainsi, semblant faire écho au pessimiste regard américain évoqué plus haut, un psychiatre évoque la possibilité qu'il puisse tout simplement manquer au Japon une « disposition » psychologique du peuple japonais « à la psychothérapie » (*Psychotherapie Bereitschaft* en allemand dans le texte)¹⁵⁶.

b. Des réponses

Dans un tel contexte, les études dites « culture et personnalité », d'une part, et la littérature nippologique, d'autre part, ont fourni, semble-t-il, les outils, les méthodes, et ainsi une partie de la réponse – autrement dit, un paradigme dans le cadre duquel penser ces interrogations. Et en orientant ainsi une partie de la réflexion psychiatrique sur les névroses sur le terrain d'une certaine forme de comparatisme culturel, elles ont peut-être permis d'apporter une réponse positive aux difficultés de la clinique des névroses.

152 IKEDA Kazuyoshi 池田数好, « *Shinkeishō mondai no haikei ni aru mono* » 神経症問題の背景にあるもの (De ce qui se trouve à l'arrière-plan de la question des névroses), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 90-91.

153 比喩的にいうと、「天皇からマッカーサーに、表面なんの抵抗もなく乗り換えた」ような変化以上の変化、すなわち自己との決定による本質的な変化はなかなか起こりにくい」 (Shimazono Masahisa, 特集3に関する討論, 『精神医学』 vol. 6, n° 2, 1964, p. 112)

154 Katō, *idem*.

155 ABE 阿部, (MULTIPLES), « *Tokushū (ichi) ni kansuru tōron* » 特集 (1) に関する討論 (Discussions du numéro spécial (1)), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 95.

156 IKEDA 池田, *Ibid.*

i. Culture & Personality

On ne saurait trop souligner l'importance des « *culture and personality studies* ». Ce champ de recherches à la frontière de l'anthropologie et de la psychologie né aux États-Unis dans l'entre-deux-guerres va effectivement contribuer à alimenter les études de psychiatrie comparée japonaises d'après-guerre, de manière tant directe qu'indirecte. De manière directe, en leur fournissant une méthodologie et des personnes. De manière indirecte, parce que l'un des ouvrages emblématiques de ce courant, *Le Chrysanthème et le Sabre* (*The Chrysanthemum and the Sword*, 1946) de Ruth Benedict occupe par ailleurs une place essentielle dans le champ du discours nippologique – que nous aborderons au point suivant.

L'étiquette *culture and personality studies* désigne un ensemble de recherches dans le domaine des sciences sociales, et en particulier de l'anthropologie culturelle américaine cherchant à explorer les rapports entre la psychologie individuelle et les caractéristiques culturelles des groupes humains (avec, d'un côté, inclusion de la dimension psychologique dans l'étude de la culture, de l'autre, reconnaissance de la composante culturelle dans les processus psychologiques et psychopathologiques)¹⁵⁷. Apparues dans les années 1920, elles connaissent une sérieuse délégitimation scientifique pour décliner rapidement, du moins sous ce nom, au cours des années 1950. D'après LeVine, les *culture and personality studies* n'ont jamais constitué une école de pensée, mais un champ de recherches présentant une grande variété de modèles théoriques, méthodes d'enquête, etc. et de nombreux points de désaccord¹⁵⁸. Quelques éléments toutefois constituent des dénominateurs communs de ces recherches : l'idée que le comportement des individus est « *culturally patterned* », que l'expérience de l'enfance l'est également et a une influence de long terme sur la personnalité adulte, et enfin que « les caractéristiques de la personnalité adulte les plus répandues dans une communauté ont une influence sur sa culture, ses institutions, les formes du changement social et les formes psychopathologiques. »¹⁵⁹ Or l'approche de Ruth Benedict, d'une importance particulière pour le cas japonais, s'inscrit dans un courant qui met l'accent sur les caractères communs de la personnalité et tend à ignorer la variation individuelle au profit d'une psychologie

157 Cette synthèse se fonde essentiellement sur : LEVINE Robert A., « Culture and Personality Studies, 1918–1960: Myth and History », *Personality*, 2001, vol. 69, n° 6, p. 803-818.

158 *Ibid.*, p. 809.

159 *Ibid.*, p. 808.

culturelle homogène¹⁶⁰. Avec *The Chrysanthemum and the Sword*, étude commandée par l'U.S. Office of War Information en pleine seconde guerre mondiale afin d'évaluer la réaction du peuple japonais à une éventuelle invasion américaine, Benedict produit l'un des ouvrages emblématiques de ces « études d'un caractère national » et inaugure une méthodologie, « l'étude d'une culture à distance », deux aspects qui seront directement liés à la disqualification scientifique du champ des études culture et personnalité¹⁶¹. Néanmoins l'ouvrage de Benedict aura au Japon une réception exceptionnelle dans le grand public comme chez les intellectuels. Outre son succès de librairie phénoménal¹⁶², l'idée du Japon comme « culture de la honte » notamment aura ainsi un impact important auprès des psychiatres et psychologues japonais.

Les travaux de Muramatsu Tsuneo et ceux de Doi Takeo sont l'illustration de l'influence du paradigme *culture and personality* sur les nouvelles recherches de psychiatrie comparée qui commencent à se développer dès le début des années 1950 au Japon. Muramatsu semble avoir joué un rôle moteur dans ce développement. Nommé à la chaire de psychiatrie de l'Université de Nagoya en 1950, il annonce immédiatement vouloir y développer une « psychiatrie enracinée dans la culture japonaise », et reçoit un financement quinquennal du ministère de l'Éducation pour un projet intitulé « Recherches en psychopathologie et contexte culturel » (*seishinbyōrigaku to bunkateki haikai no kenkyū* 精神病理学と文化的背景の研究)¹⁶³. Tirant parti de ses contacts américains, il coordonne à partir de 1953 un ambitieux projet pluridisciplinaire sur la « personnalité japonaise », qui réunit des dizaines de chercheurs issus de tous les champs des sciences sociales et notamment deux jeunes anthropologues américains appartenant à ce courant, William Caudill (1920-1972) et Georges DeVos (1922-2010), rencontrés au Chicago Institute of Psychoanalysis en 1951, qu'il fait inviter au Japon. Il reçoit également des

160 La position de Benedict, d'abord exposée dans *Patterns of Culture* (1934), faisant de la culture une « personnalité à grande échelle » (« personality writ large ») fera fortement débat. Edward Sapir et d'autres auteurs du courant des *culture and personality studies* s'opposeront à cette vision, défendant l'idée que les personnalités individuelles sont irréductibles à la culture commune (*Ibid.*, p. 808-810).

161 Critiquées pour leur réductionnisme, leur essentialisme et leur méthode qui est un retour à l'« *armchair anthropology* » du début du siècle, les études *culture and personality* deviennent un repoussoir pour l'anthropologie culturelle contemporaine. (*Ibid.*, p. 804)

162 En 1996, un article fait état de 2,3 millions d'exemplaires de cet ouvrage vendus au Japon depuis 1948. L'ouvrage y a été réimprimé plus de 150 fois. (BEFU Harumi, *Hegemony of Homogeneity: An Anthropological Analysis of Nihonjinron*, Melbourne, Trans Pacific Press, 2001, p. 50-51)

163 TAKANO Masashi 高野仁, « *Dai san dai kyōju Muramatsu Tsuneo* » 第三代教授 村松常雄 (Le troisième titulaire de la chaire : Muramatsu Tsuneo) dans 名古屋大学医学部精神医学開講 100 周年記念誌編集委員会 (ed.), 名古屋大学精神医学開講 100 年, Nagoya, 2008, p. 25-26.

financements de multiples institutions américaines pour ce projet qui aboutit notamment à la publication en 1962 d'un volumineux ouvrage : « Les Japonais. Recherches empiriques sur la culture et la personnalité » (*Nihonjin. Bunka to paasonariti no jissshōteki kenkyū* 『日本人・文化とパーソナリティの実証的研究』).

Dans le cadre des recherches en psychiatrie comparée, Doi Takeo est une figure incontournable. D'une part, en raison du succès public phénoménal rencontré par son ouvrage de 1971 *Amae no kōzō* 『甘えの構造』¹⁶⁴, best-seller dès sa sortie au point qu'*amae* devient un mot à la mode¹⁶⁵ ; mais aussi car, sans nécessairement avoir converti ses collègues à ses théories, Doi parvient à attirer l'attention de nombreux psychiatres japonais dans les années 1960-1970 sur l'idée de l'*amae* et, plus largement, sur les relations de dépendance dans la société japonaise. Doi, dont le parcours a croisé celui de Muramatsu dans les années 1950, développe, lui, sa réflexion à partir du rapport entre langue japonaise et psychologie des Japonais, suivant ainsi l'hypothèse classique des études *culture and personality* de la langue comme vision du monde. Outre le « choc culturel » américain et la lecture enthousiaste du livre de Benedict dans les années 1950, expériences auxquelles Doi fait remonter l'origine de sa réflexion sur l'*amae*¹⁶⁶, il est clair, comme l'affirme Borovoy, que « [l]'idée de l'*amae* comme aspect déterminant de la psychologie culturelle japonaise a été en partie inspirée par le paradigme culture et personnalité des années 1950 dans lequel baignait Doi aux États-Unis et dont les avocats l'encouragèrent à approfondir ses idées. »¹⁶⁷ Ainsi, à partir de la prise de conscience de l'importance de mener son travail de clinicien dans sa propre langue (et non en allemand comme il était courant, au moins en partie, de le faire au Japon), il adopte l'idée, plus radicale, que la langue japonaise contient « tout ce qui fait la spécificité [de sa] culture, et [qu']elle en est la meilleure mesure psychodynamique. »¹⁶⁸. Sa réflexion s'arrête sur le

164 Befu recense en date de 1989 pas moins de 147 réimpressions de l'ouvrage au Japon (BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, op. cit., p. 51). Il est traduit en anglais sous le titre « The Anatomy of Dependence » (1973) et en français « Le jeu de l'indulgence » (1988).

165 AOKI Tamotsu 青木保, « *Nihon bunkaron* » no hen.yō : sengo *Nihon no bunka to aidentiti* 「日本文化論」の変容—戦後の文化とアイデンティティ— (Les mutations du « discours sur la culture japonaise » : culture et identité dans l'après-guerre), Tokyo, Chuō Kōronsha, 1999, p. 105.

166 DOI Takeo, *Le jeu de l'indulgence : étude de psychologie fondée sur le concept japonais d'amae*, Paris, L'Asiathèque, 1988, p. 13-15.

167 BOROVOY Amy, « Doi Takeo and the Rehabilitation of Particularism in Postwar Japan », *Journal of Japanese Studies*, 2012, vol. 38, n° 2, p. 265. A partir du milieu des années 1950 Doi a en effet régulièrement présenté ses idées à un public américain avant de les développer au Japon.

168 DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, op. cit., p. 16.

terme *amaeru* 甘える qu'il soupçonne être d'une « importance cruciale dans la compréhension de la mentalité japonaise »¹⁶⁹ et sur la base duquel il a commencé à développer, dès le milieu des années 1950, son concept d'*amae*¹⁷⁰. Il présente, lors du congrès annuel de la JSPN de 1957, une relecture de la théorie moritienne de l'interaction psychique à l'aune de cette nouvelle idée qui le convainc « d'avoir trouvé un filon extrêmement prometteur »¹⁷¹, selon ses propres termes. La réflexion de Doi tend vers l'essentialisme et est nourrie tant par l'approche *culture and personality* que par le discours nippologique, qui lui fournit de nombreux arguments d'ordre linguistique, anthropologique, philosophique, etc. Sa tendance à appliquer de manière extensive son concept d'*amae* (tous les aspects de la culture japonaise finissent par en devenir l'expression, même de manière détournée ou négative) et le contenu de son discours qui finit, en dépit de ses aspirations universalistes, par alimenter l'idée du caractère *spécial* de la culture et la société japonaises conduisent à faire de son ouvrage, publié au plus fort de la vague des discours sur l'identité japonaise, une contribution au champ du *nihonjinron* dont il devient l'un des plus grands classiques.

L'influence du paradigme des *culture and personality studies* sur la psychiatrie japonaise s'exerce également, en ce qui concerne le courant moritien, au travers des travaux de Karen Horney, traduite en japonais dès le début des années 1950¹⁷². La psychanalyste, qui a connu et échangé avec Benedict et Mead, rejetant au second plan le déterminisme biologique de Freud dans la formation de la personnalité, entend le remplacer par la *culture*¹⁷³. Quoiqu'elle ne consacre concrètement, dans l'ouvrage dans

169 *Ibid.*, p. 17.

170 Il est difficile de donner une définition simple de ce concept tant l'application que Doi en fait est vaste, mais on peut le résumer comme un désir d'affection, de dépendance et de fusion qui s'exprime vis-à-vis d'une figure parentale et qui trouve sa source dans le rapport du nourrisson à sa mère. (FUKUSHIMA Akira 福島章, « *Amae* » 甘え dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 8)

171 DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, *op. cit.*, p. 19. Dans les décennies suivantes, il s'attache alors à appliquer la puissance herméneutique supposée de ce concept, non seulement au domaine psychologique et psychopathologique (incluant une lecture de la pratique thérapeutique dans la psychiatrie américaine et de l'histoire de la psychanalyse), mais également à l'analyse de la société japonaise contemporaine, de l'histoire moderne japonaise, ainsi que de la civilisation occidentale (*Ibid.*, p. 21-24)

172 En 1952 paraît la version japonaise de *New ways in psychoanalysis* (1939) (*Seishinbunseki no atarashii michi* 『精神分析の新しい道』), en 1955 celle de *The Neurotic Personality of our Time* (1937), sous deux titres différents (*Gendaijin to shinkeishō* 『現代人と神経症』, *Self-analysis* (1942) est traduit en 1961 (*Jikobunseki : seishinbunseki wa jibun de dekiru* 『自己分析 : 精神分析は自分でできる』), etc. Plusieurs de ces ouvrages sont retraduits au cours des années 1970.

173 PARIS Bernard J., *Karen Horney. A Psychoanalyst's Search for Self-Understanding*, New Haven, Yale University Press, 1994, 320 p.

lequel elle aborde cette question, *The Neurotic Personality of our Time*, que le dernier chapitre à la question du rapport entre névrose et culture, et que sa position n'est pas dénuée d'incohérences, elle pose néanmoins quelques idées en ligne avec le paradigme culture et personnalité. D'une part un relativisme culturel psychopathologique : la névrose est définie comme étant *relative à une culture donnée*, le normal étant ce qui est conforme à des modèles de comportement habituels et acceptés dans une culture donnée et le névrotique comme ce qui en dévie trop. D'autre part, l'idée que *la culture produit des personnalités névrotiques* en raison des exigences contradictoires qu'elle fait peser sur les individus, les individus normaux étant ceux qui, parvenant à faire usage des moyens qu'elle met à leur disposition pour les surmonter, n'en souffrent que de manière normale (*average*).

ii. *Nihonjinron*

Au-delà de l'influence du paradigme américain des études culture et personnalité, l'un des faits majeurs de l'histoire intellectuelle et culturelle de l'époque, qui constitue la toile de fond du développement des études de psychiatrie comparée après-guerre, est évidemment le discours sur l'identité japonaise, à l'apogée de son rayonnement culturel durant les deux décennies 1960-1970¹⁷⁴. Il est évident que le discours nippologique et les présupposés sur lesquels cette littérature se fonde imprègnent et nourrissent la réflexion des psychiatres, qui y puisent des descriptions de la culture et de la société japonaise. Rappelons-le rapidement, le discours sur l'identité nationale est omniprésent dans les trois décennies qui suivent la défaite de 1945, c'est-à-dire les années dites de haute croissance, qui s'exprime dans une littérature extrêmement abondante et très hétérogène (sur le plan de l'exigence scientifique) dont l'ambition fondamentale est, de manière générale de définir ce qu'est le Japon, et plus spécifiquement de démontrer le caractère unique de la culture japonaise et du peuple japonais, et ce toujours vis-à-vis d'un Autre qui est l'Occident, surtout incarné par les États-Unis. Quelle que soit la perspective adoptée,

174 Nous renvoyons aux études classiques du *nihonjinron* : pour une analyse méthodologique de cette littérature : MOUER Ross et SUGIMOTO Yoshio, *Images of Japanese society*, London, New York, Kegan Paul International, 1990, 552 p. ; pour une perspective anthropologique et sociologique sur le rôle de ce discours : BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, *op. cit.* et YOSHINO Kosaku, *Cultural nationalism in contemporary Japan: a sociological enquiry*, London; New York, Routledge, 1992 ; pour une analyse de son évolution historique après-guerre : AOKI T., « *Nihon bunkaron* » *no hen'yo*, *op. cit.* ; dans une perspective plus critique que descriptive : DALE Peter N., *The Myth of Japanese Uniqueness*, New York, St Martin's Press, 1986, 233 p. En français la question a notamment été abordée par : PIGEOT J., « Les Japonais peints par eux-mêmes », *art cit.*

linguistique, écologique, psychologique, sociologique, historique, etc., c'est toujours sur la base d'un ensemble restreint de caractéristiques que le Japon est distingué du reste du monde¹⁷⁵. Ces ouvrages proposent ainsi des descriptions qui tendent à être simplificatrices, présentant souvent les mêmes travers méthodologiques : exagération des différences, ignorance des similitudes, gommage de la variation interne, etc.

Dans ce champ qui rassemble des productions d'une grande hétérogénéité, ce sont les œuvres appartenant au domaine savant qui offrent aux psychiatres des traits caractéristiques de la culture et de la société japonaise. Dans un premier temps, au cours des années 1950, les deux références récurrentes sont *Fūdo* 『風土』 (1935) de Watsuji Tetsurō 和辻哲郎 (ou *Climate and Culture* selon la traduction voulue par lui), un ouvrage d'avant 1945 mais extrêmement lu aussi après-guerre et régulièrement réédité ; et l'ouvrage « Les modes de pensée des Orientaux » *Tōyōjin no shii hōhō* 『東洋人の思惟方法』 (1952) du spécialiste du bouddhisme Nakamura Hajime 中村元, déjà évoqué. Dans le premier, le philosophe de l'école de Kyoto développe une analyse dans laquelle il fait dériver de l'environnement écologique du Japon un grand nombre de particularités culturelles japonaises (culture du riz, structure familiale, esthétique, etc.)¹⁷⁶ ; le second est un développement systématique d'une analyse des processus mentaux de plusieurs nations extrême-orientales utilisant l'analyse de la langue comme vecteur privilégié et qui propose entre autres une lecture de la langue japonaise (comme exprimant la dépendance vis-à-vis de l'interlocuteur, l'émotivité, l'irrationalité, etc.) qui aura une grande postérité. Assez vite, les recherches de Doi qui, comme nous venons de le voir, s'inscrivent dans ce champ, vont aussi constituer une référence régulièrement citée au même titre ; elles sont toutefois très discutées, notamment par les Moritiens (qui contestent sa réinterprétation des mécanismes psychopathologiques décrits par Morita). Vers la fin des années 1960, deux ouvrages particulièrement lus et qui développent des pistes ouvertes par Benedict vont marquer les psychiatres. D'une part, « Les relations humaines dans une société verticale » *Tate shakai no ningen kankei* 『タテ社会の人間関係』 (1967) (traduit en français *La société japonaise* en 1974) de l'anthropologue Nakane Chie 中根千枝 et son explication des spécificités du « groupisme » japonais. Et d'autre part, la réinterprétation positive du

175 BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, op. cit., p. 5.

176 *Ibid.*, p. 17-18.

Japon comme « culture de la honte » par le sociologue Sakuta Keiichi 作田啓一 dans « Une reconsidération de la culture de la honte » *Haji no bunka saikō* 『恥の文化再考』 (1967).

*

Après-guerre, en même temps que commence à se développer la recherche sur les névroses et la pratique psychothérapeutique chez les psychiatres, deux déclinaisons du culturalisme qui s'alimentent et se complètent – le paradigme des *culture and personality studies* et le discours nippologique qui émerge dans tous les domaines de sciences humaines –, viennent donner forme et nourrir un questionnement relatif à la différence culturelle auquel les psychiatres sont confrontés dans leur pratique et parfois au cours de leur formation. Si Muramatsu et Doi constituent des cas de chercheurs ayant spécifiquement consacré une partie importante de leur activité à des études de psychiatrie comparée, on peut aussi inclure sous cette appellation un ensemble de travaux, voire de réflexions ayant un caractère bien plus marginal dans la production de leur auteur. Ainsi n'est-il pas rare de trouver un ou deux articles – voire juste quelques lignes – consacrées à cette question parmi les travaux d'un auteur donné. Dans ces recherches, l'influence des nippologies se fait particulièrement sentir et une bonne partie des publications sur la phobie interpersonnelle des années 1960-1970 relèvent de cette forme de pratique dilettante – si l'on peut dire – de la psychiatrie comparée. Par ailleurs, si un intérêt pour la question culturelle est largement partagé chez les psychiatres, les manières de penser les rapports entre culture et psychopathologie sont des plus diverses, comme nous allons maintenant le voir.

3.2. La japonisation de la phobie interpersonnelle

3.2.1. Des indices épars

L'idée de la phobie interpersonnelle comme névrose japonaise a été largement partagée par les psychiatres japonais pendant une trentaine d'années, émergeant dans les années 1950 pour être finalement de plus en plus remise en question à partir des années 1980. Qu'est-ce qui lui a conféré pendant cette période son caractère d'évidence ? C'est à un examen attentif des éléments sur la base desquels les psychiatres japonais ont été amenés à penser la phobie interpersonnelle comme une névrose *japonaise* que nous allons

maintenant nous atteler.

a. Quantifier le phénomène

Nous avons vu que Kōra Takehisa commençait à renouveler la réflexion sur la phobie interpersonnelle dans un sens culturaliste, en 1955, en utilisant comme argument en particulier une remarque de Karen Horney sur la fréquence relative de la phobie interpersonnelle au Japon et aux États-Unis (ou plus précisément la fréquence *des consultations sur la base d'une plainte anthropophobique*, ce qui n'est pas la même chose). L'hypothèse que la phobie interpersonnelle serait une névrose japonaise, au sens que la société et la culture japonaises constitueraient, d'une manière ou d'une autre, un terrain favorisant son apparition, n'a en effet lieu d'être formulée qu'à partir du moment où l'on peut constater qu'il y a plus, voire beaucoup plus, de patients souffrant de phobie interpersonnelle au Japon qu'ailleurs. Quoique Kōra n'attende pas de disposer d'éléments véritablement concluants à ce sujet pour examiner ce qui dans « l'environnement social historique des Japonais » pourrait favoriser la survenue du *taijinkyōfu*¹⁷⁷, la question de la prévalence relative du trouble, au Japon et dans d'autres pays, constitue un point essentiel dans la démonstration de sa détermination culturelle. Raison pour laquelle les psychiatres essaient à sa suite de la circonscrire, oscillant entre, d'un côté, l'expression du sentiment de l'évidence du constat clinique et, de l'autre, le souci de la preuve empirique.

Très tôt le constat que « la phobie interpersonnelle est un symptôme banal de la clinique »¹⁷⁸ s'est en effet imposé comme une évidence parmi les psychiatres japonais. Elle circule tout le long des années 1960 et 1970 comme un principe « sur lequel les psychiatres s'accordent »¹⁷⁹, elle est même considérée comme une « théorie bien établie » (*teisetsu* 定説) à l'aube des années 1980¹⁸⁰. Cependant, comme le note Uchinuma Yukio en

177 KōRA T., « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* », art cit.

178 臨床的にありふれた症状でありながら [...] (MAEDA Shigeharu 前田重治, « *Ketsugo* » 結語 (Conclusions), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 395.)

179 UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, *Taijinkyōfu no ningengaku. Haji, tsumi, zen.aku no higan* 対人恐怖の人間学 恥・罪・善悪の彼岸 (Anthropologie du taijinkyōfu. Honte, culpabilité, par delà le bien et le mal), Tokyo, Kanehara, 1977, p. 4.

180 KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Taijinkyōfu no jidaiteki hensen – tōkeiteki kansatsu –* » 対人恐怖の時代的変遷—統計的観察— (Les transformations historiques de la phobie interpersonnelle – observations statistiques –), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1980, vol. 9, n° 1, p. 45.

1977, il s'agit là en réalité d'un « discours impressionniste » (*inshōron* 印象論)¹⁸¹ : l'importance quantitative du phénomène, c'est-à-dire le fait que « le *taijinkyōfu* représente une proportion importante des névroses au Japon »¹⁸² est avant tout une *impression clinique* largement partagée. Or, en scientifiques, les psychiatres qui se penchent sur la phobie interpersonnelle ont besoin de preuves positives, aussi s'efforcent-ils de produire des données empiriques qui corroborent cette affirmation. Kōra, dans son article de 1955, présente ainsi les chiffres suivants :

« D'après une enquête effectuée par mes soins dans la clinique de feu le professeur Morita, parmi 541 cas de nervosisme, 170 sont des cas de phobie interpersonnelle, soit 31,4 % ; dans ma propre clinique, entre 1940 et 1952, sur 1679 patients en hospitalisation et en ambulatoire, les cas de phobie interpersonnelle sont au nombre de 619, soit 36,86 % . »¹⁸³

Au cours des deux décennies suivantes, plusieurs autres enquêtes sont effectuées au sein d'institutions moritiennes et confirment que la proportion de patients *taijinkyōfu* y est effectivement très élevée. Une enquête menée par Yasuda (1955) dans la clinique de Kōra et couvrant la même période (1940-1952) observe, en considérant seulement les patients « nerveux » (*shinkeishitsu*) en hospitalisation, que la phobie interpersonnelle y passe de 29,1 % à 52 % des cas entre 1950 et 1952¹⁸⁴. Kondō K. (1960) effectue, toujours chez Kōra, la première véritable enquête quantitative dont le but revendiqué est « d'expliquer de manière plus détaillée la fréquence importante de la phobie interpersonnelle [...] »¹⁸⁵. Il dénombre, de 1950 à 1959, une moyenne de 52,04 % d'anthropophobes parmi les patients nerveux, toutes formes de consultations confondues. Suzuki Tomonori (qui est, pour mémoire, le directeur d'une autre clinique moritienne tokyoïte) compte parmi l'ensemble de ses patients, sur une période allant de janvier 1973 à octobre 1975, 522 cas de phobie interpersonnelle, soit 25,2 % de l'ensemble de ses consultations¹⁸⁶. Mais trois ans plus

181 UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, op. cit., p. 4.

182 KŌRA T., « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* », art cit, p. 125.

183 故森田教授の所で我々が調査したところでは 541 名の神経質症のうち 170 名すなわち 31.4%が対人恐怖症であり、私の所〔高良興生院のこと〕で昭和 15 年から 27 年までの入院外来の神経質症 1679 名のうち対人恐怖症 619 名、36.86%を算する (*Ibid.*)

184 Citée dans KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 157-158.

185 KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit.

186 SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* » 対人恐怖の症状に関する統計的観察 (Observations statistiques sur les symptômes de la phobie interpersonnelle), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1976, vol. 5, n° 8, p. 1014.

tard, en reprenant les dossiers de ses patients en hospitalisation sur la décennie précédente (1963-1973), il calcule que les anthropophobes y représentent 50 % des diagnostics « nerveux » (et 41 % de l'ensemble des troubles névrotiques), rejoignant ainsi les proportions exposées dans les études précédentes. Avec des taux de patients souffrant de phobie sociale allant du tiers à la moitié de leurs patients « nerveux », tout porte les moritiens à penser que celle-ci est en effet « un problème particulièrement massif au Japon »¹⁸⁷.

Toutefois, ces statistiques ne sont pas sans poser de problèmes. Tout d'abord, il s'agit de données présentant une certaine hétérogénéité. Les critères d'inclusion au sein de la population des patients anthropophobes, quand ils sont spécifiés, y sont variables : il s'agit parfois des patients dont l'angoisse interpersonnelle constitue bien la plainte principale, parfois sont aussi inclus ceux chez qui le *taijinkyōfu* « apparaît clairement à côté de la plainte principale », autrement dit lorsqu'il s'agit d'un symptôme secondaire¹⁸⁸. En outre, l'ensemble de référence n'est pas toujours le même, la proportion d'anthropophobes étant parfois rapportée à celle de l'ensemble des patients de la clinique, parfois au seul groupe des nerveux moritiens (d'où les résultats très variables obtenus dans la seule clinique de Kōra), ce qui dans ce dernier cas aboutit en effet à des proportions extrêmement importantes. Enfin, elles présentent un biais de sélection institutionnel de taille puisqu'il ne s'agit que de données produites dans des cliniques moritiennes indépendantes, un type de structure bien particulier donc. Que les cliniques moritiennes accueillent en grand nombre ces patients de la cure desquels elles se sont faites les spécialistes ne peut surprendre : l'association du *taijinkyōfu* et de la thérapie Morita a été promue notamment par le biais des publications des thérapeutes moritiens. Dès 1952 paraît en particulier « Comment soigner la phobie interpersonnelle »¹⁸⁹, une version augmentée par Kōra de l'ouvrage de Morita « La cure de l'éreuthophobie » (1935). On peut supposer que le volume se vend bien puisqu'il est réédité dès l'année suivante (sous le titre « Comment guérir de l'éreuthophobie »), puis à un rythme annuel jusqu'à la fin des années 1960 au moins¹⁹⁰. Et les ouvrages à destination du grand public que publient les directeurs de ces

187 KŌRA T., « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* », art cit, p. 125.

188 SUZUKI T., « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* », art cit. ; KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 158.

189 MORITA Shōma 森田正馬 et KŌRA Takehisa 高良武久, *Taijinkyōfu no naoshikata* 対人恐怖の直し方, Tokyo, Hakuyōsha, 1952, 265 p.

190 En 1968 il en est à sa 14^e réimpression.

cliniques, qui profitent de la mode de la « névrose » (*noirōze*) des années 1950-1960, contribuent à orienter leurs lecteurs anthropophobes vers la thérapie Morita¹⁹¹. Dans les années 1970, l'activité de l'association de self-help moritienne *Seikatsu no Hakkenkai* 生活の発見会 (1970) participe également à la promotion de la thérapie Morita au niveau médiatique¹⁹².

Qu'en est-il alors en dehors des cliniques moritiennes ? En 1964, Katō Masaaki, après avoir mené ses recherches sur les anthropophobes de l'Institut Seisei d'Umeda Kaoru (v. deuxième partie de ce chapitre), remet néanmoins explicitement en question « l'hypothèse habituelle selon laquelle le *taijinkyōfu* serait plus fréquent au Japon qu'en Occident ». Au contraire, juge-t-il, « si l'on considère les consultations ambulatoires des hôpitaux universitaires, leur nombre est limité ; et il n'existe pas de statistiques permettant de documenter [cette affirmation] »¹⁹³. Dix ans plus tard, en 1977, Uchinuma, tente de

191 V. par exemple des titres comme : Suzuki T. « En finir avec l'angoisse : à tous ceux qui souffrent de la névrose » *Fuan no kaiketsu : noirōze ni nayamu hitobito no tame ni* 『不安の解決 : ノイローゼに悩む人々の為に』 (1956), Koga Y. « La vérité de la névrose et comment s'en servir » *Noirōze no shōtai to ikashikata* 『ノイローゼの正体と生かし方』 (1957), Kondō A. « Accueillir la névrose : à la recherche de la guérison de l'humain » (*Noirōze no kangeiron : ningen no kaifuku o motomete* 『ノイローゼ歓迎論 : 人間の回復を求めて』 (1968), etc.

192 La *Seikatsu no hakkenkai* (littéralement « association pour la découverte de la vie ») est une association dont les participants se rassemblent pour apprendre en groupe la pensée de la thérapie morita et trouver ainsi un soulagement à leurs souffrances en dehors d'une prise en charge clinique. L'association est ainsi un regroupement *entre pairs* non dirigé par un thérapeute moritien (même si ceux-ci peuvent être invités à collaborer) ce qui constitue une petite révolution. Initialement créée en 1952 par Mizutani Keiji 水谷啓二 (1912-1970), un ancien patient de Morita, sous le nom *Keishinkai* 啓心会 sur le modèle de la *Keigaikai* 形外会 en activité du vivant de ce dernier (v. chapitre 2), elle a pour double objectif la promotion de la thérapie Morita et l'entraide des « nerveux ». Elle est dotée d'une revue en 1957, intitulée « La découverte de la vie » (*Seikatsu no hakken* 『生活の発見』), qui publie de nombreux témoignages individuels et des explications sur la thérapie. A la mort de Mizutani, le groupe qui compte environ 2000 inscrits se sépare et naît la nouvelle association, dirigée par Hasegawa Yōzō 長谷川洋三 (1914-1992), l'un de ses membres, qui la pousse vers une plus grande médiatisation, couronnée de succès (l'ouvrage qu'il publie en 1974 sous le titre discret « La méthode de santé Morita » est d'ailleurs un best-seller). En 1972, elle publie pour se faire connaître un article dans l'*Asahi*, sous la forme d'une présentation des principes de la thérapie Morita accompagnée d'un mot de Kōra, qui déclenche une avalanche de courriers et d'appels de personnes désespérément intéressées. En 1980, l'association compte dans tout le Japon 4000 membres et 67 groupes locaux. (SHIMAZONO Susumu 島園進, « *Iyasu chi* » no *keifu*: *kagaku to shūkyō no hazama* <癒す知> の系譜: 科学と宗教のはざま (Généalogie du « savoir qui guérit »: entre science et religion), Tokyo, Yoshikawa kōbunkan, 2003, p. 248-254. ; HASEGAWA Yōzō 長谷川洋三, *Morita-shiki seishin kenkōhō* 森田式精神健康法 (La méthode de santé Morita), Tokyo, Business sha, 1974, p. 1-2, 8-12)

193 従来から日本には「対人恐怖」が欧米に比べて多いという仮説がある。このことはすでに高良教授が指摘しているところであるが、一般の大で外来でみるとその数はかぎられており、これを裏書きする統計もない。KATŌ Masaaki 加藤正明, « *Taijinkyōfu o megutte* » 対人恐怖をめ

rassembler des statistiques provenant d'institutions suffisamment diversifiées pour produire un tableau représentatif : dans le service ambulatoire de la clinique universitaire de l'université Teikyō 帝京大学, le diagnostic explicite de « *taijinkyōfu* » représente 2,5 % (soit 25 patients) de l'ensemble des nouveaux patients de 1972 à 1974¹⁹⁴. Autrement dit, vingt fois moins qu'une clinique moritienne sur la même période¹⁹⁵.

En somme, s'il est indéniable que les anthropophobes sont effectivement nombreux dans certaines structures de soins au Japon, le décalage entre le nombre de patients qui fréquentent les hôpitaux psychiatriques, même dans les services ambulatoires, et ceux qui fréquentent les cliniques moritiennes et autres structures extra-médicales est tel qu'il rend toute généralisation difficile à partir de l'un ou l'autre cas. Même lorsqu'on considère que ce sont ces dernières institutions qui captent la majorité des patients névrosés, demeure la question de la mesure dans laquelle *l'existence même du concept de phobie interpersonnelle a pu avoir un effet productif* sur cette population de patients : d'abord en forgeant le regard des thérapeutes, puis en permettant à une offre thérapeutique de rencontrer son public d'anthropophobes et de « timides ». Pour le dire plus clairement, l'existence d'un concept pour nommer cette pathologie au Japon a, de manière évidente, non seulement rendu *visible* cette maladie, mais a permis à ses malades *d'exister en tant que malades* ; et à l'inverse, l'absence d'un tel concept dans d'autres pays n'a pu qu'y contribuer à l'invisibilité de la pathologie.

b. Et en dehors du Japon ?

Quels que soient les indices sur la fréquence de la phobie interpersonnelle au Japon, celle-ci n'a de valeur que si elle est significativement plus élevée qu'ailleurs. Or en dehors de la remarque de Horney, régulièrement invoquée dans la littérature comme un argument d'autorité¹⁹⁶, les psychiatres japonais disposent en réalité de peu d'éléments. Kōra évoque en 1956 un voyage en Europe (1955) au cours duquel ses discussions au sujet des névroses

ぐって (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 109.

194 UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, *op. cit.*, p. 4. Uchinuma met toutefois en garde contre le caractère particulier de cet échantillon car la clinique en question vient alors tout juste d'ouvrir, impliquant une forte proportion de patients adressés par des confrères.

195 Pour mémoire la clinique de Suzuki Tomonori diagnostique sur une période proche (janvier 1973 à octobre 1975) 522 cas de phobie interpersonnelle.

196 Par exemple : KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 157.; NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* » 対人恐怖の精神分析 (Psychanalyse de la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 375.

avec d'autres chercheurs lui auraient confirmé « que les cas présentant la phobie interpersonnelle comme plainte principale étaient en Europe extrêmement rares »¹⁹⁷. Mais pour évaluer de manière plus rigoureuse la prévalence de la phobie interpersonnelle en dehors du Japon – ou plus exactement dans les pays occidentaux, car c'est de ce seul côté qu'ils regardent – les chercheurs japonais manquent d'éléments solides. C'est notamment pour cette raison qu'ils essayent d'appréhender ce qu'il en est du *taijinkyōfu* ailleurs dans le monde par un moyen indirect : la littérature scientifique. Le psychiatre et psychanalyste Nishizono Masahisa, de l'université de Kyūshū, va fournir, dans son article tiré du colloque de 1969, un argument qui fera mouche. Dans un paragraphe introductif intitulé « La phobie interpersonnelle est-elle fréquente dans notre pays ? », il propose d'ajouter aux quelques éléments fournis par Kōra en 1955 une évaluation fondée sur la littérature psychanalytique :

« On peut dire que le volume des études n'est pas directement indicatif du volume de l'objet de ces études, mais du plus ou moins grand intérêt des chercheurs [pour celui-ci]. Il semble bien que les recherches prenant la phobie interpersonnelle pour objet aient principalement été développées dans notre pays. Par exemple, si l'on consulte l'*Index of Psychoanalytical Writings* (1960), qui recense la littérature psychanalytique, on ne trouve que 21 références, parmi lesquelles la seule comportant dans son titre la phobie interpersonnelle est de Maeda [Shigeharu], toutes les autres portant sur l'éreuthophobie, parmi lesquelles 4 contributions de Yamamura [Michio] (1933, 1934, 1935), 1 de Nishizono [Masahisa] (1956). Aussi, si l'on considère le fait que sur l'ensemble des 21 contributions passées et présentes dans le monde, 6 proviennent du Japon, et que l'on pense à la proportion des recherches publiées sur d'autres types de névroses par nos chercheurs [sous-entendu : faible], ceci indique sans doute que *la phobie interpersonnelle est distribuée d'une manière qui est très déterminée culturellement.* »¹⁹⁸

197 昨夏ヨーロッパ各地の大学や精神病院を訪れて、神経症のことで種々話し合ったことであるが、その際ヨーロッパには対人恐怖症を主訴とする患者がきわめて少ないことを知ったのである。Kōra Takehisa 高良武久, « *Taijinkyōfu to sono ryōhō* » 対人恐怖とその療法, *Seinen shinri* 青年心理, 1956, vol. 7, n° 1, p. 71.

198 研究報告の数の多少がただちにその研究の対象の多少を示すのではなかろうが、研究者の関心の大小を示すものということができるだろう。たしかに、対人恐怖が研究の対象としてとりあげられたのは主としてわが国を中心とするものであるらしい。たとえば、精神分析に関する文献をすべて網羅した *The Index of Psychoanalytical Writings* (～1960) をみても、対人恐怖に関する報告は 21 篇あるにすぎないが、そのうち、対人恐怖と題したものはわが国の前田の 1 篇にすぎないし、あとはすべて赤面恐怖に関するものであるが、山村 (1933, 1934, 1935)

La conclusion de ce passage peut sembler d'autant plus surprenante qu'elle contredit exactement la prudence des remarques préliminaires. Juger que la distribution inégale (dans le monde réel) du *taijinkyōfu* est culturellement déterminée, sur la base du volume de littérature scientifique qui lui est consacré, n'est-ce pas précisément établir « un lien direct entre le volume de la littérature et le volume de l'objet » ? Arrêtons-nous un instant sur les différents problèmes que pose cette remarque de Nishizono. A un premier niveau, en faisant de la littérature psychanalytique un miroir de la distribution clinique de la phobie interpersonnelle dans le monde, Nishizono confère à la littérature psychanalytique une représentativité excessive. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, les notions d'éreuthophobie et de phobie sociale émergent en Europe tout à fait *en dehors du champ psychanalytique* (la littérature psychanalytique ne s'emparant de ces thématiques qu'autour des années 1910-1920) et l'existence de ce débat contredit l'idée que les chercheurs occidentaux ne s'intéresseraient pas à cette question. L'ignorance de la littérature occidentale existante joue un rôle non négligeable dans la conclusion hâtive de Nishizono – et de ceux qui l'adopteront. Ainsi les deux chercheurs qui ont établi de vrais états de l'art sur la question sont-ils bien plus prudents. Takahashi Tooru, dans le mémoire de sa thèse de doctorat soutenue trois ans plus tôt (1966), fait ainsi commencer l'historique des recherches sur la phobie interpersonnelle dans l'Europe de la fin du XIX^e siècle, et met en parallèle le geste moritien et le geste janétien : il fait ainsi partie des rares sceptiques sur la question culturelle¹⁹⁹. Quelques années plus tard, Kasahara *et al.* (1972) – auteurs de l'état de l'art le plus complet de toute la littérature sur le *taijinkyōfu* des années 1970 –, évoquant « l'impression » diffusée chez les cliniciens japonais que le *taijinkyōfu* serait un trouble exclusivement japonais, sont explicites : « [...] il est bien sûr faux de penser que les symptômes cliniques que nous appelons *taijinkyōfu* n'ont attiré l'attention qu'au Japon »²⁰⁰. Et de signaler à leur tour l'existence d'une littérature étrangère et ancienne sur

の4篇、西園（1956）の1編で、要するに全世界の古今の文献の中で21篇中6篇はわが国からの報告であることは、他の種の神経症についてのわが国の学者の報告の比率と考えあわせると、対人恐怖がかなり文化的に関連をもって偏在していることを示すものであろう。

(NISHIZONO M., « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* », art cit, p. 375)

199 TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no seishinbyōri – sono bishi shakaigaku kenkyū* » 対人恐怖の精神病理—その微視社会学的分析— (Psychopathologie de la phobie interpersonnelle – une analyse sociologique fine), *Seishinshinkeigaku Zasshi* 精神神経学雑誌, 1966, vol. 68, n° 6, p. 700-701.

200 [...] 対人恐怖とわれわれがよぶ臨床症状が日本でしか注目されなかったと考えるのは、もちろん正しくない。(KASAHARA Yomishi 笠原嘉 et al., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu : shu toshite seishin bunretsu-byō to no kyōkairi ni tsuite* 正視恐怖・体臭恐怖 : 主として精神分裂病との境界例につ

divers syndromes relevant de cette catégorie²⁰¹ qui se prolonge, dans la seconde moitié du XX^e siècle, chez Henri Ey (1960) et surtout du côté du courant psychopathologique germanophone, où ils trouvent « et pas en petit nombre », mais sous d'autres noms, les symptômes dont les psychiatres japonais discutent sous le nom de *taijinkyōfu*²⁰². Aussi, Kasahara *et al.* se limitent-ils à convenir que « nulle part ailleurs [la phobie interpersonnelle] a été étudiée aussi attentivement qu'au Japon »²⁰³, rétablissant ainsi la distinction entre *attention scientifique* et *réalité clinique*²⁰⁴. Une dizaine d'années plus tôt, William Caudill, un anthropologue qui a beaucoup collaboré avec Doi Takeo, ne faisait pas un constat différent :

« De tels symptômes [*taijin kyōfushō*] ne sont certainement pas inconnus dans la culture américaine, mais la psychiatrie américaine ne s'est pas focalisée sur eux de manière spécifique, ce qui aurait conduit à en faire une catégorie spéciale. »²⁰⁵

Sans être un spécialiste du *taijinkyōfu*, Nishizono n'est ni un ignorant, ni un naïf, et son cas illustre peut-être d'autant mieux l'importance prise par le paradigme culturaliste dans la manière d'envisager la phobie interpersonnelle au cours des années 1960. Nous en voulons pour illustration ce détail : si en 1956 Nishizono publiait un article consacré à « la psychanalyse de l'éreuthophobie » exclusivement consacré à une analyse des symptômes, en 1970 son papier sur « la psychanalyse de la phobie interpersonnelle » est introduit par cette question désormais centrale, « la phobie interpersonnelle est-elle fréquente dans notre pays ? »²⁰⁶, bien qu'elle n'ait par ailleurs aucune influence sur les analyses

いて (Scopophobia, dysosmophobia : à propos des états-limites avec la schizophrénie en particulier), Tokyo, Igaku shoin, 1972, p. 3)

201 Remontant jusqu'à Casper, ils affirment également que la définition des « phobies des situations sociales » donnée par Janet « correspond parfaitement à celle de ce qu'on appelle le *taijinkyōfu* au Japon » [...] これは日本でいう対人恐怖に正確に相当するもののように思われる。 (*Ibid.*, p. 4)

202 Par exemple : « *mitweltabhängige "Eigengeruchs-Halluzination" mit Beziehungswahn* (« hallucination auto-olfactive » avec délire de relation dépendante du monde environnant) chez Walter K. (1962), « *paranoische Eigengeruchspsychose* » (psychose paranoïque auto-olfactive) chez Tellenbach (1965), « *phobische Geruchsillusion* » (illusion olfactive phobique) chez von Gebattel (1954), etc. (*Ibid.*, p. 35-44)

203 [...] 本症が日本ほど詳細に研究されたところほかにない。 (*Ibid.*, p. 4)

204 Réalité clinique qu'il faut en outre distinguer de la *souffrance psychique*, domaine de l'expérience bien plus vaste, qui n'est pas nécessairement reconnue comme symptôme.

205 CAUDILL William et DOI Takeo, « Interrelations of Psychiatry, Culture and Emotion in Japan » dans *Man's Image in Medicine and Anthropology*, New York, International Universities Press, 1963, p. 391. (Cette citation remonterait à 1958 d'après KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 157)

206 対人恐怖はわが国に多いか (NISHIZONO M., « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* », art cit, p. 375)

psychopathologiques qu'il y développe.

En dépit de ses limites évidentes, l'argument littéraire de Nishizono est régulièrement repris et ses lecteurs, adoptant la même attitude ambiguë que lui, ne retiendront son décompte bibliographique que comme un argument positif dans la démonstration de la fréquence du trouble. Ainsi procède Kawai Hayao, dans un article de 1975 où, après avoir concédé l'absence de données statistiques permettant de véritablement étayer ce fait, il utilise néanmoins le comptage de Nishizono comme un argument suffisant pour affirmer qu'« on peut bien penser que la phobie interpersonnelle est fréquente au Japon »²⁰⁷. Dans sa monographie (1977), Yamashita commence de la même manière par admettre qu'une comparaison internationale de l'incidence de la phobie interpersonnelle n'est pas possible faute de données statistiques fiables, puis s'appuie lui aussi sur la comparaison de Shimazono pour conclure qu'on peut à partir de ces éléments admettre sans risque qu'« il y a concrètement peu de cas de phobie interpersonnelle, ou que celle-ci n'a pas été bien comprise dans les pays occidentaux »²⁰⁸ – ce qui sont bien deux choses très différentes – et ne prendre finalement en considération que la première hypothèse.

Le caractère fragile, communément admis, des preuves empiriques fournies pour étayer ce qui constitue le fondement à partir duquel une réflexion comparatiste pourrait être développée n'a pas empêché de nombreux psychiatres, Kōra le premier, de déployer des *explications* au sujet de cette prévalence supposée élevée de la phobie interpersonnelle au Japon. L'hypothèse devient de manière quasi systématique un *fait* à expliquer. Et les précautions interprétatives semblent en définitive avoir peu de poids face à la puissance du paradigme culturaliste²⁰⁹. Le cas de Katō Masaaki, encore plus paradoxal à cet égard,

207 [...] やはり、対人恐怖は日本に多いと考えられることを示唆している。(KAWAI Hayao 河合隼雄, « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* » 自我・羞恥・恐怖—対人恐怖症の世界から— (Moi, honte, phobie – vus de l'univers de la phobie interpersonnelle), *Shisō* 思想, 1975, vol. 5, n° 611, p. 673)

208 « [...] that there are actually few cases of TK, or that TK has been not well understood in Western countries. » (YAMASHITA Itaru, *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, Sapporo, Hokkaido University Press, 1993, p. 75)

209 Ainsi Kondō K. admet aussi que « des recherches détaillée en psychiatrie comparée seraient nécessaires avant de pouvoir affirmer de manière précise que la fréquence élevée du *taijinkyōfu* est un phénomène propre au Japon », mais fonde néanmoins sa description des conditions sociales et culturelles favorisant sa survenue sur « la prémisse » (*zentei* 前提) que « c'est globalement un phénomène japonais » (je souligne) (対人恐怖症患者の多いことが、わが国に特有の現象であるかどうかについては、厳密に、さらに詳しい比較精神医学的な研究に俟たなければならないであろうが、上記の事実から、大体それが日本的な現象とってよいのではないかと思われる。) KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 157.

constitue un cas d'école. Alors qu'il se présente explicitement comme « critique de l'approche qu'on appelle "culturaliste" »²¹⁰, et qu'il souligne l'absence de statistiques permettant d'appuyer le fait que le *taijinkyōfu* serait plus fréquent au Japon qu'en Occident, il se propose néanmoins « en attendant une enquête quantitative, d'examiner les spécificités et la nature du *taijinkyōfu* »²¹¹. Et sa description – sur laquelle nous reviendrons bientôt – a recours à des arguments tout à fait classiques de la description culturaliste de la société japonaise (culture de la honte, féodalisme, etc.).

*

Il nous semble que le problème de la prévalence relative de la phobie interpersonnelle illustre le poids de l'origine moritienne du discours sur la phobie interpersonnelle, qui tend à biaiser sa perception, et permet d'entrevoir la puissance du paradigme culturaliste à l'œuvre. Le fait qu'il s'agit d'un diagnostic fréquent dans la clinique moritienne et l'importance de cette dernière dans le discours sur les névroses a certainement contribué à amplifier la perception de son importance dans la clinique japonaise, et ce d'autant plus facilement qu'il entrait en résonance avec une approche des névroses nouvelle soulignant le poids psychopathologique de la culture et le discours ambiant sur l'identité culturelle *spéciale* du Japon. Mais ce qui contribue à enraciner l'idée du *taijinkyōfu* comme névrose japonaise de manière décisive ce sont des arguments d'ordre psychopathologique, que nous allons maintenant examiner.

c. Des symptômes si japonais

i. Un délire de relation altruiste

Le délire de relation, qui devient l'un des traits caractéristiques de la phobie interpersonnelle des années 1960-1970 – comme nous l'avons vu – va faire l'objet d'une attention particulière dans la perspective comparatiste. Ce délire de relation anthropophobique aurait en effet ceci de particulier qu'il n'est pas caractérisé par un thème persécutoire, comme il l'est classiquement dans la schizophrénie par exemple, mais bien au contraire par la *culpabilité*. La peur du malade ne porte ainsi pas sur la malveillance supposée d'autrui à son égard, mais *sur les méfaits dont il croit se rendre*

210 KATŌ M., « *Taijinkyōfu o megutte* », art cit, p. 107.

211 したがってその量的検討をひかえるとして、対人恐怖の特性とその実態について考察してみた。
い。(Ibid., p. 109)

l'auteur à l'encontre des autres. C'est l'équipe rassemblée autour d'Uemoto à l'Université de Nagoya qui évoque en premier ce phénomène au sujet du groupe de patients qu'elle désigne par le nom de « délire pubère » (1967) :

« Ils font l'expérience, sous la forme d'un délire de relation, que quelque chose dans leur corps cause malgré eux du désagrément à autrui et qu'on les évite ; ils souffrent ainsi sur un mode auto-accusatoire de « causer du tort », ce qui est différent du rapport extra-punitif à autrui qu'on rencontre dans la schizophrénie. »²¹²

Abondant dans ce sens, Yamashita, qui considère lui ces patients comme des cas typiques de phobie interpersonnelle, propose un néologisme pour décrire ce délire particulier, qui aura par la suite un certain succès auprès de ses collègues : *kagai mōsō* 加害妄想, qu'on pourrait traduire par « délire du persécuteur », est pensé comme le pendant exact du terme *higai mōsō* 被害妄想, « délire de persécution (ou plus exactement du persécuté) »²¹³. Cependant Yamashita donne à ce symptôme une interprétation culturaliste qui était absente des textes de Nagoya. D'après lui, cette symptomatologie particulière du *taijinkyōfu* est liée à une attitude psychique particulière des patients vis-à-vis des personnes qui les entourent et qui s'exprimerait de trois manières : par un puissant désir d'intimité, un souci permanent des sentiments d'autrui, et une attitude d'auto-culpabilisation à tout propos²¹⁴. Or ces trois attitudes ne seraient qu'une seule et même chose :

« Tout en suppliant d'être aimé d'autrui, d'être pris en amitié, de pouvoir communier avec l'autre sans réserve, ils ont pour cette raison une peur terrible de n'être pas aimé, d'être ostracisé, ou qu'on pense d'eux qu'ils mettent mal à l'aise, ainsi se sentent-ils vides. Leurs antennes sensibles, toujours nerveusement tendues, captent les sentiments de leurs interlocuteurs et ils se torturent avec le souvenir de leurs moindres expressions, se désolent de leur propre chef et se renferment chez eux. Délire du persécuteur, l'expression est maladroite, mais c'est ainsi que j'aimerais appeler ce sentiment de crainte de causer du tort à autrui, de déranger son interlocuteur, de l'indisposer. »²¹⁵

212 彼等は自分が、自分の身体が不本意に他者に与えている不快感を、他者の忌避を関係妄想の形で体験し、そのように“迷惑をかけている”自分を、自責的に悩むのであり、これは分裂病に於ける、他者に対する他罰的な関係とは異なる。(Cité par Yamashita 1970 YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfu ni tsuite* » 対人恐怖について (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 365)

213 *Ibid.*

214 *Ibid.*, p. 369.

215 人に好かれ、親しまれ、気兼ねなくとけ合うことを希いながら、それゆえに人に嫌われ、うとまれ、肩のこるつき合いづらい人間であることをはなはだしくおそれ、そのために自分を空

Ce symptôme qui se présente ainsi comme un souci extrême pour autrui offre un écho évident à certaines normes comportementales perçues comme japonaises. Se fondant, à la manière de Doi, sur l'argument linguistique selon lequel la présence dans une langue d'un terme absent d'autres langues exprime une manière spécifique de concevoir le monde ou, dans ce cas précis, les relations humaines, Yamashita relève que l'existence du concept d'*enryo* 遠慮 (retenue) dénote un sentiment normal dans la société japonaise, avec lequel la « phobie du persécuteur » ne présenterait qu'une *différence de degré* et non de nature. Or comme ce symptôme occupe une place centrale dans la définition de Yamashita (qui défend, rappelons-le, une version délirante de la phobie sociale), il appuie l'idée que celle-ci est une névrose présentant une cohérence forte avec ce que seraient les comportements normaux dans la société japonaise.

S'appuyant sur cette même particularité du délire de relation, présente d'après eux seulement dans certaines formes de la phobie interpersonnelle, Kasahara et ses collègues (1972) évoquent le terme de « phobie altruiste », remontant à un article en allemand de 1892 (H. Kaan « *altruistische Phobien* »)²¹⁶. Toutefois ils tendent à exclure une interprétation du type de celle de Yamashita : le terme ne leur semble en effet pas adéquat en raison, justement, de la mésinterprétation qu'il induit : l'altruisme désignant normalement « une contribution ou un sacrifice actif à l'égard d'autrui »²¹⁷, ils proposent à la place de parler de phobies « allocentrées » (*tasha-chūshinsei no kyōfushō* 他者中心性の恐怖症), par opposition à des phobies « égocentrées » (*jiko-chūshinsei* 自己中心性), tout en notant par ailleurs que *ces deux tendances existent* dans la phobie interpersonnelle. Or affirmer que le *taijinkyōfu* n'est pas une forme d'altruisme dénote une manière d'envisager la question très différente de celle de Yamashita. Quoique la question du rapport entre le *taijinkyōfu* et la culture japonaise n'intéresse pas spécifiquement Kasahara et ses collègues dans cet ouvrage, il semble clair pour eux que le délire de relation, quels que soient ses échos culturels, demeure ancré dans une dimension pathologique nettement distinguée de ce qui relève du comportement normal. Pour Yamashita il importe au

しくし[sic]。鋭敏な触角を絶えずぴりぴりと張りつめて相手の気持ちを取り出し、一顰一笑の余韻にまで心を痛め、独り勝手に恐縮して自らひきこもる。この気持ちを、ぎこちない表現であるが、加害恐怖、すなわち他人に害を加えること、相手に迷惑をかけ、感情を害することを恐れる気持、とよんでおきたい、と思うのである。(Ibid.)

216 KASAHARA Y. ET AL., *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu*, op. cit., p. 21.

217 [...] 他者への積極的な寄与や献身 [...] (Ibid.)

contraire de souligner la *continuité* entre ce qui ne serait en fin de compte que deux formes, l'une socialement acceptable et l'autre pathologique, d'un souci de l'autre.

ii. Le poids du regard

Le *regard* en jeu dans la scopophobie, qui reçoit une grande attention théorique durant cette période et dont on dit qu'elle serait désormais l'un de ses, voire son symptôme le plus fréquent, est un autre élément qui contribue à enraciner le *taijinkyōfu* dans la culture japonaise aux yeux des psychiatres.

L'état de l'art établi par Kasahara et al en 1972 atteste d'un intérêt presque exclusivement japonais pour ce symptôme²¹⁸. Ils ne recensent aucun cas qui pourrait être qualifié de scopophobie dans la littérature non japonaise. Kasahara suggère quelques années plus tard (1975) que la raison de cette apparente propension spécifique au thème du regard chez les anthropophobes japonais est à chercher du côté de l'anthropologie : la sensibilité au regard (au fait de regarder comme à celui d'être regardé) serait une caractéristique culturelle japonaise, inculquée dès l'enfance. Ainsi dans les rapports quotidiens « *the act of staring at the person to whom one is talking is quite extraordinary and considered to be rude* »²¹⁹.

Plusieurs psychiatres notent ainsi que le regard, mais aussi l'expression faciale, en tant que supports de la communication non verbale, revêtent au Japon une importance particulière. Ils font là écho à un lieu commun des nippologies qui oppose une culture occidentale intellectualisante, rationalisante et verbeuse, à une culture japonaise émotive, impressionniste, implicite voire irrationnelle, et *favorisant des formes de communication non-linguistiques*²²⁰. Kondō Akihisa en particulier, dans la présentation qu'il fait lors du colloque de 1963 sur les « spécificités japonaises des névroses », propose une analyse inspirée de Watsuji Tetsurō dans laquelle il cherche notamment à montrer le caractère déterminant de l'organisation spatiale de la maison traditionnelle japonaise sur la formation d'une forme de fond psychique japonais caractérisé par « la[situation psychique de] prévenance » (*hairiyoteki seishin jōkyō* 配慮的精神状況) et « l'interdépendance »

218 A l'exception de quelques psychanalystes (Fenichel, Ferenczi) qui auraient évoqué des états semblables sous les noms de « *stage-fright*, *scop(t)o-phobia* » (*Ibid.*, p. 3)

219 KASAHARA Yomishi, « Fear of Eye-to-Eye Confrontation among Neurotic Patients in Japan » dans *Japanese Culture and Behaviour*, Honolulu, University of Hawaii Press, 1986, p. 385.

220 BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, *op. cit.*, p. 34-39.

(*sōgoteki izon kankei* 相互的依存関係) des individus²²¹. La forme de cohabitation induite par « la maison japonaise » et ses espaces ouverts, exposant de manière constante ses occupants au regard d'autrui, serait à l'origine d'une « conscience mutuelle permanente du regard » de l'autre et, les « yeux [étant] la fenêtre de l'âme », d'une tendance à *percevoir l'état émotif d'autrui par le ressenti mutuel du regard* et ce sans le besoin d'une expression linguistique explicite²²². Cette sensibilité mutuelle au regard conduirait à un *souci* du regard, souci double : conscience du regard d'autrui et, par retournement, conscience de son propre regard (une analyse qu'il applique également aux expressions faciales)²²³. Ce souci fait partie des facteurs qui contribuent d'après lui à la formation du caractère « prévenant » de la culture japonaise, caractère qui serait au fondement du tempérament hypocondriaque décrit par Morita²²⁴. Plus loin, il souligne l'importance des objets sur lesquels se fixe la phobie interpersonnelle : yeux, visage, voix, etc.²²⁵ et, quoiqu'il n'explique pas pour quelle raison il trouve cela « frappant », il nous semble qu'il suggère là un rapport entre le poids de la communication extra-linguistique au Japon et les formes du *taijinkyōfu* prenant pour thème le regard ou l'expression faciale.

iii. La phobie de la honte ?

Élément central de la théorie moritienne du *taijinkyōfu* comme « phobie de la honte », et topos du discours sur l'identité japonaise avec l'idée du Japon comme « culture de la honte », on pourrait s'attendre à ce que la question de la honte occupe une place centrale dans les discussions sur la détermination culturelle de cette névrose. Or il n'en est rien, la honte n'apparaît pas comme un thème central de la littérature sur la phobie interpersonnelle des années 1960-1970. En effet, un problème logique se pose rapidement dès lors que l'on considère successivement ces prémisses : la phobie interpersonnelle est une névrose *japonaise*, c'est une *phobie de la honte*, le Japon est une *culture de la honte*. On aboutit ainsi à une contradiction : en quoi est-il typiquement japonais d'être anthropophobe, c'est-à-dire selon la théorie moritienne *obsédé par un conflit contre le sentiment de honte*, dans un pays qui favoriserait justement la honte comme sentiment

221 KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Nihon bunka no hairyōteki seikaku to shinkeishitsu* » 日本文化の配慮的性格と神経質 (Le caractère prévenant de la culture japonaise et le nervosisme), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 13-22.

222 *Ibid.*, p. 98.

223 *Ibid.*

224 *Ibid.*, p. 103-104.

225 *Ibid.*, p. 105.

régulateur des rapports sociaux ?

Il faut soit abandonner certaines prémisses, soit modifier certaines variables de l'équation. Ainsi Katō Masaaki (1964) considère bien la « culture de la honte » (dans laquelle, rappelons-le, il identifie un « reste de prémodernité ») comme formant l'arrière-plan culturel de la phobie interpersonnelle dans la mesure où il ne semble pas adopter la thèse moritienne conflictuelle de la phobie de la honte. Le *taijinkyōfu* renvoie chez lui à une « peur de produire une mauvaise impression » dans les situations interpersonnelles, qui relève avant tout d'un « désir de dépendance ».²²⁶ Nishida Hirofumi (1968) envisage lui aussi le rapport entre la honte et la phobie interpersonnelle, mais selon un point de vue clinique et une perspective historique légèrement différents puisqu'il évoque lui, rappelons-nous, précisément *le recul de la valeur éthique accordée au sentiment de honte* pour expliquer l'impression clinique d'une *évolution symptomatologique* du *taijinkyōfu*. Cette remarque se situe à la suite d'une analyse qu'il fait des transformations de la famille et de société japonaises après-guerre et de leurs effets psychopathologiques dans la jeunesse²²⁷. D'après Nishida, les jeunes de l'après-guerre vivraient l'angoisse d'une impossible construction identitaire (en raison de l'absence ou de la surabondance des modèles avec ou contre lesquels se construire), renforcée par le décalage entre le monde social et le foyer surprotecteur dominé par la figure maternelle, situation qui serait responsable d'une tendance à éprouver de la *peur* dans les situations sociales éloignées du foyer. L'apparente baisse du nombre d'éreuthophobes et l'augmentation du nombre de scopophobes et dysosmophobes pourrait bien être, d'après lui, le reflet de ce recul de la « conscience de la honte vis-à-vis d'autrui » reflétant le système féodal disparu, et de l'apparition d'une « conscience de la peur d'autrui » reflétant la société japonaise anémique d'après-guerre²²⁸. Pour faire tenir ensemble l'idée de la honte comme jouant un

226 KATŌ M., « *Taijinkyōfu o megutte* », art cit, p. 109-110.

227 Analyse dans laquelle il identifie principalement deux caractéristiques nouvelles : le poids du rapport mère-enfant (et l'absence du père) dans la nouvelle famille-nucléaire, et la sorte d'anomie qui aurait résulté de « l'effondrement du système “féodal” de règles et de valeurs » depuis la fin de la guerre, remplacé par rien si ce n'est une acception d'après lui biaisée de la démocratie avant tout caractérisée par le « refus de l'autorité » (et qui ne voudrait que « l'individualisme » et les « droits », sans les responsabilités et les devoirs). Rappelons que cet article date de 1968. (NISHIDA Hirofumi 西田博文, « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* » 青年期神経症の時代的変遷—真因と病像に関して—, 児童精神医学とその近接領域, 1968, vol. 9, n° 4, p. 244-246) Sur cette tendance à rendre la famille nucléaire responsable de tous les maux de l'enfance et de l'adolescence après-guerre, voir : LOCK Margaret, « New Japanese Mythologies: Faltering Discipline and the Ailing Housewife », *American Ethnologist*, 1988, vol. 15, n° 1, p. 43-61.

228 NISHIDA H., « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* », art cit, p. 246. On

rôle essentiel dans les rapports interpersonnels au Japon, et le principe morisien selon lequel ce n'est pas la honte qui est en soi problématique mais la manière dont l'individu réagit vis-à-vis d'elle, Kawai Hayao, célèbre psychologue et psychanalyste jungien, adopte lui une autre option qui est d'envisager un décalage entre l'éthique japonaise dominante et le type d'éthique adoptée par les anthropophobes²²⁹, mais nous y reviendrons plus loin.

Le fait que les symptômes de la phobie interpersonnelle des patients japonais semblent « [refléter] des valeurs normatives qui sanctionnent de manière positive des comportements allocentrés, tournés vers autrui, la négation de soi et l'importance de relations interpersonnelles harmonieuses »²³⁰, comme le notait Russell, exige en tant que tel une *interprétation*. Et la question essentielle pour les psychiatres qui se penchent sur cette pathologie est bien de décider *de quelle nature est le rapport* entre le *taijinkyōfu*, ses symptômes, les dynamiques psychologiques qui le sous-tendent, et la norme culturelle à laquelle il semble renvoyer.

3.2.2. Japon et *taijinkyōfu* : les interprétations variées d'un rapport privilégié

Si la réflexion sur le *taijinkyōfu* dans les années 1960-70 donne l'impression de s'engouffrer dans la brèche des discours sur l'identité japonaise, ce consensus autour de l'idée générale que la phobie interpersonnelle *a quelque chose de japonais*, pour le formuler de la manière la plus large possible, – qu'il s'agit d'une « forme culturelle japonaise »²³¹ – ne doit pas masquer le fait que les interprétations du rapport entre cette névrose et la culture ou la société japonaises sont très variées. Comme nous venons de l'entrevoir, les positions peuvent à vrai dire être si différentes qu'elles disent parfois des choses radicalement opposées, ce qui oblige à s'y intéresser de plus près pour en comprendre les enjeux.

On peut organiser ces positions autour de deux dichotomies principales²³². La première

notera au passage que cette interprétation contredit celle de Kondō A., évoquée au point précédent, quant à la signification historico-culturelle du thème phobique du regard.

229 KAWAI H., « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* », art cit, p. 677-679.

230 RUSSELL J.G., « Anxiety disorders in Japan », art cit, p. 398.

231 わが国の文化形態 (SHINPUKU Naotake 新福尚武, « *Jobun* » 序文 (Introduction), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 364)

232 Nous présentons ici de manière schématique des oppositions qui dans les faits sont rarement totales : le plus souvent, les auteurs tendent à privilégier une position tout en ménageant à l'autre a minima la place d'une hypothèse.

concerne le type de vision historique adoptée. Elle oppose, d'un côté, une tendance qu'on pourrait métaphoriquement qualifier de « fixiste », accentuant la continuité aux dépens du changement historique et qui conçoit le *taijinkyōfu* comme le symptôme de ce qui se conserve du passé, de ce qui *n'évolue pas*. Et de l'autre côté, une position qu'on pourrait qualifier par opposition d'« évolutionniste » qui inscrit le *taijinkyōfu* dans la dynamique historique et ramène son apparition, l'évolution de ses symptômes, de sa prévalence, etc. à l'expression psychopathologique des transformations culturelles et sociales. La seconde dichotomie porte sur le rapport d'adéquation, ou d'inadéquation, entre la phobie interpersonnelle et les normes comportementales dans la société japonaise. La vision que nous qualifierons de *continuiste* de la phobie interpersonnelle, comme version extrême, pathologique, de comportements et de sentiments normaux au Japon, s'oppose à une vision qu'on appellera *discontinuiste*, qui met plutôt en avant le comportement des anthropophobes comme le produit d'un conflit entre des exigences psychologiques conformes et d'autres contraires aux normes de comportement dans la société japonaise.

a. La phobie interpersonnelle face à l'Histoire : fixisme et évolutionnisme

i. La tendance fixiste : le *taijinkyōfu* comme vestige prémoderne

Puisqu'il s'agit, pour les premiers psychiatres qui se penchent sur cette question, de comprendre la manière dont le contexte socioculturel japonais pourrait déterminer l'apparition et la fréquence de la phobie interpersonnelle, c'est d'abord vers des descriptions des particularités des *relations interpersonnelles* au Japon qu'ils se tournent. Kōra, qui inaugurerait cette problématique, trouvait ainsi dans la description du poids et de la complexité des relations humaines au Japon par Nakamura Hajime un cadre explicatif satisfaisant pour inscrire cette névrose dans son contexte culturel. Si le rattachement au groupe est si important pour les Japonais, quoi de plus naturel qu'il puisse fréquemment engendrer chez eux une peur intense d'être rejeté par ce groupe, la société, autrui, autrement dit qu'il puisse produire du *taijinkyōfu* ?, suggérait-il. Son élève, Kondō K. enrichit cette hypothèse, comme nous l'avons vu, en compilant des idées issues de plusieurs ouvrages en sciences sociales des années 1950 – et s'inscrivant pour la plupart dans la veine du *nihonjinron*. Il prend alors les choses très en amont : de l'environnement géographique particulier du Japon, il évoque en détail les conditions de vie dans la société traditionnelle villageoise agricole – sans jamais la situer dans le temps – pour finalement

décrire le système familial de l'*ie* en tant qu'institution structurant les relations humaines. De là il aboutit à l'énumération d'une série de « spécificités des relations humaines au Japon » relevant tant du domaine social que psychologique et qui porteraient « l'empreinte de ce système familial »²³³ : l'importance du statut hiérarchique (*mibun kaisō* 身分階層), les contraintes liées à l'appartenance au groupe, la défiance vis-à-vis de qui se situe en dehors du groupe, la tendance à une gestion émotive plutôt que rationnelle des rapports humains, la non-reconnaissance de la subjectivité individuelle et la faible conscience d'être un individu autonome, la tendance des Japonais à être tourné vers autrui et même soumis à l'approbation par autrui, exprimée par les concepts de « sens des convenances » (*sekentei* 世間態), de « devoir » (義理 *giri*) et de « honte » (恥 *haji*), l'importance plus grande accordée aux rapports d'interdépendance plutôt qu'à l'autonomie des individus, etc. Les rapports interpersonnels au Japon reflèteraient ainsi des « restes de prémodernité » (*zenkindaisei* 前近代性) encore profondément ancrés dans la structure sociale japonaise, le Japon n'ayant pas connu un processus complet de sécularisation de sa structure familiale²³⁴. De manière générale, la contribution de Kondō K., bien qu'elle semble avoir été peu lue (elle n'est presque jamais citée), offre un catalogue presque exhaustif des éléments de description de « la culture japonaise », et en particulier des relations interpersonnelles au Japon, qui seront par la suite employés par ses collègues.

Une position ouvertement non essentialiste et affirmant l'importance de prendre en considération la perspective historique est défendue de la manière la plus explicite, mais non sans ambiguïté, par Katō Masaaki à l'occasion du colloque de 1963 consacré aux « spécificités japonaises des névrose(s) ». Dans l'article tiré de son intervention, Katō traite de deux questions différentes : la possibilité d'une pratique authentique de la psychothérapie au Japon, et la nature ainsi que la clinique de la phobie interpersonnelle. Il y affiche tout d'abord son rejet de principe d'une certaine forme de culturalisme :

« [...] quand bien même il existerait des spécificités japonaises, je ne crois pas que celles-ci résident fondamentalement dans des spécificités ethniques ou géographiques, mais dans le développement social, économique, et dans la manière dont les contraintes pesant sur les rapports interpersonnels déterminent la relation des patients

233 KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 167.

234 *Ibid.*, p. 167, 169.

névrosés au médecin et à la société. »²³⁵

Katō oppose à un « point de vue culturaliste » (*bunkashugitekina tachiba* 文化主義的な立場) conservateur, une approche théorique marxisante qui met en avant les « structures souterraines au fondement de la “culture” », c’est-à-dire des facteurs sociaux et économiques, ce qui le conduit à assigner aux « spécificités des relations interpersonnelles japonaises » évoquées par ses collègues – et que nous venons de voir – un statut différent. Il formule ainsi une critique très précise et argumentée au sujet des descriptions essentialistes de certains caractères psychopathologiques et de l’état de la pratique psychothérapeutique au Japon²³⁶ et affirme que c’est plutôt du côté de la *dynamique historique* qu’il faut chercher d’éventuelles « spécificités japonaises » :

« le Japon est en train de se transformer à grande vitesse en une “société de masse”, et c’est plutôt la confusion mentale engendrée par ces transformations brutales qui constitue une particularité “japonaise” »²³⁷.

Cependant, lorsqu’il traite de la phobie interpersonnelle, Katō utilise des descriptions de la société japonaise qui relèvent précisément du culturalisme contre lequel il vient de

235 およそ日本的特性といえるものがあつたとしても、それは根元的に民族的特性とか、風土的特性などではなくて、日本における社会的、経済的發展ないしは制約のもとにおける対人関係のありかたが、神経症患者の対医師、対社会における対人関係を、規定しているものとする。

(KATŌ M., « *Taijinkyōfu o megutte* », art cit, p. 107)

236 La position de Katō consiste à refuser de considérer comme relevant d’une hypothétique essence japonaise les éléments psychopathologiques avancés comme « spécifiquement japonais » par « des chercheurs américains », mais aussi des Japonais (à leur suite). Les envisageant pour sa part dans une perspective historique, il leur confère le statut de « restes de prémodernité dans le Japon contemporain » (p.107). Ces éléments sont, par exemple, le traitement psychothérapeutique des névroses décrit par Moloney comme un « renforcement de tendances régressives » (*taikō keikō no jochō* 退行傾向の助長 p.107), ou encore la puissance du « désir de dépendance » (*izon yokkyū* 依存欲求 p.107) soulignée par Caudill et Doi. Katō ne rejette pas fondamentalement ces éléments (mais leur seule généralisation), au contraire il y reconnaît des « faits réels » (p.107), mais il les relativise historiquement en les décrivant comme des *vestiges d’un état antérieur de la société japonaise appelés à disparaître* – ou plutôt qu’il appelle à éliminer. La tendance à cultiver le désir de dépendance du patient, au détriment de son désir d’indépendance, souligne-t-il, est présente dans le cadre psychothérapeutique japonais (p.108), tant dans l’orientation générale de ce qu’il appelle « les thérapies orientales » (*tōyōteki seishinryōhō* 東洋的精神療法 p.111) (telles que la thérapie Morita), que par le type de relation qui tend à se mettre en place entre le thérapeute et le patient dans la pratique psychothérapeutique en général (p.111) : tout cela porte bien la trace de cet héritage « prémoderne ». Mais ces défauts, car c’est bien de cela qu’il s’agit pour Katō, peuvent selon lui s’expliquer sociologiquement – en raison du manque de formation des psychiatres à la psychothérapie, du type d’éducation médicale reçue par la génération des psychiatres formés avant la guerre – et doivent être corrigés.

237 現実の日本は急激に「大衆社会」として変貌しつつあり、むしろこのような急激な変化における混然とした精神状況こそが「日本的」特性となっているのである。(KATŌ M., « *Taijinkyōfu o megutte* », art cit, p. 107)

prendre position et qui ne tiennent compte ni des « structures souterraines » de la culture ni des transformations sociales. On s'étonne ainsi de lire sous sa plume que c'est précisément le « désir de dépendance » qui se trouve au fondement de la phobie interpersonnelle²³⁸, que ce désir est sous-tendu par « le vaste réseau des obligations réciproques » et cette « culture de la honte » décrite par Benedict, et par le poids des facteurs « irrationnels et émotifs » dans les rapports interpersonnels en général, etc. Il nous semble cependant qu'on peut trouver un indice pour éclairer ce paradoxe apparent dans les traits psychologiques qu'il utilise pour décrire les peurs des anthropophobes :

« On peut considérer que [ces peurs] sont, du point de vue des caractéristiques du rapport interpersonnel, constituées d'un élément « traditionnel » centré sur les rapports hiérarchiques, et d'un élément « situationnel », centré sur le rapport à la société. Le premier se fonde principalement sur des éléments prémodernes, il est lié à la crainte des supérieurs et à la question des apparences ; le second est lié au respect du sens des convenances et à l'honneur. Aussi, cet élément situationnel n'est pas celui qu'on rencontre dans les sociétés de masse, mais il a quelque chose de prémoderne lié au sens de la honte. Quoi qu'il en soit, [ces peurs] manquent des éléments d'intériorité et d'individualité qu'on observe dans les sociétés individualistes occidentales. »²³⁹

On peut, croyons-nous, faire deux interprétations de cette description. Soit, à un premier niveau, y voir l'échec de la tentative de Katō pour proposer une lecture marxisante de la « spécificité japonaise » de la phobie interpersonnelle face à la puissance du paradigme nippologique par lequel il se laisserait phagocyter. Soit – et c'est pour cette seconde option que nous penchons – en prenant Katō au mot, comprendre que la phobie interpersonnelle est pour lui, au même titre que les aspects de la pratique de la psychothérapie au Japon qu'il critique, un héritage, *un résidu psychopathologique de la « prémodernité » de la société japonaise*, qui n'appartient pas à la société de masse en

238 [...] 依存欲求がその根底にあるとみなされる。(Ibid., p. 109-110)

239 [...] これを対人関係の特性からみると上下関係を中心とする伝統志向的 tradition-oriented の要素と、世間との関係を中心とする状況志向的 situation-oriented の要素があるように思われる。前者を主として前近代要素にもとづくものであり、上長に対する顧慮や自己の体面などにつながり、後者は世間態や面子などにつながっている。したがって、状況志向的要素とはいえ、大衆社会におけるそれとは異なるものであり、やはり恥の意識につながる前近代的なものであるとかがえられる。いずれにしても西欧の個人主義社会にみられる内面志向的 inward-oriented ないしは、個人志向的 individual-oriented の要素に欠けている。(Ibid., p. 110)

train d'advenir.

Dans ce tableau des rapports interpersonnels au Japon, et surtout dans l'interprétation de leur signification historique en termes de « restes » d'un état passé de la société japonaise, émerge en filigrane la tonalité tendanciellement autocritique du *nihonjinron* d'années d'après-guerre jusqu'à la fin des années 1950 – période décrite par Aoki Tamotsu comme celle d'une « reconnaissance négative des spécificités japonaises »²⁴⁰ – où, chez les penseurs progressistes, dans la volonté de « démocratisation » de la société japonaise, tout ce qui semble alors distinguer le Japon des États-Unis est mis sur le compte du caractère « féodal » ou « prémoderne » de la culture japonaise, son système familial étant en particulier tenu pour responsable de cette « arriération »²⁴¹.

Un autre angle d'approche développé dans cette perspective fixiste – comme nous l'avons appelée –, consiste à mettre l'accent moins sur la forme des relations humaines que sur la description d'un *fond psychologique*, voire d'un *moi*, japonais qui serait déterminant dans l'émergence de la phobie interpersonnelle. C'est par exemple ce que fait Kondō A. en 1964 dans sa tentative watsujienne de développer une théorie « spatialiste » (ou « mésologique », pour employer le terme forgé par Augustin Berque) de la psyché japonaise. Il enracine ainsi dans l'espace de la maison (traditionnelle) japonaise des motifs dont la plupart sont identiques à ceux déjà énumérés par Kondō K. (sur la communication non-linguistique, les rapports interpersonnels privilégiant l'harmonie émotive et l'interdépendance, la rupture entre l'intérieur et l'extérieur du groupe, etc.) et y ajoute notamment l'idée d'un moi japonais, qui serait plutôt un « soi » (*jibun* 自分) en tous points opposé au « moi » occidental (*jiga* 自我). Aux frontières moins définies, le « soi » japonais *se redéterminerait constamment dans le rapport à l'autre* et serait donc à la fois passif, mais aussi dynamique et « émotif » ; tandis que le moi occidental moderne serait « depuis Descartes », « sujet, actif, indépendant », mais aussi « rigide, consistant et intellectuel »²⁴². Tous ces éléments contribueraient à former la « situation psychique de symbiose et de prévenance » (*hairiyoteki sōgo izonteki seishinteki jōkyō* 配慮の相互依存的 精神の状況)²⁴³ qui constituerait le fond psychologique des Japonais, lui-même à la base du

240 AOKI T., « *Nihon bunkaron* » *no hen'yo*, *op. cit.*, p. 56-67.

241 C'est là une thèse défendue par le sociologue Kawashima Takeyoshi, sur lequel s'appuie notamment Kondō (BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, *op. cit.*, p. 135-138)

242 KONDŌ A., « *Nihon bunka no hairiyōteki seikaku to shinkeishitsu* », art cit, p. 99.

243 *Ibid.*, p. 105.

« fond hypocondriaque » moritien²⁴⁴, dont la phobie interpersonnelle serait précisément l'expression paradigmatique. L'idée de ce moi japonais particulier, qui est un topos des écrits nippologiques du domaine « psy », développé par le psychologue Minami Hiroshi 南博 (1914-2001) dès 1954²⁴⁵, est évoquée par de nombreux auteurs au cours des années 1970 pour expliquer la fréquence de la phobie interpersonnelle au Japon²⁴⁶. Et, à l'image de l'évolution générale des nippologies qui prennent un ton plus affirmatif à partir de la moitié des années 1960 en accompagnant le décollage économique du pays²⁴⁷, cette approche qui ancre la différence culturelle directement dans la dimension psychologique tend à apprécier celle-ci de manière plus positive. Il n'est plus question de féodalisme, mais plutôt de la complexité, du raffinement voire de l'insaisissabilité (pour des Occidentaux) des nuances de la culture japonaise.

Toutefois, si ces descriptions tendent à peindre un tableau figé de la société japonaise, les positions des psychiatres sont rarement radicales et chez tous ces auteurs la question du changement historique est présente, ne serait-ce qu'à titre d'hypothèse.

ii. La tendance évolutionniste : le *taijinkyōfu* comme symptôme de l'histoire contemporaine

C'est du côté du courant moritien qu'on rencontre les premières tentatives pour prendre en compte certains changements historiques contemporains comme facteurs psychopathologiques déterminants dans l'apparition et l'évolution de la phobie interpersonnelle. Si Kōra se contentait en 1955 d'ébaucher l'idée de la coexistence de « traditions » et d'une « conscience de liberté » nouvelle comme terrain favorable à l'émergence de conflits psychiques, Kondō K. (1960), tente de lui donner une forme un

244 Signalons que cette idée du fond hypocondriaque comme mentalité commune des Japonais a connu l'un de ses premiers développements dans les écrits de Naka Shūzō (de l'Université impériale de Kyūshū, camarade de Kōra) lorsqu'il était en poste dans les années 1940 à l'université impériale de Taiwan et s'intéressait au nervosisme des colons japonais. Il y voyait alors, contre les théories occidentales sur la dégénérescence raciale et la perte de l'identité nationale des colons sous les climats tropicaux, la garantie de leur « japonité » préservée. (WU Yu-Chuan, *A Disorder of Ki: Alternative Treatments for Neurasthenia in Japan, 1890-1945*, University College London, Londres, 2012, p. 233-244)

245 Dans son ouvrage de psychologie sociale « La psychologie des Japonais » (*Nihonjin no shinri* 『日本人の心理』 1954), écrit dans l'esprit autocritique de l'après-guerre, Minami évoquait ainsi le moi « faible », « incertain », « passif », « immature » des Japonais opposé en tous points au moi « moderne », « indépendant », « responsable », etc. des Occidentaux. Cette connotation négative a disparu chez Kondō A.

246 Par exemple chez Yamashita 1970, Miyoshi 1970, Kawai 1975.

247 AOKI T., « *Nihon bunkaron* » *no hen'yo*, *op. cit.*, p. 86-88.

peu plus précise. Ce qui dans la société japonaise exercerait une pression culturelle contradictoire génératrice de « tensions et de conflits » c'est l'existence simultanée « d'éléments prémodernes et modernes », responsable d'une instabilité du système des normes culturelles génératrice de confusion²⁴⁸. Cette situation se reflèterait telle quelle dans les rapports interpersonnels et l'on peut supposer, avance-t-il, qu'« elle exacerbe les peurs et les conflits interpersonnels » déjà présents dans la société japonaise²⁴⁹. Ainsi, illustre-t-il :

« On reconnaît comme idéal des relations interpersonnelles celles du capitalisme moderne, [c'est-à-dire] des relations d'individu à individu, pris comme sujets autonomes, fondées sur des relations contractuelles de droits et de devoirs mutuels. Cependant dans les faits, la société japonaise actuelle est peut-être encore, dans sa structure et dans son caractère, prémoderne, et les rapports interpersonnels y sont sous-tendus par les principes féodaux de *giri* et de *ninjō*. Ainsi, bien souvent, se comporter dans le cadre interpersonnel comme individu autonome demeure un principe affirmé mais non suivi en pratique. »²⁵⁰

Kondō A. (1970) propose lors du colloque de 1969 une variation sur la même idée : la psychologie des anthropophobes serait le reflet d'une contradiction de la société japonaise contemporaine entre « la forte tendance à [adopter] une *attitude prévenante* dans les rapports interpersonnels au Japon »²⁵¹ – qu'il entend comme le souci de ce qu'autrui pense de moi –, et les exigences de la « société de compétition » (*kyōsō shakai* 競争社会), qui émerge avec la modernisation depuis l'ère Meiji, lesquelles exigences poussent à « l'affirmation de soi » dans des rapports entre les individus qui se font sur un mode plus conflictuel²⁵². Kondō A. propose en outre dans cette communication une réflexion sur la manière dont concrètement, ces contradictions culturelles en viennent à devenir une réalité

248 KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 173.

249 *Ibid.*

250 [...] われわれは理念として、個人々々が各々独立した主体として、相互に権利義務の契約関係の上に立つてふるまうことが近代資本主義社会における対人関係であることを承知している。しかるに、日本の社会の現実はその構造や性格は多分今尚近代性を残しているし、対人関係も封建的な義理や人情によって支持されているのである。かくて、対人関係において自主的な個人として振舞うことは多くの場合あくまでも「たてまえ」の原理に止まらざるをえない。

(*Ibid.*)

251 とくにわが国のように人間関係において配慮的態度が強く [...] (KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Taijinkyōfu ni tsuite* » 対人恐怖について (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 382)

252 *Ibid.*, p. 382-384.

psychopathologique : nous y reviendrons plus loin, contentons-nous pour l'instant de noter qu'il situe le contexte historique décisif au niveau de la rupture introduite à l'ère Meiji entre une culture du souci de l'autre (autochtone) et une culture individualiste (importée). Toutefois, comme le fera remarquer Uchinuma Yukio à plusieurs reprises au cours des années 1970, au sujet de cette hypothèse formulée par Kondō A., « pour appuyer le fait que [ces transformations] sont effectivement internalisées par les névrosés, une quantité importante de preuves serait nécessaire »²⁵³, or en l'état, note-t-il ailleurs, « nous n'avons aucune preuve statistique de l'augmentation de la phobie interpersonnelle à partir de Meiji »²⁵⁴.

L'évolution symptomatique

Si cette tentative d'inscrire la survenue de la phobie interpersonnelle dans l'histoire japonaise moderne japonaise demeure timide, les psychiatres invoquent en revanche avec plus d'assurance les facteurs historico-culturels pour expliquer les évolutions récemment observées dans la clinique du trouble, autrement dit comme *modificateurs* et non comme facteurs étiologiques du *taijinkyōfu*. On notera que le changement historique tend alors à être apprécié de manière plutôt négative ou du moins inquiète.

On se rappelle que plusieurs chercheurs de l'Université de Kyūshū rapportaient la baisse du *taijinkyōfu* moritien et la hausse du *taijinkyōfu* délirant, pour le dire vite, à des transformations sociales et culturelles du Japon de l'après-guerre : en particulier une « simplification du cadre complexe régissant les comportements dans les rapports interpersonnels »²⁵⁵, voire à une sorte d'anomie ambiante résultant du non-remplacement du cadre éthique « féodal » en vigueur jusqu'à la fin de la guerre²⁵⁶. Dans une perspective semblable du déclin ou du remplacement d'un certain modèle culturel par un autre, Aono

253 [...] はたして神経症者に内在化されているかどうか、それだけでも膨大な資料の裏づけを必要としよう。(UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, « *Taijinkyōfushō no shōjō kōzō – Morita to Furankeru no shinkeishōron oyobi chiryō gihō o megutte* » 対人恐怖症の症状構造—森田と فرانケルの神経症論及び治療技法をめぐって— (La structure symptomatologique de la phobie interpersonnelle – autour des théories de la névrose et des techniques thérapeutiques de Morita et de Frankl), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1971, vol. 73, n° 5, p. 391)

254 しかしながら明治以後に対人恐怖が急激に増加したという統計もない [...] (UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, *op. cit.*, p. 210)

255 戦後における若い世代の人間関係のありかたの、もっとも大きな変化の一つを、上述の複雑な行動のわく組の簡素化 (IKEDA K., « *Shinkeishō mondai no haikai ni aru mono* », art cit, p. 90)

256 NISHIDA H., « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* », art cit, p. 245.

et al. (un groupe de chercheurs rattachés aux universités de Sendai et Fukushima, et qui n'appartiennent pas à l'école moritienne) proposent eux d'expliquer l'augmentation récente des cas-limites de *taijinkyōfu* par l'hypothèse de « l'affaiblissement du sentiment de communauté dans la famille et dans la société locale », phénomène mis sur le compte de l'urbanisation et de l'avènement de la famille-nucléaire²⁵⁷ :

« [...] ces enfants, élevés au sein de la famille-nucléaire et dans une forme japonaise d'« *amae* » se retrouvent soudain à l'adolescence lâchés dans une vague d'occidentalisation (acculturation), ce qui provoquerait un état de déchirement du moi et l'apparition de la phobie interpersonnelle. »²⁵⁸

Cet argument renvoie à un discours alors très courant sur les effets pathologiques de la famille-nucléaire, qui s'applique à une série d'autres syndromes et névroses²⁵⁹.

L'évolution de la répartition sexuelle et le paradoxe de la question féminine

L'autre phénomène que les psychiatres attribuent à des évolutions historiques récentes de la société japonaise au cours des années 1960-1970 est l'augmentation progressive de la proportion des femmes parmi les patients anthropophobes²⁶⁰. Alors que Morita faisait état, au milieu des années 1920, d'une proportion de femmes extrême faible parmi l'ensemble de ses patients – autour de 10 % voire moins –, proportion qui demeure comparable dans le cas de ses seuls patients anthropophobes²⁶¹, après-guerre, la proportion

257 現代のわが国での家庭および地域社会における共同体意識の希薄化を指摘したい。(AONO Tetsuhiko 青野哲彦 et al., « *Taijinkyōfu o tomonau kyōkairei no rinshō* » 対人恐怖を伴う境界例の臨床 (Clinique de cas-limites avec phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1976, vol. 18, n° 9, p. 965)

258 しかも、核家族化で幼少時には、日本的な一種の「甘え」の中で育てられ、青年期になると、突然、欧米の文明化 (acculturation) の波に、放り出されるために、自己を引き裂かれた状態となり、本症を生じるのではなかろう。

259 Les mêmes causes sont ainsi évoquées pour expliquer le phénomène du refus scolaire (*tōkōkyōhi* 登校拒否) très médiatisé à la même époque. Voir à ce sujet : LOCK Margaret, « Plea for Acceptance: School Refusal Syndrome in Japan », *Social Science and Medicine*, 1986, vol. 23, n° 2, p. 99-112.

260 Une augmentation dont il n'est pas toujours clair si elle est envisagée *par rapport à Morita* ou bien *au cours de la seule période contemporaine*.

261 Dans les résultats de sa thérapie que Morita publie en 1925, il n'y a que 9 femmes sur le total de ses 86 patients traités, soit 10,4 % de patientes ; un taux qui tombe à 7,2 % d'après les chiffres qu'il indique l'année suivante. Il n'existe pas à notre connaissance de statistiques concernant la répartition sexuelle des seuls anthropophobes de la clinique de Morita, mais outre son affirmation que le trouble est majoritairement masculin, la proportion des femmes chez ses patients obsessionnels en général reste de l'ordre d'un dixième (4 femmes sur 37 patients soit 10,8 %). Et à titre indicatif, des douze patients que Morita présente dans « La cure de l'éreuthophobie » (1935) une seule est une femme. (MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* » 神経質に対する余の特殊療法成績 (Résultats de ma cure spéciale du nervosisme) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo,

des femmes parmi les patients anthropophobes semble généralement suivre – d’après les quelques études permettant d’appréhender une évolution au cours de cette période – une tendance à la hausse. Katō Masaaki dénombre ainsi parmi les anthropophobes du Tokyo Seisei Gakuin 20,3 % de femmes en 1953-55 et 30 % en 1962. Les statistiques de Suzuki Tomonori indiquent une progression similaire sur la décennie suivante, avec une proportion de femmes chez les patients ayant reçu le diagnostic de phobie interpersonnelle de 25,9 % sur la décennie 1963-1974²⁶² et de 34,5% à la fin de cette période, en 1973-75²⁶³.

Pour expliquer ce phénomène, deux hypothèses sont alors formulées qui ont trait à l’évolution de la position des femmes japonaises dans la société de l’après-guerre. La plus fréquemment invoquée est celle de la participation sociale, et donc de l’exposition sociale, accrue des femmes²⁶⁴, ici exprimée de la manière la plus explicite par Kondō K.²⁶⁵ :

« [...] cela est peut-être en rapport avec le fait que, alors qu’elles s’étaient jusque là exclusivement consacrées à la gestion du foyer et à l’éducation des enfants, recluses à l’intérieur d’un foyer étroit, après-guerre les femmes en sont peu à peu venues à faire leur apparition dans tous les champs de la société et ont dû se confronter aux conflits interpersonnels de la réalité sociale. En effet, parmi les patientes [anthropophobes] se trouvent des personnes ayant une mentalité anthropophobique latente depuis leur plus jeune âge, qui s’est soudain manifestée au premier plan lorsqu’à un âge mûr elles ont commencé à travailler. On peut interpréter ce phénomène comme l’actualisation des conflits interpersonnels qui se produit au moment où, tandis qu’elles sortent d’une situation existentielle relativement simple dans laquelle elles s’en tiraient sans trop d’efforts, on exige d’elles les qualités d’un membre à part entière de la société adulte. »²⁶⁶

Hakuyōsha, 1974, vol.2, p. 35, 39. ; MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* » 神経衰弱及強迫観念の根治法 (La cure totale de la neurasthénie et des idées obsessionnelles) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1926, vol.2, p. 295)

262 SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Nyūin Morita ryōhō o uketa taijinkyōfu kanja no tsuiseki chōsa* » 入院森田療法をうけた対人恐怖患者の追跡調査 (Enquête de suivi auprès de patients anthropophobiques ayant fait une thérapie Morita), *Seishin.igaku* 精神医学, 1979, vol. 21, n° 11, p. 1203.

263 SUZUKI T., « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* », art cit, p. 1014.

264 Et de nos jours, rétrospectivement, par Kasahara Yomishi et Kitanishi Kenji au cours de nos entretiens avec eux.

265 [...] 女性における対人恐怖症が増える傾向にあることは、女性の社会への進出を裏書きしているようにも思われる。(KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 162)

266 [...] これまで家のやりくりや育児だけにかまけて、狭い家庭の内部にのみ躊躇していた女性

Cette hypothèse sociologique formulée sur la base des observations cliniques des psychiatres n'est jamais étayée par des données sociologiques, et se fonde avant tout sur l'idée que la vie de femme au foyer aurait eu un effet protecteur sur les femmes, les mettant à l'abri des angoisses de la vie sociale. Elle renvoie à une représentation très simpliste et un peu méprisante de la vie de femme au foyer, apparentée à une retraite plutôt confortable soustraite aux rapports interpersonnels et donc préservée des souffrances que ceux-ci engendrent (en ligne avec l'image véhiculée par l'expression *sanshoku hirune tsuki*, « trois repas par jour, sieste incluse »), par opposition implicite aux difficultés de la vie « adulte » des hommes. Dans le même ordre d'idées, Katō se demande si la tendance à la hausse de la phobie interpersonnelle chez les femmes ne serait pas liée au fait que « dans ce que sont désormais les relations interpersonnelles après-guerre, on exige désormais d'elles *indépendance et autonomie*. »²⁶⁷

La seconde hypothèse s'appuie sur l'argument par lequel les psychiatres et psychologues, tant japonais qu'occidentaux, expliquent depuis la fin du XIX^e siècle la proportion supposée faible des femmes parmi les éreuthophobes : à savoir le fait qu'elles seraient *protégées par le préjugé moral qui leur est favorable faisant de la honte et de ses manifestations une vertu féminine*²⁶⁸. En témoignerait, d'après Kondō K. : « [...] la valeur positive qui était jadis attachée à des termes tels que *hanikami* ou *hitomishiri*, en

が戦後になって、徐々に社会の各分野に進出するようになったため、社会の現実のなかで対人的葛藤に直面せざるを得なくなったことなどと同様であるかもしれない。事実、女性の患者で、若いときから対人恐怖的な心理を潜在的にもっていたものが、中年になって勤めに出だしてから一挙にこれがあらわになったというような人びとがいる。このような現象を、いままでは比較的単純で、馴れ合ってやってこられたような生活場面から出て、言わば成人社会の欠けるところのない一員としての資格を要請されるとき、対人葛藤の顕在化が生じたと解釈することも可能であろう。(KONDŌ K., « *Taijinkyōfu no jidaiteki hensen – tōkeiteki kansatsu –* », art cit, p. 48-49)

267 その理由の1つとして、女性が戦後社会的な対人関係のなかで自主性や独立性を欲求されるようになったことに関連するものがあるかもしれない。(KATŌ M., « *Taijinkyōfu o megutte* », art cit, p. 110) Notons que cette idée est contradictoire avec celle selon laquelle ce seraient les rapports « prémodernes » de dépendance et d'obligation réciproques, la culture traditionnelle de la honte, etc. qui fonderaient la phobie interpersonnelle, que soutient le même Katō.

268 Ainsi Pitres et Régis (1897) suggéraient-ils : « *Il semble, en effet, que les femmes, qui rougissent davantage, en soient moins affectées, peut-être parce que la rougeur est une expression en accord avec la délicatesse de leur sexe et leur prête pour ainsi dire un charme de plus. [...]* La rougeur de l'homme a quelque chose de plus ennuyeux, de plus ridicule, sans doute parce que c'est un signe de timidité, de faiblesse, de féminisme. » (p.2) et Régnier (1896) élaborait sur la même question : « *Aussi [la femme] ne s'inquiète-t-elle pas de sa rougeur. Elle ne la subit pas, mais l'accepte plutôt comme une manifestation de son caractère, bien plus, presque comme une parure qui vient encore ajouter un charme à sa beauté et à sa gracieuseté naturelles.* » (p. 54). Ce préjugé est d'ailleurs partagé par les patients qui sont convaincus du fait qu'ils souffriraient moins s'ils étaient du sexe féminin.

particulier dans le cas des femmes »²⁶⁹ (les deux termes indiquent des formes de timidité). La féminisation récente de la phobie interpersonnelle, suggère-t-il, pourrait être interprétée comme le signe de la « transformation de ce système de valeurs (*kachikan* 価値観) »²⁷⁰, qui exposerait désormais les femmes aux mêmes tourments que les hommes.

Ces deux hypothèses attribuent ainsi l'augmentation de la proportion des femmes parmi les patients anthropophobes au rapprochement des positions féminine et masculine sur les plans social, psychologique et éthique au cours des décennies de l'après-guerre. La phobie interpersonnelle ayant jusqu'à présent été considérée comme un trouble masculin, ce serait l'ajustement de leur mode de vie sur celui des hommes qui permettrait d'envisager qu'elles puissent partager leurs maux. En ce sens, on pourrait formuler ce paradoxe que si les femmes sont plus nombreuses à souffrir du *taijinkyōfu*, le trouble lui *ne se féminise pas* ; ce sont les femmes qui sont soumises aux mêmes exigences sociales et éthiques que les hommes.

Mais il y a (tout d'abord) lieu de questionner cette représentation de l'anthropophobie comme un trouble typiquement masculin. D'une part, si l'on prend en considération le manque de reconnaissance sociale et médicale de la souffrance psychique des femmes au Japon, démontré dans le cas de la dépression et des troubles liés à la ménopause par les recherches en anthropologie médicale de Kitanaka Junko et de Margaret Lock²⁷¹, on peut se demander si une logique semblable ne s'applique pas dans le cas de la phobie interpersonnelle. Le parallèle frappant entre l'argument éthique des psychiatres japonais des années 1960 et celui des médecins européens du tournant du siècle nous porte à penser qu'il y a lieu de soupçonner que l'idée d'un préjugé moral favorable aux femmes est un préjugé masculin plutôt que le reflet d'une réalité. Le discours des patientes européennes semblait en effet suggérer que les femmes souffraient d'une honte toute aussi cuisante que celle des hommes mais qui tendait à porter sur des thèmes différents²⁷². D'autre part, la

269 古来 [...] 女性の場合にはとりわけて、はにかみとか人みしりとかいう言葉で言い表されるような羞恥に積極的な価値を見出してきた。(KONDŌ K., « *Taijinkyōfu no jidaiteki henshen – tōkeiteki kansatsu* – », art cit, p. 49)

270 *Ibid.*

271 « The Gendering of Depression and the Selective Recognition of Pain » p.129-150 in KITANAKA Junko, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012, 243 p. ; LOCK Margaret, *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press.

272 L'examen d'une poignée de cas ne permet pas de faire de généralisation, mais on peut observer dans les quelques cas féminins présentés dans la littérature européenne sur l'éreuthophobie la récurrence notamment de l'angoisse qu'on leur attribue des pensées ou des actions *coupables*, en particulier dans

distinction genrée de la signification des symptômes, des choix familiaux et des politiques publiques en matière de prise en charge des pathologies mentales montrée par Suzuki Akihito²⁷³, indique qu'il est a minima nécessaire de prendre en considération, dans la diminution de la différence de prévalence de la phobie interpersonnelle entre hommes et femmes, certains facteurs institutionnels. Comme le notera bien plus tard Kasahara Yomishi, c'est la fréquentation des institutions psychiatriques par les femmes en général qui a augmenté au cours de cette période²⁷⁴. Dans certains centres de consultation d'hygiène mentale les femmes sont effectivement plus nombreuses²⁷⁵. Et la hausse du taux historiquement bas de fréquentation des institutions psychiatriques par les femmes est peut-être moins le reflet d'une augmentation de leur souffrance psychique que celui d'évolutions institutionnelles (on pense notamment à la création de la couverture maladie universelle *kokumin kai hoken* 国民皆保険 en 1961) et culturelles leur permettant un plus grand accès aux soins psychologiques.

*

La perspective historique sur la phobie interpersonnelle passe ainsi avec le temps d'une vision du *taijinkyōfu* comme résidu psychopathologique d'une morale prémoderne, à une vision dans laquelle ses transformations cliniques seraient le produit de la perte de celle-ci.

un sens érotique. Ainsi la patiente de Breton se demande avec appréhension comment pourraient être interprétés ses rougissemments subits, celle de Boucher s'angoisse explicitement qu'on ne lui prête des pensées érotiques ou des liaisons à l'égard des visiteurs ou des hommes qu'elle rencontre dans la rue et qui la font rougir ; le cas VIII de Régnier souffre notamment de rougir quand on évoque devant elle des choses qui pourraient faire allusion à sa conduite, ou quand on mentionne le nom de son amant ; la patiente suivie par Claparède s'empourpre dès qu'on parle en sa présence d'actes répréhensibles, à l'idée qu'on pourrait la penser de connivence ; une patiente de Sciamanna (cité par Vespa) pense qu'on la croira amoureuse de son cousin car elle rougit en sa présence et ressent le besoin de dire à tous et d'écrire de manière répétée qu'elle ne l'aime pas du tout, etc. *Mutatis mutandis* on peut se demander si le même phénomène ne se produit pas au Japon également, les idées reçues des psychiatres – qui sont dans leur immense majorité des hommes – sur ce que serait le rapport à la honte des femmes contribuant ainsi à masquer les souffrances de ces dernières. Il ne s'agit ici que d'une hypothèse qui resterait à démontrer.

273 SUZUKI Akihito, « Were Asylums Men's Places » dans *Psychiatric Cultures*, Amsterdam, Amsterdam University press, 2005, p. 295-311.

274 KASAHARA Yomishi 笠原嘉, *Shin seishinka.i no nōto* 新・精神科医のノート (Nouvelles notes d'un psychiatre), Tokyo, Misuzu shobō, 2006, p. 16.

275 Dans une enquête portant sur le centre de consultation d'hygiène mentale départemental central de Kanagawa (神奈川県立中央精神衛生相談所) de 1960 à 1964, les femmes représentent en moyenne 54,1 % des patients en première consultation (51,6 % pour l'année la plus basse, 56,6 % pour la plus haute), et 60,3 % des « re-consultations » (56,8 % pour l'année la plus basse, 62,4 % pour la plus haute). (ISHIHARA Yukio 石原幸夫, « *Seishin eisei sōdanjo ni okeru sōdansha no tōkei teki kansatsu* » 精神衛生相談所における相談者の統計的観察 (Observations statistiques des usagers d'un centre de consultation d'hygiène mentale), *Seishin.igaku* 精神医学, 1966, vol. 8, n° 1, p. 69-70)

Symbole d'une histoire qui ne passe pas assez vite, puis témoin nostalgique d'une identité perdue.

b. Les anthropophobes et la société japonaise : continuisme et discontinuisme

La seconde partition entre les doctrines de la phobie interpersonnelle que nous avons évoquée concerne donc le type de rapport dans lequel les psychiatres inscrivent les symptômes du *taijinkyōfu* vis-à-vis des normes comportementales. Se dessinent deux manières d'envisager l'anthropophobe au sein de la société : soit comme un individu présentant de manière exacerbée des comportements et des émotions par ailleurs largement partagées dans la société, soit au contraire comme un individu dont le fonctionnement psychique est en contradiction partielle avec les comportements et les émotions réputées normales. Pour le dire autrement, soit l'anthropophobe est une caricature de Japonais, soit il est un Japonais atypique. Par commodité nous désignerons le premier groupe de théories « continuistes », et le second « discontinuistes ».

i. Continuisme : le *taijinkyōfu* comme « mentalité moyenne des Japonais contemporains »

Les positions auxquelles nous donnons le nom de « continuistes » placent la phobie interpersonnelle dans un continuum de comportements et d'émotions allant de ce qui est normal, socialement accepté dans les rapports humains, favorisé par l'éducation et positivement sanctionné dans la langue, jusqu'au pathologique. Le *taijinkyōfu* y apparaît à l'extrémité de ce continuum, comme une manière *extrême* de ressentir et de se comporter ainsi qu'il est attendu qu'on le fasse au Japon. Cette idée, qui est la plus ancienne, devient une vulgate largement partagée. On peut ainsi trouver la position continuiste, dans sa version minimale – épistémologiquement peu coûteuse –, au détour d'un article sous la forme d'affirmations assez vagues du type :

« L'une des raisons pour lesquelles on peut penser que la phobie interpersonnelle est fréquente dans notre pays est que l'on peut sans doute affirmer qu'elle est *une névrose qui se fonde sur quelque chose de profondément lié à la mentalité moyenne des Japonais modernes* »²⁷⁶ (nous soulignons)

276 ところで、対人恐怖症がわが国に多いと信じられる理由がいくつかあるが、少なくとも近代の日本人の平均的心性と深くかかわるところからでてきた神経症といえるであろう。(MIYATA Naoyuki 宮田尚之, KASAHARA Yomishi 笠原嘉 et INANAMI Masamitsu 稲浪正充, « *Daigakusei no*

Mais c'est au sein de l'école moritienne que l'on trouve sa formulation la plus précise :

« *A la base de la psychologie des Japonais se trouve de manière constante une angoisse fondamentale : la peur d'être exclu des liens unissant les personnes ; elle est le plus clairement et le plus puissamment exprimée dans les rapports interpersonnels. En un sens, il n'est peut-être pas excessif de dire qu'il existe dans notre psychologie [à nous Japonais] une tendance anthropophobique latente.* »²⁷⁷ (nous soulignons)

D'abord formulée par Kōra Takehisa en 1955, avant d'être abondamment reprise, comme ici par Kondō K. (par la suite on la retrouve chez Ikeda 1964, Maeda 1970, etc.), cette idée revient à identifier dans la société japonaise une version *normale* de l'angoisse exprimée par les patients anthropophobes. Rappelons-le, en s'appuyant sur une certaine description des relations interpersonnelles au Japon (soulignant notamment l'importance de l'appartenance au groupe), Kōra faisait l'hypothèse que de telles modalités relationnelles provoquent chez les Japonais une peur particulièrement prégnante de l'exclusion, « une attention névrotique dans les relations humaines » (v. introduction de la partie). De sorte que, cette forme de continuisme est, d'une part, conforme à l'idée moritienne selon laquelle la différence entre le nervosisme et l'état normal n'est que de nature *quantitative*, idée qu'elle « culturalise » d'autre part en suivant la suggestion de Karen Horney d'après laquelle les personnes saines et les névrosés sont sujets aux mêmes conflits fondamentaux *qui trouvent leur origine dans la culture*²⁷⁸. Ces « difficultés inhérentes à notre culture » qu'évoquait Horney dans *The Neurotic Personality of Our Time*, qui « se reflètent en tant que conflits dans la vie de tout individu et dont l'accumulation peut conduire à la formation de névroses »²⁷⁹, les psychiatres peuvent en trouver la description dans l'analyse des relations interpersonnelles fournie par la littérature *nihonjinron* des années 1950-1960²⁸⁰. La société japonaise offrirait ainsi à ses

shinkeishō e no shūdan seisihinryōhō (sono ichi) – taijinkyōfushōsha ni taishite » 大学生の神経症への集団精神療法 (その1) —対人恐怖症者に対して— (Thérapie de groupe des névroses des étudiants (1) – chez les anthropophobes), *Gakkō hoken kenkyū* 学校保健研究, 1970, vol. 12, n° 2, p. 553)

277 日本人の心理の根底に、人と人のつながりから疎外されることへの恐れが基本的な不安となつて常に存在しており、ことごとく対人関係においてもっとも濃厚かつ明らかに示されている。いわば、われわれの心理の中に潜在的に対人恐怖的な傾向が常住しているといつても過言ではないであろう。(KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 173)

278 HORNEY Karen, *The Neurotic Personality of our Time*, New York, W. W. Norton, 1937, p. 281.

279 *Ibid.*, p. 284.

280 Comme par exemple lorsque Katō Masaaki les identifie ainsi aux caractères « prémodernes » de la société japonaise, c'est-à-dire aux rapports de dépendance, au souci du qu'en-dira-t-on, etc. (p.109-10).

membres de nombreuses occasions « d'attraper », si l'on peut dire, le *taijinkyōfu* : c'est l'hypothèse à laquelle se risque par exemple Kondō K. Commentant son enquête dans la clinique de Kōra, il suggère que si seuls 16,5 % des patients anthropophobes se souviennent de l'événement précipitant c'est qu'il doit s'agir d'un événement quotidien suffisamment banal pour qu'on l'oublie, or puisque le *taijinkyōfu* est un trouble extrêmement fréquent :

« on peut faire la supposition que la société dans laquelle nous vivons offre en abondance les conditions pour que la phobie interpersonnelle se manifeste »²⁸¹.

En outre, poursuit-il, le fait que pour la majeure partie de cette minorité d'individus qui a souvenir de l'événement ayant marqué le début de leurs tourments l'événement déclenchant est la remarque d'un tiers autorise à supposer :

« l'existence de conditions dans [la] culture [japonaise] qui favorisent l'apparition d'individus enchaînés aux attentes des autres et qui se laissent facilement influencer par les attitudes, les paroles et le comportement d'autrui »²⁸².

L'idée que la phobie interpersonnelle exprime de manière exaspérée une peur somme toute banale chez les Japonais est résumée à la fin des années 1960 par l'idée d'une « mentalité » ou d'un « esprit éreuthophobique » (*sekimenkyōfu teki shinsei* 赤面恐怖的心性) entretenu à un niveau « *infra-clinique* », par Miyata et al.²⁸³ Ces auteurs (dont fait partie Kasahara) suggèrent, d'après les résultats d'un test psychologique effectué auprès des étudiants de première année de l'université de Kyoto, que ceux-ci partagent de manière assez large « cet esprit éreuthophobique de manière latente »²⁸⁴. Dans cette vision

281 [...] それだけ、われわれがその中に生きている社会に、対人恐怖を発現せしめ易いような条件が多く潜んでいるのではなかろうかと推測できる。(KONDŌ K., « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* », art cit, p. 162)

282 われわれの文化の中の、他人の思惑に制縛され、その態度や言動の如何によって左右されやすい人間をはぐくむような条件の存在を推測することができるように思われる。(Ibid.)

283 サブクリニカルには、赤面恐怖的心性を保持する (cité par UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, op. cit., p. 5)

284 彼ら大学生が赤面恐怖症性の心理を潜在的に共有している、とみることができであろう (MIYATA N., KASAHARA Y. et INANAMI M., « *Daigakusei no shinkeishō e no shūdan seisihinryōhō (sono ichi) – taijinkyōfushōsha ni taishite* », art cit, p. 553) Cette idée se fonde sur les réponses à l'UPI (*University Personality Inventory*) passé en 1967 auprès des étudiants de première année de l'Université de Kyoto, et en particulier la proportion non négligeable de réponses positives aux items « je rougis facilement » (40 %) et « le regard des gens me gêne » (32,2 %). Toutefois le fait que la réponse positive est possible à partir du moment où ce sentiment a été éprouvé une fois dans l'année rend peut-être discutable sa capacité à démontrer l'existence d'une « mentalité » particulière.

continuiste, la « mentalité » anthropophobique est si largement partagée par les Japonais que c'est presque autant la phobie interpersonnelle qui est japonaise, que les Japonais qui seraient tous quelque part un peu anthropophobes²⁸⁵.

Kondō Akichika et les contradictions de la société japonaise

Cependant, ainsi formulée, l'idée que l'angoisse des anthropophobes serait la version pathologique d'une forme d'anxiété diffuse dans les rapports interpersonnels normaux au Japon ne suit qu'à moitié, et ce faisant simplifie beaucoup, l'hypothèse de la détermination culturelle des névroses proposée par Horney. Celle-ci stipulait en effet que ce sont des « contradictions culturelles » qui se reflètent en tant que conflits névrotiques chez certains individus²⁸⁶ – un principe que tant Kōra que Kondō K. peinent à développer, comme nous l'avions déjà mentionné. L'idée d'une contradiction dans la culture demeure chez eux à l'état d'esquisse et son lien concret avec la phobie interpersonnelle reste indéterminé. C'est Kondō A., moritien *et* élève de Horney, qui propose la version la plus élaborée et la plus aboutie de cette hypothèse dans l'exposé qu'il présente lors du colloque de 1969 consacré à la phobie interpersonnelle. Quittant le terrain incertain de la spéculation anthropo-psychologique qu'il déployait en 1964 pour revenir à la psychopathologie, Kondō A. reprend pied dans une théorie moritienne qu'il augmente de nombreux concepts psychanalytiques et propose une théorie assez cohérente qui parvient à intégrer dans un même geste les perspectives culturelle, psychopathologique et historique.

Kondō A. repart ainsi de la contradiction caractérielle fondamentale des anthropophobes soulignée par Morita et commence par redéfinir le vocabulaire moritien dans un lexique plus précis sur le plan psychologique – et peut-être aussi plus significatif dans une perspective culturaliste. D'un côté, le caractère « timide » (*hazukashigaru* 恥ずかしがる) des anthropophobes, expression de l'envie d'être aimé et, à l'inverse, de l'angoisse de ne pas l'être, renverrait à ce que Kondō baptise une « exigence de prévenance »

285 Ainsi dans ses remarques conclusives au colloque de 1969, Maeda souligne-t-il le fait qu'en dépit des différentes approches de la phobie interpersonnelle des participants, ceux-ci aboutissent à une conclusion commune : « évoquant, sous l'angle de la prévenance, de la retenue ou de la honte *la caractéristique anthropophobique de la mentalité japonaise*, ils y reconnaissent de manière assez directe (intuitive) la vraie nature de la phobie interpersonnelle moyenne dans notre pays » 「そこでは配慮、遠慮、羞恥という角度から日本人の心性の対人恐怖的特質がとりあげられ、かなり直観的にわが国の平均的な対人恐怖の本質がかぎつけられている。」 (MAEDA S., « *Ketsugo* », art cit, p. 395)

286 HORNEY K., *The Neurotic Personality of our Time*, op. cit., p. 287-288.

(*hairiyoteki yōsei* 配慮的要請), en précisant, soulignons-le, « prévenance au sens de *souci des sentiments des autres vis-à-vis de soi* »²⁸⁷. De l'autre côté, le caractère « obstiné » (*ijippari* 意地っ張り) des anthropophobes est l'expression d'un désir d'être supérieur aux autres mais aussi, ajoute-t-il, de l'angoisse qui résulte de la *projection* de ce désir sur autrui (*on* veut *me* dominer, m'écraser), à laquelle il donne le nom d'« exigence d'affirmation de soi » (*jikoshutchō yōsei* 自己主張的要請). Et cette seconde exigence serait le reflet psychologique de « la société de compétition qui a accompagné la modernisation depuis l'ère Meiji »²⁸⁸. Ces deux exigences sont toutes les deux « internalisées » via l'éducation reçue des parents dans l'enfance. D'un côté l'injonction à être un « enfant sage » ou plus littéralement un « bon enfant » (*yoi ko* よい子), c'est-à-dire « un enfant dont on puisse penser du bien » (*yoku omowareru ko* よく思われる子) conduirait à intégrer une attitude prévenante vis-à-vis d'autrui. Tandis que l'injonction à « devenir quelqu'un » (*eraku natte hoshii* 偉くなつてほしい), à « s'élever dans la société » (*risshin shusse* 立身出世) relayée par les parents serait intégrée comme « nécessité d'être perçu comme quelqu'un d'important » (*erai mono i mirarenakereba naranai* 偉いものにみられなければならぬ). Une fois assimilées, ces exigences culturelles générales pourraient être exaspérées par le milieu familial (à cause d'une affection excessive ou d'exigences de réussite trop écrasantes), formant ainsi le terreau psychologique de la phobie interpersonnelle²⁸⁹. Or, explique Kondō, l'exigence de prévenance et l'exigence d'affirmation de soi sont *contradictoires* : car au Japon une attitude d'affirmation de soi, c'est-à-dire d'après lui « l'agressivité, la confrontation » ne permet pas d'être apprécié d'autrui, c'est au contraire par une attitude prévenante que l'on peut s'assurer des relations sereines avec les autres²⁹⁰.

287 Le choix du terme « prévenance » (*hairyo*) fait explicitement écho au « caractère prévenant » qu'il identifiait déjà en 1964 comme l'une des caractéristiques essentielles de la culture japonaise.

288 [...] 明治以来の近代化による競争社会化を反映して [...] (KONDŌ A., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 384)

289 D'après Kondō A., d'un côté une exigence de prévenance trop forte et une affection parentale trop prononcée inhiberait à l'adolescence l'expression frontale du besoin de rébellion contre l'image de l'enfant sage, ce qui ferait passer l'animosité sur le mode latent. De l'autre côté, lorsqu'une exigence de réussite sociale particulièrement prononcée de la part des parents devient l'idéal du moi, il peut devenir source de manque de confiance en soi et d'angoisse (*Ibid.*).

290 Cette contradiction culturelle n'est pourtant pas sans rappeler celle que Horney décrivait elle-même avec à l'esprit la société américaine de la fin des années 1930 : « *The first contradiction to be mentioned is that between competition and success on the one hand, and brotherly love and humility on the other.* » (HORNEY K., *The Neurotic Personality of our Time*, op. cit., p. 288)

Ainsi, dans la société japonaise, d'un côté l'affirmation de soi doit être réprimée au nom de l'exigence de prévenance afin d'éviter de s'attirer l'hostilité d'autrui ; et d'un autre côté, cette répression est incomplète (en raison de la résistance que lui oppose l'exigence d'affirmation de soi) et engendre une vulnérabilité et une attitude instable dans les rapports interpersonnels – attitude par ailleurs intolérable pour l'exigence d'affirmation de soi²⁹¹. En d'autres termes, s'affirmer en tant qu'individu engendre une angoisse de n'être plus apprécié des autres, tandis que chercher à en être apprécié provoque une angoisse d'en être méprisé²⁹². Ainsi, là où Morita évoquait une « contradiction de la pensée », autrement dit un conflit intra-psychique, Kondō A. confère à celle-ci une valeur culturelle et historique en en faisant *l'écho psychopathologique individuel d'exigences contradictoires dans la société japonaise moderne*. Chez Kondō A., donc, le conflit névrotique de la phobie interpersonnelle est bien le résultat de l'exacerbation par le milieu familial de tensions présentes dans la société. L'idée que cette tension est le fruit de la modernisation du Japon, donc par conséquent de son *occidentalisation*, est sous-jacente : l'affirmation du moi contre la prévenance envers autrui, c'est l'individualisme occidental contre le « groupisme » japonais, topos classique des nippologies²⁹³. Toutefois, l'une des conséquences de l'adoption de cette hypothèse de dynamiques conflictuelles d'une société qui se reflètent comme conflits psychiques individuels c'est que, n'étant pas a priori liée à une culture donnée, elle permet à Kondō A. de rendre compte de l'existence de cas de phobie interpersonnelle chez des étrangers qu'il a eu l'occasion de traiter²⁹⁴.

291 KONDŌ A., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 385.

292 Mais mais en outre la stratégie que mettent en place les malades consistant à fuir les relations interpersonnelles (évitement de la situation phobogène) ne serait que partiellement efficace car elle peut engendrer un sentiment de solitude, d'exclusion. Or les anthropophobes ont un tempérament de dominants, mais pas d'ermites, aussi sont-ils perpétuellement malheureux et insatisfaits, parmi les hommes comme loin d'eux.

293 D'après Befu « aucun caractère de la structure sociale japonaise n'est plus essentiel que l'idée de l'orientation vers le groupe (*group-orientation*) ou *groupisme* » ; que ses origines soient dérivées de l'environnement, d'une économie de subsistance ou des origines rurales, elle sert à analyser la famille, l'entreprise japonaise, la relation de maître-disciple dans les arts traditionnels, etc. D'après ce modèle, « l'harmonie à travers la coopération et le conformisme entre les membres du groupe sont des qualités primordiales ; à l'inverse, le conflit ouvert et la compétition sont tabous ». (BEFU H., *Hegemony of homogeneity*, op. cit., p. 20-23) L'idée d'une société japonaise groupiste, par opposition à un Occident individualiste est l'appropriation d'une idée historiquement sédimentée en Occident selon laquelle l'individu serait une invention occidentale. Pour une critique récente et constructive de cette dernière idée, on se reportera à : LOZERAND Emmanuel (ed.), *Drôles d'individus. De la singularité individuelle dans le Reste-du-Monde*, s.l., Klincksieck, 2014, 572 p.

294 Ce sont ainsi des contradictions de même nature qu'il retrouve à l'œuvre dans la genèse de la phobie interpersonnelle d'un jeune homme américain de culture juive et d'une femme issue d'une famille de Russes « blancs ». (KONDŌ A., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 386-388)

Yamashita Itaru, Doi Takeo : les anthropophobes plus japonais que les Japonais

La déclinaison la plus radicale de cette idée d'un rapport de continuité entre « mentalité japonaise » et psychologie du *taijinkyōfu* se trouve dans les recherches de Yamashita Itaru 山下格 (1929-2014), développées entre la fin des années 1960 et la fin des années 1970. Yamashita fait partie, avec Takahashi Tooru et Uchinuma Yukio, des rares chercheurs non moritiens qui, au cours de cette période, se sont spécifiquement consacrés à des recherches sur la phobie interpersonnelle ayant abouti à la production d'une monographie. Sa doctrine du *taijinkyōfu* constitue, au-delà de la pertinence éventuelle de ses observations, l'exemple le plus abouti de nippologie, et semble être de celles qui ont eu le plus d'écho à l'étranger (comme nous le verrons dans le chapitre conclusif), raison pour laquelle nous nous y attarderons un peu. L'essentiel de ses idées se trouve déjà dans le papier qu'il présente au colloque de 1969, mais il les expose de manière plus systématique dans sa monographie publiée en 1977, simplement intitulée « *Taijinkyōfu* »²⁹⁵, sur laquelle nous nous fonderons donc. Yamashita, qui est d'abord un spécialiste reconnu dans le domaine de la psychopharmacologie²⁹⁶, se dit être un grand amateur de littérature *nihonjinron*²⁹⁷, et accorde par ailleurs une place importante au discours des patients dans sa doctrine du *taijinkyōfu*. Yamashita élabore non pas tant une théorie psychopathologique de la phobie interpersonnelle, qu'une description d'une *personnalité anthropophobique* et de son rapport avec ses environnements familial et culturel.

Selon une approche qui rappelle beaucoup celle de Morita, Yamashita tire de la description clinique générale de la phobie interpersonnelle qui occupe la première partie de son ouvrage la supposition que la banalité de l'événement précipitant l'apparition des symptômes (dont n'importe qui peut faire l'expérience et qui souvent ne laisse même pas de trace dans la mémoire du patient) indique que « la plupart des patients présentait déjà un facteur de risque élevé de développer la phobie interpersonnelle »²⁹⁸. Autrement dit, si l'événement précipitant n'est pas *objectivement* un événement c'est donc que la cause est dans l'individu, ou plus précisément dans sa *personnalité*²⁹⁹. Il fait alors, pour repérer les

295 YAMASHITA Itaru 山下格, *Taijinkyōfu 対人恐怖*, Tokyo, Kanehara Shuppan, 1977. Sur les raisons pour lesquelles nous nous référons à la version anglaise de cet ouvrage, se reporter à la note 36 p. 203.

296 V. préface de son ouvrage par Suwa Nozomi p.iii in YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, *op. cit.*

297 I. Yamashita, *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, *op. cit.*, p. 76.

298 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, *op. cit.*, p. 44.

299 *Ibid.*

traits caractéristiques de la personnalité de ses patients, un choix méthodologique particulier dont nous verrons bientôt les conséquences. N'étant pas parvenu à obtenir avec les tests de personnalité standardisés³⁰⁰ des résultats permettant d'identifier des tendances claires pour l'ensemble de son groupe de patients, Yamashita opte pour des entretiens répétés à partir desquels il observe les caractéristiques du profil de leur personnalité et recueille leurs réflexions spontanées sur leur propre caractère en évitant autant que possible d'orienter leur discours³⁰¹. A partir de ce matériau, Yamashita identifie deux caractéristiques essentielles de la personnalité des anthropophobes. La première, qui comporte en fait deux volets, est « un ardent désir d'intimité et une prévenance délicate vis-à-vis d'autrui »³⁰², qui seraient d'après lui les deux faces d'une même médaille, et qu'il identifie sur la base de témoignages de ce type :

« Un homme de 32 ans : “ Je n'arrive pas à faire preuve de culot, même quand je le pourrais. Au travail, j'avais pour habitude de faire toutes les tâches désagréables moi-même et de laisser les plus faciles aux autres. Je pense automatiquement d'abord aux autres et à moi seulement après. [...]”

Une femme de 21 ans : “Je déteste ne pas être appréciée des autres. Je déteste qu'on m'ignore. C'est pourquoi je déteste être proche des autres. D'un autre côté, je ne supporte pas la solitude. J'observe toujours le visage des autres pour comprendre ce qu'ils ressentent à mon égard. J'espère obtenir leurs faveurs et leur attention. [...]”

Un homme de 26 ans : “Je suis mal à l'aise quand on me salue d'un « Bonjour » formel. J'aimerais qu'on me parle avec plus d'intimité. Mais je suis moi-même trop timide pour parler aux autres. J'imagine qu'on doit aussi se sentir mal à l'aise avec moi parce que je suis tellement réservé, mais quoi qu'il en soit je n'arrive pas à parler aux autres.” »³⁰³

Les anthropophobes ressentiraient intensément le besoin d'être appréciés par les autres ainsi que la peur de ne pas l'être, ou d'être négligés, et ce sentiment a, d'après Yamashita, pour conséquence un comportement donné : la tendance à s'effacer, « à réfréner leur propres envies et opinions », à anticiper les sentiments d'autrui pour ne pas gêner³⁰⁴. Et c'est sur cette tendance que Yamashita met l'accent : les anthropophobes auraient une

300 Tels que le *Maudsley Personality Inventory* et *Yatabe-Guilford Personality Inventory*.

301 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 45-46.

302 *Ibid.*, p. 49.

303 *Ibid.*, p. 50.

304 *Ibid.*, p. 49.

« manière de penser et de ressentir *turnée vers autrui* » (nous soulignons), « une prévenance trop délicate vis-à-vis des sentiments d'autrui »³⁰⁵. Et à cette attitude Yamashita rattache ce qui constitue d'après lui un autre trait de personnalité distinctif des anthropophobes : une faible propension à l'affirmation de soi, le manque d'un fort sentiment de sa propre identité « qui peut les empêcher d'avoir leurs propres idées, sentiments et exigences »³⁰⁶. On peut se demander si cette interprétation n'adopte pas de manière un peu trop littérale le discours des patients, mais en tout cas elle le conduit à noter l'évidence des similitudes entre de telles attitudes et certaines normes éthiques japonaises : « ce trait de caractère, ou plutôt cette attitude vis-à-vis d'autrui, est plus souvent tenue pour être une qualité qu'un défaut dans la culture et la société japonaises »³⁰⁷. Les anthropophobes tendent à « n'avoir pas de moi » estime Yamashita, or note-t-il, il s'agit là d'une caractéristique souvent mentionnée comme distinguant les Japonais des Occidentaux. C'est donc une caractéristique culturelle que « les anthropophobes présentent *de manière plus marquée* que les Japonais moyens »³⁰⁸ (nous soulignons). De la même manière, estimait-il déjà en 1970, que l'attitude des anthropophobes à l'égard d'autrui était de même nature que celle prescrite par la notion courante – et d'après lui très japonaise – de « retenue » (*enryo* 遠慮), l'anthropophobe et le Japonais lambda ne se distinguant en la matière qu'en termes de « degrés »³⁰⁹. Il y a donc dans cette première série de traits et attitudes typiques des anthropophobes un écho de comportements et attitudes courants au Japon.

Le second trait de la personnalité de ses patients que note Yamashita est « l'orgueil, le désir ou la conscience d'être supérieur aux autres »³¹⁰. En effet note-t-il « il n'est pas difficile d'observer derrière leurs plaintes la haute estime qu'ils ont d'eux-mêmes [...], leur conscience d'être fondamentalement de bonnes personnes dignes d'être aimées et le désir d'être supérieurs aux autres qui découle de cette conscience »³¹¹. Un trait de caractère dont une partie des patients a bien conscience :

« Un homme de 26 ans : "Il est évident que j'ai longtemps été convaincu d'être plus

305 *Ibid.*, p. 51.

306 *Ibid.*, p. 52-53.

307 *Ibid.*, p. 52.

308 *Ibid.*, p. 53.

309 YAMASHITA I., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 369.

310 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 54.

311 *Ibid.*

doué et plus apprécié que tout le monde. Je me sens affreusement minable si je ne suis pas le n°1. Même lorsque je travaille je n'arrête pas de penser à la manière dont je pourrais attirer l'attention des autres. Je suis très orgueilleux et déteste me retrouver après qui que ce soit." »

Un homme de 20 ans : "J'ai toujours été le premier en tout et j'étais un élève modèle au lycée. On ne m'a jamais fait le moindre reproche. Je suis volontaire et en même temps assez vulnérable. J'aimerais être noble d'esprit et le meilleur. Je suis déprimé si je ne suis pas le premier." »³¹²

Soulignons que ce trait de la personnalité des malades est absent des premiers travaux de Yamashita sur la phobie interpersonnelle et son ajout semble dicté par la prise en compte de l'analyse d'autres psychiatres³¹³, mais il ne remet pas en question le fond de sa description, avant tout centrée sur le caractère *allocentré* de la personnalité anthropophobique. En effet, outre le fait que ce trait est traité beaucoup plus rapidement que le précédent, il est interprété comme *secondaire* : « [...] ce désir [d'être supérieur aux autres] est en réalité une tentative de leur part de surmonter leur défauts (imaginaires) [...] »³¹⁴. Autrement dit, Yamashita propose de lire le désir des patients d'être supérieurs à autrui comme une mesure de compensation *secondaire* par rapport à un événement *premier* qui serait la perception erronée de leurs défauts. Cette interprétation a de quoi surprendre et en tout cas elle est très différente de la vision dialectique de la personnalité des anthropophobes, en apparence similaire, défendue par l'école moritienne notamment, dans laquelle désir de dominer et désir d'être apprécié sont, pour ainsi dire, à *égalité* au fondement de la dynamique psychique de la phobie interpersonnelle – mais nous y reviendrons bientôt. Le fait que ce trait de personnalité ne soit pas conforme avec la description stéréotypée des Japonais n'est d'après nous pas étranger au traitement limité qu'en fait Yamashita. Comme nous le verrons par la suite, la question de la *signification culturelle du désir de dominer* constitue un point de tension décisif.

Yamashita est l'un des premiers à s'intéresser de manière spécifique au contexte familial des anthropophobes et l'un des facteurs déterminants dans la formation de leur personnalité et de leur attitude interpersonnelle se trouve d'après lui dans un environnement familial particulier qu'il définit, d'une part, comme relativement peu

312 *Ibid.*

313 Celles de Kondō A. et Miyoshi I. 1970 en particulier, cités p.55.

314 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 55.

problématique (par rapport à d'autres types de névrosés) et, d'autre part, comme marqué par une « atmosphère familiale » caractérisée par l'*affection* et la *discipline*³¹⁵. Bien que le choix de ces deux éléments comme traits caractéristiques de son échantillon soit discutable au regard même des chiffres qu'il fournit³¹⁶, Yamashita élabore sur cette base un portrait-type. Les anthropophobes auraient dans l'ensemble bénéficié au sein de leur famille d'une « affection plus que suffisante », or explique-t-il celle-ci tend à engendrer chez l'individu des attentes irréalistes vis-à-vis d'autrui quant à l'attention dont il estime devoir naturellement faire l'objet³¹⁷. En dehors du foyer, la vie le conduit à faire l'expérience de décalages par rapport à une image de soi idéalisée (par exemple n'être pas nécessairement au centre de l'attention parmi ses amis ou ses collègues), expériences qui sont source d'angoisse. L'individu chercherait alors à résoudre ses difficultés à sa façon : en s'efforçant de se faire apprécier, en s'interrogeant sur ce qu'on pense de lui, en observant le comportement de ceux qui l'entourent. Une réflexion qui le conduirait à :

« la conclusion que c'est *quelque chose en lui* qui provoque le désagrément que ressentent les autres. D'où sa volonté de se débarrasser de défauts aussi déplaisants afin d'être aimé et accepté de manière inconditionnelle par les autres et de pouvoir se sentir à l'aise parmi eux. »³¹⁸

Le lien entre les caractéristiques de la personnalité des anthropophobes identifiées par Yamashita et ce type d'environnement familial serait ainsi évident. Elevé dans un foyer protecteur dans lequel il a bénéficié d'une attention et d'une affection prononcées, l'anthropophobe vivrait dans le quotidien des relations sociales la frustration de ses attentes d'amour d'enfant choyé (désir d'intimité, sentiment de supériorité) ; face à cette frustration anxiogène, sa stratégie pathologique consisterait non pas à remettre en question ses attentes illégitimes, mais à inférer de l'observation d'autrui l'idée erronée que c'est *quelque chose en lui* – son regard « perçant », une mauvaise odeur corporelle, etc. – qui crée un malaise chez les autres (prévenance vis-à-vis d'autrui). C'est en particulier l'autre caractéristique de cet environnement familial, la « bonne discipline » qui y régnerait, qui

315 *Ibid.*, p. 70.

316 Sur les 100 cas de son échantillon, 49 relèvent de familles qu'il caractérise comme protectrices (29 cas) ou hyperprotectrices (20 cas), tandis que l'autre moitié est constitué d'une majorité de familles décrites comme « ordinaires » (46 cas) et d'une minorité des familles à problèmes (5 cas) (p.61). Par ailleurs, d'autres chercheurs (Aono et al.1976, Miyoshi 1970) voient au contraire chez les anthropophobes des familles à problèmes. Ceci laisse penser que ce profil familial est peut-être plus hétérogène que ne l'affirme Yamashita.

317 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 70.

318 *Ibid.*, p. 71.

éclairerait l'attitude des anthropophobes face à la frustration de leurs attentes inconscientes. Ceux-ci ne font preuve ni d'agressivité ni de régression, comme le font d'autres névrosés moins « bien disciplinés », mais au contraire d'une « tendance à *se tenir pour responsables de tout* et à faire leur possible pour corriger leurs défauts qui sans aucun doute causent du désagrément aux autres »³¹⁹. Le souci extrême d'autrui qu'exprimeraient les anthropophobes qui s'accusent des torts qu'ils croient causer serait ainsi – au contraire de la fuite dissociative de l'hystérique ou du comportement antisocial du jeune délinquant – le signe du fait que les anthropophobes « sont ceux qui ont acquis la vraie discipline du foyer japonais »³²⁰. Si, arrivé à ce point, Yamashita est bien obligé de préciser que la majorité des adolescents élevés dans un foyer où ils ont été aimés, que ce soit normalement ou même un peu trop, et dans lequel régnait une saine discipline, « ne développe pas nécessairement la phobie interpersonnelle », il veut néanmoins voir dans ces familles un tableau « dans lequel *les caractères distinctifs des familles japonaises* sont plus évidents ou *prononcés* que dans les foyers moyens »³²¹. Peu importe à la limite qu'il ne prenne pas la peine de définir ce que seraient lesdits caractères distinctifs des familles japonaises, ou qu'il ne dispose de son propre aveu d'aucun élément statistique lui permettant de faire de telles affirmations, ce qui nous intéresse ici c'est l'effort que met Yamashita à souligner que les familles d'anthropophobes sont des familles *normales*, peut-être juste *un peu plus japonaises* – un peu plus « extrêmement » japonaises³²² – que la famille japonaise moyenne. En réalité, c'est d'ailleurs la seule conclusion à laquelle pourrait éventuellement permettre d'aboutir sa démonstration, car si d'un côté cette matrice familiale se reflète dans la personnalité des anthropophobes, d'un autre côté elle n'est pas, au sens propre, *déterminante* dans la genèse de leur phobie. On est alors parvenu au constat un peu tautologique que ces patients présentent dans certains aspects de leur personnalité, de leur attitude interpersonnelle, des modes de fonctionnement qui font écho à des modalités comportementales prescrites par la culture japonaise et dont on peut tracer

319 *Ibid.*, p. 72.

320 *Ibid.*

321 *Ibid.*, p. 72-73.

322 Ainsi indique-t-il dans son intervention de 1969 : « Je n'ai pas la preuve [que les conditions familiales de ces patients] représentent le profil moyen au Japon, mais quand bien même il serait un peu différent, elles représentent certainement *une tendance poussée à l'extrême des caractéristiques de la famille japonaise* » 日本の平均的プロフィールであるという証明はないが、もし多少ともことなっているとすれば、それはおそらく日本家庭の特徴を、いっそう極端にした方向のものであるにちがいない。(YAMASHITA I., « *Taijinkyōfu ni tsuite* », art cit, p. 372)

la genèse dans l'éducation qu'ils ont reçue, mais *on n'a pas expliqué ce qui cause l'apparition de cette névrose*³²³.

Le chapitre suivant, consacré au « contexte culturel » en tant qu'il détermine le contexte familial qui vient d'être décrit, ne fait qu'accentuer un peu plus ce paradoxe que plus le *taijinkyōfu* est identifié comme *japonais* moins il est compréhensible en tant que *pathologie*. Il y livre alors une analyse particulariste assumée, fondée d'une part sur son expérience des différences culturelles entre le Japon et les États-Unis (où il a séjourné deux ans en 1963-1965), et d'autre part sur ses lectures de littérature *nihonjinron* (il confesse notamment la grande influence de Doi Takeo sur ses idées)³²⁴. Yamashita commence par passer en revue ce qui constitue d'après lui les différences fondamentales de comportement et de communication entre les deux nations et qui explique les raisons pour lesquelles le *taijinkyōfu* se développerait au Japon et pas aux États-Unis. Le comportement des Américains serait caractérisé par une plus forte affirmation de soi, une expression ouverte des émotions, une plus grande liberté garantie par le respect de règles explicites et un mode d'expression qui met l'accent sur la justification logique³²⁵, constituant ainsi l'envers exact du comportement des Japonais agissant par considération pour autrui, selon des modalités communicationnelles toujours implicites, etc. Or lorsqu'il revient à la question clinique, son interprétation de la dynamique psychologique de la phobie sociale a alors sensiblement évolué :

« La plupart d'entre eux a été élevé dans un foyer dans lequel régnait une atmosphère

323 Nishizono Masahisa présente lors du colloque de 1969 sur le *taijinkyōfu* une interprétation psychanalytique des dynamiques psychiques de la phobie interpersonnelle. Partant de la description d'un contexte familial partiellement identique à celui mis en avant par Yamashita et de ses effets – un entourage surprotecteur (satisfaction narcissique), mais aussi plein d'attentes à l'égard de l'enfant (à la hauteur desquelles il faut se montrer) – il aboutit cependant à un jugement presque opposé sur le plan moral. Cette attitude de l'entourage, exigeante et protectrice, participe à la formation d'un idéal du moi très élevé « surcompensatoire » (p. 380). À l'adolescence, lorsque le sujet doit établir un moi indépendant, le besoin d'être sécurisé par son entourage se renforce et avec lui ce mécanisme d'adaptation, imposant à l'individu un idéal du moi presque impossible à satisfaire, et qui ne trouve plus de confirmation narcissique dans l'entourage social. Voilà « l'envers d'un narcissisme infantile comblé » conclut Nishizono (p. 380). Il en résulte une « attitude masochiste » qui s'exprime dans des comportements de conformisme extrême ou de soumission des patients, que ce soit dans la cure (comme ce patient qui demande un traitement plus strict, p. 378-9) ou dans leur histoire individuelle (comme le cas de ce jeune garçon qui, ayant transposé tel quel son égoïsme domestique à l'école, se fait rapidement détester par ses camarades et adopte, suite à ce retournement, une attitude tout à fait servile à leur égard, p. 377). Nishizono interprète ce « masochisme » comme une tentative de conformation à cet idéal du moi dont la visée ultime est d'être accepté par autrui. Plus rien de normal ou de vertueux dans le comportement des anthropophobes de Nishizono qui le présente plutôt dans ce qu'il a de pathologique et de grotesque. (NISHIZONO M., « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* », art cit.)

324 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 76.

325 *Ibid.*, p. 77-78.

excessivement ou suffisamment protectrice, ainsi qu'une discipline adéquate. Sous l'influence de cet environnement, ils ont développé un fort désir et une attente d'être aimés et acceptés par les autres, ainsi qu'une fierté inconsciente d'être en réalité adorés des autres et supérieurs à eux. [...] En se confrontant au monde extérieur, ils ont désiré être à la hauteur afin d'être aimé d'autrui, et de se comporter de manière à être accepté par autrui. *En d'autres termes, ce sont des jeunes Japonais typiques, élevés dans des foyers japonais typiques et possédant des qualités typiquement japonaises.* Pour eux il est impoli et indélicat d'affirmer leurs exigences de manière directe, d'expliquer leurs motivations de façon claire ou de chercher à obtenir des promesses des autres. Du moins ressentent-ils qu'ils ne devraient pas se comporter ainsi avec leurs amis ou collègues. [...]

Cependant, tôt ou tard à l'adolescence ils affrontent une crise d'identité. Cette crise peut avoir été causée *par leur fort désir inconscient d'être aimé d'autrui ou par les difficultés de la formation de l'identité couramment observées chez les jeunes personnes normales.* Dans un cas comme dans l'autre, pour affronter cette crise ils ne blâment pas les autres et ne rationalisent pas leurs actions, et ne se mettent pas à suivre des règles de manière obsessionnelle, mais cherchent de manière encore plus intense à être aimés, acceptés, chéris par autrui. *Ils s'efforcent de ne pas mettre autrui mal à l'aise et désirent se débarrasser à tout prix de leurs propres défauts tout en faisant preuve de prévenance attentionnée à l'égard de ceux se trouvent autour d'eux.* »³²⁶ (nous soulignons)

La phobie interpersonnelle n'apparaît plus tout à fait comme le fruit de la déception d'une demande d'amour excessive dans le contexte social qui provoquerait la fixation de l'angoisse sur un défaut imaginaire et l'adoption d'un comportement conformiste ; l'accent est cette fois mis sur le fait que les anthropophobes sont de jeunes Japonais présentant à l'origine un comportement conformiste *typiquement japonais* visant à être apprécié d'autrui et qui répondent à la *crise d'identité de l'adolescence* par une surenchère conformiste *typiquement japonaise* (faire bonne impression, être prévenant)³²⁷. Or si cette explication rend compte de ce qui est manifeste dans le comportement des anthropophobes, elle est de moins en moins compréhensible en termes psychopathologiques. L'introduction tardive dans l'ouvrage de la notion de « crise

326 *Ibid.*, p. 81-82.

327 Yamashita prend soin de souligner tout ce en quoi leur comportement ne serait *surtout pas* occidental : le fait de *ne pas* exprimer leurs exigences, de *ne pas* expliquer leurs raisons d'agir, de *ne pas* exiger de promesses, etc.

d'identité » de l'adolescence a de quoi surprendre, d'autant plus que celle-ci demeure indéterminée dans ses causes, pouvant être – au choix – le fruit d'une cause *particulière* (« leur fort désir inconscient d'être aimé d'autrui ») ou une étape du développement normal (« les difficultés de formation de l'identité couramment observées chez les jeunes personnes normales »). Or si, de ce qui a été exposé jusqu'à présent, l'on pourrait tirer la première conclusion, c'est vers la seconde que Yamashita oriente le lecteur lorsqu'il poursuit : « les symptômes de la phobie interpersonnelle sont le plus facilement compréhensibles comme *les manifestations extrêmes et durables d'une crise identitaire que tout le monde traverse à l'adolescence* »³²⁸ (nous soulignons). La phobie interpersonnelle devient ainsi une manière « *extrême* » d'affronter au Japon une crise d'adolescence tout à fait *normale*. Yamashita introduit alors une mise en abîme dans laquelle le moment charnière de l'adolescence devient le reflet à l'échelle individuelle d'une supposée complexification de la société japonaise, c'est-à-dire le phénomène d'urbanisation, dans laquelle les Japonais doivent en grand nombre quitter le « foyer chaleureux » du village japonais (« *mura* ») pour aller vivre dans la « société contractuelle » de la « polis » occidentale³²⁹. Reprenant à son compte l'analyse de Doi qui voit dans cette société complexe un lieu de frustration du désir d'*amae*, Yamashita conclut que :

« ayant grandi dans un doux foyer japonais et ayant entretenu une mentalité et une attitude vis-à-vis d'autrui typiquement japonaises, la plupart des patients anthropophobes ont de grandes difficultés à s'adapter à la société occidentalisée. »³³⁰

Ce dernier chapitre présente à notre sens de la manière la plus aigüe l'aporie de cette analyse du *taijinkyōfu* en termes de continuité culturelle, car si tout semble s'y tenir, à force de normaliser culturellement la phobie interpersonnelle, elle aboutit au paradoxe suivant : si elle est une modalité de réaction « typiquement japonaise » à une étape normale du développement psychologique, alors tous les Japonais « normaux » devraient être des anthropophobes délirants. Comme cela n'est pas le cas, soit les Japonais ne sont pas « typiquement japonais », soit ce sont les anthropophobes qui ne le sont pas. Yamashita illustre en ce sens la difficulté de nouer le point de vue culturel et le point de vue psychopathologique selon cette option continuiste radicale : on peut éventuellement

328 YAMASHITA I., *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, op. cit., p. 82.

329 *Ibid.*, p. 83.

330 *Ibid.*, p. 84.

voir en quoi les anthropophobes sont *japonais* dans leur manière de faire, mais on ne comprend pas pourquoi ils sont *malades*.

Le choix méthodologique d'entretiens libres combiné à l'absence d'une théorie psychopathologique explicite, finissent, nous semble-t-il, par aboutir à un aplatissement sur le discours des patients – qui rappelle celui des psychiatres que critiquait Janet (v. chapitre 1) –, et la lecture culturaliste par prendre la place de l'analyse psychologique. Ceci engendre ainsi une forme de circularité entre le modèle comportemental prescriptif du *nihonjinron*, ce que le comportement névrotique des anthropophobes *donne à voir* et surtout *ce qu'ils disent d'eux-mêmes*, et ce qu'en dit Yamashita : tout se répond. Ainsi la doctrine de Yamashita semble parfois plus éclairer l'air du temps que la psychologie des anthropophobes. Mais cette circularité est peut-être également le reflet d'un souci thérapeutique : Yamashita s'intéresse en effet très sérieusement à la cure des anthropophobes, avec qui il expérimente la thérapie de groupe³³¹. Ceci pourrait en partie expliquer son appréciation extrêmement positive de la personnalité des anthropophobes et le ton assez étonnant (une espèce d'attendrissement ému) qu'il emploie dans ses descriptions des patients.

Une partie des idées de Yamashita trouvent leur source chez Doi, comme il le déclare lui-même, et les réflexions que ce dernier a consacrées au *taijinkyōfu* permettent de faire émerger, nous semble-t-il, la nécessité d'introduire de la *discontinuité* pour pouvoir penser le rapport entre culture et psychopathologie. Dans *Amae no kōzō*, son best-seller de 1971, Doi Takeo s'arrête quelques instants sur la phobie interpersonnelle, qui lui fournit une nouvelle application de sa théorie de l'*amae*. Il rapproche la phobie interpersonnelle de la notion de *hitomishiri* – timidité ou plus précisément peur des inconnus chez les enfants (ou « angoisse du 8^e mois » en termes psychologiques) –, car celle-ci se situerait à l'origine de l'anxiété dans les rapports à l'autre. Et puisque Doi accorde une importance décisive au vocabulaire, l'existence même du terme courant de *hitomishiri* en japonais indique d'après lui nécessairement quelque chose de l'ordre d'une sensibilité japonaise particulière à ce

331 YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfushō no shinri kisei oyobi chiryū kiten – toku ni shōshūdan seisinryōhō ni tsuite* » 対人恐怖症の心理機制および治癒機転—とくに小集団精神療法について— (Les mécanismes psychiques et les résultats thérapeutiques de la phobie interpersonnelle –en particulier à propos de la psychothérapie de petit groupe), *Seishin.igaku* 精神医学, 1968, vol. 10, n° 7, p. 34-37.

phénomène³³². Le *hitomishiri* est selon Doi l'envers de l'*amae*³³³, par conséquent « l'*amae* est également en jeu lorsque des phénomènes semblables [au] *hitomishiri* se produisent dans la période post-infantile »³³⁴ et donc d'après lui dans la phobie interpersonnelle. Ainsi, d'après Doi, les anthropophobes ont « leur personnalité modelée par un développement pathologique [du] *hitomishiri* »³³⁵ (nous soulignons). Ce développement pathologique peut être expliqué par une relation mère-nourrisson qui n'a pas pu se construire de manière positive, empêchant de « surmonter l'expérience [du] *hitomishiri*, qui se prolongera [...] jusqu'à l'âge adulte, et qui génèrera une anxiété permanente dans [les] rapports avec autrui. »³³⁶. Toutefois Doi affirme qu'on ne peut l'y réduire et semble en effet accorder bien plus d'importance à un facteur de tout autre nature.

Laisant de côté la psychopathologie, Doi fait l'hypothèse qu'une évolution historique des rapports interpersonnels au Japon, entamée depuis la restauration de Meiji et toujours en cours, de « relations de type *Gemeinschaft* » vers des « relations de type *Gesellschaft* », expliquerait la survenue du *taijinkyōfu*. Dans une société de type *Gesellschaft*, les individus seraient frustrés dans leur besoin d'*amae*, la société tolérant moins ce type de rapports. Aussi, pour les personnes présentant déjà un *hitomishiri* fort, cette frustration « s'amplifie[rait] au point de déclencher une anxiété névrotique dans les contacts avec autrui »³³⁷. Doi voit dans la supposée perte de tolérance culturelle vis-à-vis de la honte, phénomène qui se serait renforcé depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la confirmation de cette hypothèse : « l'influence occidentale » aurait transformé une honte culturellement valorisée en « handicap », retournant ainsi la honte de ceux qui l'éprouvent « contre [eux]-même[s] »³³⁸. Autrement dit, les anthropophobes seraient les victimes d'une évolution de la société japonaise, eux qui sont porteurs d'une modalité relationnelle de type *Gemeinschaft* dont l'expression leur est niée ou du moins rendue difficile dans la société contemporaine de type *Gesellschaft* en train d'advenir. Dit encore autrement, l'occidentalisation du Japon serait responsable de la *phobie de la honte* au fondement de la phobie interpersonnelle. On retrouve ainsi chez Doi l'idée d'une continuité forte entre le

332 DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, op. cit., p. 80.

333 Le *hitomishiri* se manifesterait lorsque l'enfant distingue sa mère des « autres » et prend conscience du besoin qu'il a d'elle : le début de l'*amae* à l'égard de la mère coïnciderait ainsi avec celui du *hitomishiri* à l'égard des étrangers.

334 DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, op. cit., p. 81.

335 *Ibid.*

336 DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, op. cit.

337 *Ibid.*, p. 82.

338 *Ibid.*

fond de la personnalité des anthropophobes et ce que serait le caractère national japonais ; la discontinuité existe mais elle se situe du côté de la société. Les anthropophobes sont presque *plus japonais* que la société japonaise qui s'occidentalise toujours plus³³⁹.

*

Ces différentes visions de la phobie interpersonnelle comme présentant une version extrême d'angoisses diffuses dans la société japonaise, dont le corollaire est l'idée qu'il existe chez les Japonais une mentalité anthropophobique latente, émergent dès les années 1950 au sein du courant moritien, se développent tout au long des années 1960 et 1970, et finissent par constituer le fond de la vulgate sur la phobie interpersonnelle³⁴⁰. C'est cette vision qui se diffuse, sans doute parce qu'elle présente tous les caractères de l'évidence, reflétant la définition de l'identité japonaise proposée dans la littérature nippologique alors phénoménalement populaire. Envisagée, comme chez Kondō K., Yamashita ou Doi, comme le produit – voire le plus *pur* produit – d'une identité japonaise, ou plutôt d'un type de rapports interpersonnels « typiques » ou traditionnels en voie de disparition, elle peint de l'anthropophobe un portrait empreint de nostalgie, constituant peut-être ainsi une notion d'autant plus facile à adopter par le public. Mais cette vision continuiste qui tend à souligner le caractère culturellement congruent de la phobie interpersonnelle aux dépens de son caractère pathologique finit, il nous semble, par illustrer l'aporie de la doctrine de l'identité du normal et du pathologique décrite par Canguilhem³⁴¹ : en faisant de la phobie interpersonnelle une variation *quantitative* d'une modalité relationnelle japonaise normale, elle finit par la rendre insaisissable en tant que *pathologie*.

ii. Discontinuisme : l'anthropophobe en décalage

A partir de la seconde moitié des années 1960 et surtout dans les années 1970, une série d'analyses de la phobie interpersonnelle fondées sur des théories

339 Les apories sont toutefois les mêmes que chez Yamashita : puisque tous les Japonais vivent dans cette société, il faut bien trouver un facteur étiologique particulier pour expliquer pourquoi seulement une minorité de Japonais souffrent de phobie interpersonnelle.

340 Elle figure ainsi dans la définition proposée dans l'édition de 1975 de l'« Encyclopédie de psychiatrie » (*Seishin.igaku jiten*) rédigée par Kasahara : « En effet au Japon les personnes présentant à l'adolescence de manière passagère, non pas de la phobie interpersonnelle mais un état infraclinique proche, sont très nombreuses. » (たしかに日本人の心性の中には、対人恐怖といえぬまでもそれに近い、サブクリニカルな状態を青春期の一時的にもつ人はかなり多い。) (KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Tajinkyōfu* » 対人恐怖 dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 427)

341 CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 224 p.

psychopathologiques fortes et non moritiennes émergent. La *conflictualité* est un trait essentiel de ces analyses qui situent les anthropophobes dans un rapport vis-à-vis de la norme culturelle qui n'est plus continu mais partiellement *discontinu* et qui est sous-tendu par l'opposition individualisme / groupisme. Les anthropophobes ne sont plus envisagés comme manifestant de manière extrême des comportements typiquement japonais, mais plutôt comme étant animés par des motifs qui sont au contraire discordants ou expriment une tension par rapport à la norme. C'est dans cette discontinuité même, et les tensions et conflits psychologiques qu'elle engendre chez l'individu, que réside alors le moteur de la pathologie.

Takahashi Tooru et les rapports interpersonnels « étranges » des anthropophobes

En 1966, dans son article de thèse consacré à une « étude microsociologique de la psychopathologie du *taijinkyōfu* », Takahashi Tooru s'arrête dans son état de l'art sur ce qu'il appelle « le point de vue à la mode de la psychiatrie sociale »³⁴² défendu par les auteurs que nous avons déjà évoqués (Katō M., Kondō K., Kondō A.) et propose une lecture à rebours de ces descriptions continuistes :

« Ces différentes thèses affirment donc toutes, d'un point de vue macro, qu'il existe sur le plan anthropologique une cohérence entre les relations humaines de type prémoderne qui survivent dans la société japonaise et le *taijinkyōfu*. Toutefois si l'on change d'approche, plus on observe les choses au niveau micro, plus le *taijinkyōfu* apparaît au contraire comme *différent de nos relations humaines quotidiennes*, et c'est sa dimension *étrange* et pathologique qui ressort. »³⁴³ (nous soulignons)

Takahashi met ici le doigt sur un point essentiel : selon le point de vue d'où on le considère, globalement, c'est-à-dire en tant qu'expression d'un certain type de rapports interpersonnels culturellement déterminé, ou de près, c'est-à-dire comme une dynamique interactionnelle *individuelle*, le *taijinkyōfu* se donne à voir de manière tout à fait différente. L'analyse qu'il développe dans le reste de l'article vise, affirme-t-il, à réconcilier ces deux perspectives. Il est douteux que cette réconciliation ait vraiment lieu, mais en tous les cas Takahashi montre avec précision, par une application au domaine de

342 TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no seishinbyōri – sono bishi shakaigaku kenkyū* », art cit, p. 701.

343 以上の所説はいずれも、巨視的にみれば、対人恐怖と日本の社会に残る前近代的人間関係とのあいだには、文化人類学的にみて一貫した関係がそこに見いだされることを主張しているとみてよい。だが、一旦見方を変え、微視的な観察を下せば下すほど、対人恐怖はわれわれの日常的な人間関係のそれとちがった、むしろ異質で病的な側面をあらわしてくる。 (*Ibid*)

la psychopathologie d'une approche « microsociologique », c'est-à-dire une analyse des interactions inter-individuelles, ce caractère extrêmement « étrange » ou décalé des rapports interpersonnels qu'entretiennent les anthropophobes. Takahashi Tooru est, en dehors du courant morisien, l'un des quatre principaux contributeurs – et le plus précoce – aux recherches sur la phobie interpersonnelle dans les années 1960-1970. Il a ainsi publié de manière régulière sur la phobie interpersonnelle, de 1966 à 1985, avec en particulier une monographie en 1976. Elève, rappelons-le, de Shimazaki Toshiki, il développe au terme de sa formation en partie effectuée en France une approche psychopathologique originale de la phobie interpersonnelle alliant théorie de la communication et microsociologie (v. note 51 p. 209). Unique en son genre, le travail de Takahashi va marquer les recherches sur la phobie interpersonnelle : sa description minutieuse des situations phobogènes intègre le champ des savoirs admis sur la phobie interpersonnelle au Japon dans les années 1970 et jusqu'à ce jour.

Dans cet article de 1966, Takahashi se fonde sur de longs entretiens avec des patients anthropophobes au cours desquels il explique avoir pu lui-même faire l'expérience, *dans le rapport avec eux*, des subtilités de leurs modalités d'interaction qui d'après lui n'apparaissent pas dans la littérature³⁴⁴. Il note ainsi d'abord deux caractéristiques de leur comportement. La plus évidente, la « "timidité" apparente » (*gaimen no shōshinsa* 外面の「小心」さ) qui se manifeste lorsque le face-à-face anonyme des interactions sociales ritualisées (saluer les voisins dans la rue, déjeuner avec les collègues, attendre chez le médecin, être assis au café, etc.) s'individualise pour devenir un rapport de personne à personne. Et derrière cette timidité extérieure, une forme d'« arrogance » (*gōmansa* 「傲慢」さ) qui se manifeste dans l'intimité – ce dont témoigne souvent la famille³⁴⁵ – ou dans les entretiens avec le psychiatre à mesure que le patient gagne en confiance. Ce qui « justifie les points de vue qui mettent cette caractéristique [cette dualité] au fondement de

344 Takahashi ne l'explique pas, mais au moins dans l'un des cas il s'agit d'un patient du Centre national d'hygiène mentale (auquel Takahashi est alors rattaché).

345 Comme ce père qui trouve que son enfant « est doux comme un agneau à l'extérieur, mais est une véritable plaie à la maison » 「あれは外ではまるで猫被っているように温和しいらしいが、家では全くの困り者です」 (TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no seishinbyōri – sono bishi shakaigaku kenkyū* », art cit, p. 709) Quoique Takahashi ne thématise pas ce point, il semble évident que le fait de s'entretenir également avec les proches de ses patients lui offre une vision moins unilatérale de leurs dynamiques relationnelles que celle qu'adopte Yamashita en particulier (il lui arrive ainsi d'affirmer que ce que dit un patient est « entièrement faux »).

la pathologie de la phobie interpersonnelle », à commencer par la théorie moritienne³⁴⁶. Ces deux aspects de la personnalité des patients, souligne-t-il, sont indissociables « comme les deux hémisphères de Magdebourg », « maintenus hermétiquement ensemble par un « effort stérile » qui peut être, selon les doctrines, la dialectique du désir de dominer et du besoin d'être aimé, celle du désir d'*amae* frustré, etc. Et c'est, d'après Takahashi, cet effort qui produit les conditions d'émergence des symptômes, qui choisit, qui « fabrique presque » cette situation interpersonnelle phobogène³⁴⁷.

Prenant appui sur les observations qui, sous le nom de « phobies sociales » (Janet), « angoisse relationnelle » (Kraepelin), « phobie du contact humain » (Ey) ou « phobie interpersonnelle » (Morita), caractérisent cette pathologie à partir d'« un certain état des rapports humains » – c'est-à-dire la situation interpersonnelle – il s'agit pour Takahashi de se donner les moyens de prendre au sérieux l'idée que « la phobie interpersonnelle est une pathologie des relations humaines »³⁴⁸, ou mieux une « pathologie déterminée par la situation interpersonnelle »³⁴⁹. Ainsi, dans un second temps, Takahashi livre une analyse minutieuse des situations interpersonnelles particulières qui suscitent les symptômes des anthropophobes. Pour ce faire, il s'appuie sur la théorie de la communication de J. Ruesch, dont il tire le principe que « la confrontation *moi-nous* [...] constitue la condition première des rapports humains »³⁵⁰. Puis il emprunte à la microsociologie de Gurvitch le principe d'une immanence réciproque du « moi » et du « nous », la nécessité d'une « réciprocité des perspectives » entre « moi », « nous » et « autrui » comme fondement du rapport humain, et sa classification des modes de sociabilité afin de représenter les rapports « moi »-« nous »³⁵¹. Takahashi décrit ainsi trois modalités d'interaction, renvoyant à

346 Ce point de vue n'est rien d'autre, note Takahashi, que celui défendu jadis par Morita lorsqu'il affirmait que le *taijinkyōfu* était l'expression dans le rapport interpersonnel d'un « désir de supériorité » et la timidité le signe d'un « [caractère] de mauvais perdant » « plutôt obstiné et auto-affirmatif » (*Ibid.*, p. 710)

347 *Ibid.*

348 対人恐怖は、人間関係の病態である。 (*Ibid.*, p. 700-701)

349 「対人」場面に規定された病態 (*Ibid.*, p. 708)

350 だから「私」—「われわれ」は [...] 人間関係の第1条件をなす関係対である、と言ってよいであろう。 (*Ibid.*, p. 710)

351 Dans le chapitre III de *La vocation actuelle de la sociologie* (t.1) (3^e édition revue, PUF, 1963, 511 p.), consacré à « l'échelle microsociologique », Gurvitch fait un essai de classification des « manifestations de la sociabilité » (p. 130-208). Il distingue des degrés d'intensité de la sociabilité « par fusion partielle dans le Nous ». Lorsque la fusion est superficielle il s'agit de sociabilité comme « masse ». La sociabilité comme « communauté » correspondant à une ouverture et une interpénétration des Moi et des Autrui sur un plan plus intime qui les engage plus dans le Nous au niveau personnel, cependant cette intégration n'est pas maximale. Le degré maximum est atteint lorsque la fusion et l'interpénétration se font jusqu'à la profondeur la moins accessible, il s'agit de la sociabilité comme « communion » (p. 146-

différents degrés d'association dans le « nous » : les modalités « convergente » (*shūrenteki* 収斂的), « éparse » (*risanteki* 離散的) et « communautaire » (*kyōdōteki* 共同的), renvoyant pour la première aux interactions intimes ou familiales, pour la deuxième aux interactions anonymes, formelles, et pour la dernière aux interactions de niveau moyen, qui sont celles entretenues avec des pairs (tels que des camarades de classe, des collègues de travail, etc.). Sur ces bases, il assimile la situation pathogène de la phobie interpersonnelle à un *décalage dans la communication*, à une « rupture de la réciprocité des perspectives » – expression empruntée à Gurvitch également – c'est-à-dire l'incapacité « de répondre aux modifications du centre commun du rapport humain par la modification de son propre cadre relationnel »³⁵². Les anthropophobes, note-t-il, ne se sentent à l'aise que dans l'anonymat des interactions formelles ou dans l'intimité des relations familiales. Ce sont les interactions de type « communautaires » qui leur posent problème car ils tendraient à les appréhender selon la modalité « convergente »³⁵³. Le décalage qui en résulte déforme aussi bien leur vécu que leur interprétation des signaux extra-linguistiques (qui ont une grande importance dans les interactions convergentes), et c'est cette distorsion qui formerait le fond des symptômes de la phobie interpersonnelle. Ainsi, par exemple, le délire de référence de la phobie interpersonnelle serait l'interprétation *selon un cadre relationnel convergent* de petits gestes (regard, expression, ton de la voix, remarque, etc.) accomplis *dans une interaction de type communautaire*³⁵⁴. Le nœud du *taijinkyōfu* serait ainsi un « déficit de l'expérience relationnelle »³⁵⁵, une incapacité à entretenir de manière adéquate des relations de type « communautaires »³⁵⁶. Soulignons que l'approche de Takahashi se situe donc au seul niveau interactionnel et qu'il ne cherche pas à tenir un discours sur la genèse du trouble ; autrement dit, sa contribution est une réponse au *comment* de la phobie interpersonnelle, mais pas au *pourquoi*.

Pour revenir à la question du caractère culturellement déterminé de la phobie interpersonnelle, Takahashi ne parvient sans doute pas à remplir l'objectif initial de

147). Masse, communauté et communion sont donc des « modes d'existence » des Nous.

352 人間関係にあらわれる不安は、その根を視界の相互性の断絶する事態にもつもので、人間関係の共通中心の変化に自己の体験の関係枠の変化をもって応じ得ぬ状況の体験である。

(TAKAHASHI T., « *Taijinkyōfu no seishinbyōri – sono bishi shakaigaku kenkyū* », art cit, p. 712)

353 *Ibid.*, p. 713. NB Il ne s'agit pas là de types de rapports fixes, mais de *modalités* des rapports qui peuvent donc changer au cours de l'interaction

354 *Ibid.*, p. 714. D'où, pour prendre un exemple, l'idée que la main que mon collègue de bureau porte à son nez est en réalité un geste discret qui est destiné à me signifier que je sens mauvais.

355 *Ibid.*, p. 716.

356 Autrement dit le rapport interpersonnel dans ce qu'il a de proprement *social*.

réconcilier la vision « macro » anthropologique et son approche « micro » interactionniste. La question de la spécificité culturelle semble le laisser profondément sceptique et de manière générale l'intéresser assez peu – ce qui est pour l'époque suffisamment rare pour être noté³⁵⁷ –, position qui se confirme dans ses écrits suivants, où il continue d'exprimer ses doutes quant à cette idée³⁵⁸. Son analyse établit sans ambiguïté le comportement interpersonnel des anthropophobes dans une *discontinuité* par rapport à ce que serait la normalité des interactions humaines, elle le représente comme *étrange* et s'oppose ainsi à toute idée de continuité entre comportements normal et pathologique.

Miyoshi Ikuo et Kawai Hayao : l'anthropophobe entre individualisme et groupisme

Du caractère *étrange* du comportement interpersonnel des anthropophobes, il n'y a qu'un pas à faire pour le juger *étranger* : en l'inscrivant dans une perspective culturelle. C'est précisément cette ligne interprétative que suivent les contributions que nous examinerons maintenant.

Un autre participant au colloque sur la phobie interpersonnelle de 1969, Miyoshi Ikuo 三好郁男 (1930-1971)³⁵⁹, propose une approche qui répond directement à l'intervention de Kondō Akichika (évoquée p. 283-285) et qui, sur la base d'une description de la société japonaise très similaire, déplace la source du conflit psychique de la société sur l'individu. L'intervention de Miyoshi – un dilettante, pour ainsi dire, de la phobie interpersonnelle (il ne publiera qu'un seul article sur cette question, étant prématurément décédé l'année suivante) – sera souvent citée par la suite, en raison de la formule de « vanité incomplète »

357 Pour des raisons qui tiennent sans doute en partie à sa formation française et à sa connaissance de la généalogie européenne du concept de phobie sociale (Takahashi connaît ainsi non seulement les écrits de Janet, Ey, mais aussi des textes bien plus confidentiels comme ceux de Boucher ou Hartenberg – cf. chapitre 1)

358 Voir par exemple sa monographie : TAKAHASHI Tooru 高橋徹, *Taijinkyōfu : sōgo dentatsu no bunseki* 対人恐怖: 相互伝達の分析 (La phobie interpersonnelle : analyse communicationnelle), Tokyo, Igaku Shoin, 1976, p. 3.; et récemment encore : TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no henshin* – “jikkā” ni madowasareta rekishi » 対人恐怖の概念の変遷 – 「実感」に惑わされた歴史 – (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 58-59.

359 Miyoshi Ikuo est alors lecteur à l'université de Kōbe, formé à l'université de Kyoto, il est au sein du groupe de recherche en psychopathologie l'un des rares représentants de la psychanalyse, tout en étant également très influencé par l'analyse existentielle (il traduit plusieurs livres de Medard Boss). (FUJINAWA Akira 藤縄昭, « *Shinri-seishin ryōhō no hitobito* » 心理・精神療法の人々 (Les psychothérapeutes) dans *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年, Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 16-17)

unubore kirenu うぬぼれきれぬ, qui fera florès, par laquelle il essaie de saisir la dynamique psychopathologique de ce trouble, et qui touche précisément au conflit entre affirmation du moi et exigence de l'harmonie sociale évoqué par Kondō A. Mais de manière très intéressante, sa démonstration aboutit à l'affirmation qu'*il n'y a pas de conflit*, au sens où l'entend Kondō A., *entre l'affirmation du moi et le souci de l'autre dans la société japonaise*³⁶⁰.

Mais voyons plutôt ce que Miyoshi entend par « vanité incomplète ». Miyoshi donne comme point de départ à son analyse une critique des limites de la théorie moritienne qui, d'après lui, demeure incapable d'expliquer les causes des mécanismes psychiques qu'elle décrit. En outre, « la théorie moritienne des constitutions psychiques *ne permet évidemment pas de comprendre le fait bien connu de la fréquence particulièrement élevée du taijinkyōfu chez les Japonais* »³⁶¹. La question se formule pour lui en ces termes : « pourquoi au Japon la névrose obsessionnelle prend-elle si fréquemment la forme du *taijinkyōfu* ? »³⁶². Question à laquelle il cherche à répondre en croisant une analyse de l'élaboration de la névrose mêlant approches psychanalytique et existentielle, et une réflexion anthropologique. Notons que Miyoshi se fonde sur un portrait des familles de patients anthropophobes presque à l'opposé de la description de Yamashita : il s'agit pour lui de familles à problèmes, composées de fratries nombreuses et imprégnées de sentiments négatifs à l'égard des parents, dans lesquelles il voit la source des difficultés des anthropophobes. S'appuyant sur la définition profondément intersubjective du moi donnée par l'analyse existentielle³⁶³, Miyoshi avance que l'angoisse dans les rapports interpersonnels exprimée par le *taijinkyōfu* peut être rapportée à des obstacles rencontrés dans le rapport à autrui au moment du développement de la conscience de soi, de l'affirmation de soi et de l'autonomie. Ces difficultés inhiberaient alors la possibilité de développer des relations avec les autres fondées sur un amour-propre stable, car :

360 MIYOSHI Ikuo 三好郁男, « *Taijinkyōfu ni tsuite – unubore no seishinbyōri* » 対人恐怖症について— 「うぬぼれ」の精神病理 (De la phobie interpersonnelle – psychopathologie de la vanité), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 393.

361 [...] 対人恐怖が日本人に多いのは周知のことだが、これなど森田的素質論では当然理解できないことをあげておく。(*Ibid.*, p. 390)

362 *Ibid.*, p. 393.

363 Le moi étant la possibilité de dire « je », il implique : l'existence d'un *tu*, l'existence d'une distinction, d'une distance entre *je* et *tu*, et la possibilité d'un échange de sens en dépit de cette distance. (*Ibid.*, p. 391)

« [...] les possibilités de relations humaines s'arrêtent au stade précédent et c'est selon cette modalité que le moi doit alors se réaliser ; ou bien [...] elles se réalisent dans un état relationnel fantastique (*fantastische Bezugsweise*) »³⁶⁴

Cette modalité névrotique de réalisation du moi est d'après Miyoshi « une régression et une fixation du désir de dépendance du stade oral », mais surtout c'est une « autonomie fictive » (*kakū no jiritsusei* 架空の自立性), à laquelle il donne le nom d'*unubore*, « vanité » donc. Or les phobiques sociaux vivent d'après lui une « vanité incomplète » car ils « ressentent constamment dans le rapport à l'autrui réel le sentiment d'un échec »³⁶⁵. Echéec dû au décalage entre leur moi imaginaire, auquel ils attachent le plus d'importance, et la réalité, à laquelle les renvoient les rapports interpersonnels. Avec le temps, le fossé se creuse, car face à chaque échec la valeur subjective du moi irréel est augmentée. Et lorsque, vers l'adolescence, l'individu commence à prêter une attention consciente à sa propre personne, il ressent alors ce décalage avec une acuité telle qu'elle entraîne sa fixation en un symptôme concret. Une fois cette fixation opérée, le malade s'y attache fortement et ne peut pas y renoncer car d'elle dépend son image de soi hyper valorisée³⁶⁶. Mais d'où vient donc l'*incomplétude* de cette « vanité » des anthropophobes, qui se manifeste dans le malaise qu'ils éprouvent dans les rapports interpersonnels ? Elle est, d'après Miyoshi, due aux *spécificités de la conscience de soi au Japon*. Conscience de soi entendue dans son rapport à l'autre, elle se formulerait chez les Japonais comme conscience d'être « un être autonome, *exactement comme les autres* »³⁶⁷ – tandis que les Occidentaux se concevraient comme des « être[s] autonome[s] différent[s] de toute autre personne »³⁶⁸. Or l'accent mis dans l'éducation au Japon sur l'identité plutôt que la différenciation vis-à-vis d'autrui, ce que Miyoshi appelle « l'égalitarisme émotionnel » (*kanjōtekina ningen byōdō shugi* 感情的な人間平等主義) des Japonais, tendrait à produire des individus *sensibles à la différence avec l'autre*, et en ce sens constituerait l'un des facteurs favorisant de la phobie interpersonnelle car cette conscience de soi empêche une « vanité complète », c'est-à-dire, empêche de se convaincre entièrement d'être une

364 [...] 人間の関係可能性はその前の段階へとどまってその様式で自己を現実化させざるをえなくなるか、あるいは [...] 想像的關係様態 *fantastische Bezugsweise* で、関係可能性を現実化させざるをえなくなる。(Ibid., p. 392).

365 現実的な他者との関係で対人恐怖症者はつねに挫折感を味わう。(Ibid)

366 Ibid.

367 「自分は自立した他人と変わらぬ人間である」(Ibid., p. 393)

368 「自分は自立した独自の人間である」(Ibid)

personne autonome et distincte des autres – à moins « de développer des troubles psychiques ou de devenir un affreux arrogant »³⁶⁹. C'est sur la base de cette vision que Miyoshi rejette la version proposée par Kondō A. d'un conflit propre à la société japonaise moderne. Il n'y aurait pas de conflit entre l'exigence de prévenance et l'exigence d'affirmation de soi :

« car faire bonne impression sur autrui, provoquer chez l'autre des sentiments positifs, est au Japon la plus importante des victoires, c'est une forme de supériorité, d'affirmation de soi. »³⁷⁰

Autrement dit ces deux exigences semblent presque se rejoindre. En ce sens, Miyoshi estime-t-il que la société de compétition japonaise est *d'une nature autre* par rapport à son équivalent occidental, car elle serait sous-tendue par « l'égalitarisme émotionnel » et non une volonté d'affirmation individualiste.

Ainsi chez Miyoshi, la source du conflit psychique n'est pas dans la culture japonaise mais *chez certains individus*, parce que se contredisent en eux, d'une part, une modalité morbide de réalisation du moi (la « vanité » de la *fiction de leur autonomie*), et d'autre part, des exigences psychologiques culturellement déterminées (l'idée d'être *comme les autres*). Autrement dit, les anthropophobes semblent partiellement inadaptés, en décalage avec les attentes de la société japonaise.

Dans le cadre de sa réflexion sur les particularités du « moi japonais », le psychologue jungien Kawai Hayao 河合隼雄 (1928-2007) – l'un des grands contributeurs avec Doi au *nihonjinron* du domaine « psy » – livre, dans un article que publie en 1975 la revue intellectuelle *Shisō* 思想, son analyse de la phobie interpersonnelle. Il y offre une autre déclinaison, plus radicale ou en tout cas plus explicite, de cette vision d'un *taijinkyōfu* dans lequel se jouerait un conflit entre une tendance individuelle égocentrique et une tendance collective à faire primer l'harmonie du groupe. Dans sa doctrine, les anthropophobes sont clairement présentés comme constituant une anomalie, ou du moins une contre-tendance par rapport à la culture partagée :

369 もし完全にうぬぼれ切ってしまったら、精神異常状態かあるいはひどい自信家その他になり
[...] (*Ibid*)

370 相手に良い印象を与えること、好感情を与えることは日本ではもっとも重要な勝利であり、優越であり、自己主張が通っていることになるのである。 (*Ibid*)

« [...] je vois à l'arrière-plan des symptômes anthropophobiques l'existence d'un mouvement qui tente de compenser une tendance générale de notre culture. Les anthropophobes sont *en décalage* avec ce que j'ai provisoirement appelé « l'éthique situationnelle » de notre pays en raison de cette tendance qu'on peut appeler éthique de l'individu qu'ils ressentent puissamment dans leur inconscient. »³⁷¹

Kawai doute du fait que les Japonais puissent avoir un moi tel qu'il est défini dans la psychiatrie occidentale et d'après lui les anthropophobes représentent à cet égard une sorte d'anomalie, ou bien plutôt l'exception qui confirme la règle. Il reprend à son compte l'observation, qu'on a vue développée depuis Morita, selon laquelle la psychologie du *taijinkyōfu* est caractérisée par la conflictualité (une « dualité contradictoire et antagoniste »³⁷²). Il la situe dans le cadre d'une description générale des rapports interpersonnels, dans laquelle il oppose, conformément au paradigme nippologique, une « éthique situationnelle » (*ba no rinri* 場の倫理) japonaise, à une « éthique de l'individu » (*ko no rinri* 個の倫理) occidentale. L'éthique situationnelle renvoie à une conception des rapports humains dans lesquels l'équilibre et l'harmonie d'ensemble priment ; et la « situation » (*ba*) est définie comme un rassemblement « spontané », l'intégration à ce rassemblement étant conditionnée par une attitude fondée sur des « sentiments non-verbaux ». C'est donc l'antithèse de la vision canonique de ce que seraient relations interpersonnelles « occidentales » : d'individu à individu, régulées par des contrats explicites, etc. Or justement, les anthropophobes seraient incapables de se conformer à ce type de relations interpersonnelles : ils auraient en eux une « tendance à l'affirmation du moi » (*jiga kakuritsu no keikō* 自我確立の傾向) que Kawai présente de manière explicite comme spécifiquement occidentale³⁷³ et dont on doit s'attendre à ce qu'elle puisse *causer* « des frictions avec l'entourage »³⁷⁴. Les anthropophobes ne maîtriseraient pas l'art

371 [...] 対人恐怖という症状の背後に、わが国の文化の一般傾向を補償しようとするような動きが存在することを認めることである。筆者は一応「場の倫理」と呼ぶわが国の傾向に対し、個の倫理とも呼ぶべき傾向を無意識内に強く感じるため、彼等は不適応を起こしている。

(KAWAI H., « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* », art cit, p. 682)

372 対立矛盾する二面性 (*Ibid.*, p. 673)

373 Il appuie cette affirmation sur une analyse de mythes typiquement jungienne développée par un élève de Jung (Neumann) aboutissant à l'affirmation de ce dernier que le processus d'affirmation du moi serait un « acquis spécifique de l'homme occidental » (西洋人のなした特異なアチーブメント). Et l'on voit ici l'illustration de la manière dont le discours nippologique se fait l'écho du discours orientaliste occidental. (*Ibid.*, p. 672)

374 H. Kawai, « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* », art cit, p. 672.

japonais d'être des individus selon les règles de « l'éthique situationnelle », c'est-à-dire en faisant usage de stratégies spécifiques telles que le « camouflage du moi » (*jiga kakushi* 自我隠し) ou la perception de « l'entre » (*aida* 間)³⁷⁵. Leur tendance à s'affirmer, leur « évidente » envie de « se faire remarquer » agiraient *effectivement* comme un élément perturbateur dans leurs interactions avec autrui. Reprenant implicitement la description moritienne de l'anthropophobe qui, à force de refouler sa honte, finit par se comporter comme un sans-gêne, Kawai conclut qu'il « donne à tout le monde l'impression de s'être comporté de manière déplacée », ce qu'il « *perçoit* après-coup et engendre en lui un profond sentiment de honte sans qu'il en comprenne la raison, ce qui renforce encore plus sa tendance anthropophobique »³⁷⁶. Soulignons bien ce fait : chez Kawai c'est bien le *comportement inadapté* des anthropophobes qui semble engendrer des *effets dans le monde réel* ; ils *n'interprètent* pas le comportement d'autrui, ils le *perçoivent*. Le conflit ne semble plus se jouer – pour le dire vite – entre des tendances individualistes (occidentales) et des tendances groupistes (japonaises) *à l'intérieur d'un individu*, comme chez Kondō A. ou Miyoshi, mais *entre l'individu et la société* (et le conflit psychique finit quasiment par disparaître). Les anthropophobes que décrit ici Kawai apparaissent en quelque sorte comme *étrangers* au Japon.

De manière intéressante, alors que Doi et Kawai sont tous les deux de grands avocats de l'idée d'une spécificité psychique japonaise, dans le cadre de cet usage à notre avis principalement instrumental de la question de la phobie interpersonnelle (dont ils ne sont ni l'un ni l'autre spécialistes), ils développent deux visions parfaitement opposées de la figure de l'anthropophobe. Gardien de modalités relationnelles traditionnelles désemparé face à une société qui s'occidentalise chez Doi, il est au contraire chez Kawai le porteur d'un individualisme en conflit avec l'éthique relationnelle japonaise.

Uchinuma Yukio : honte, autonomie et le refoulé de la culture

Pour conclure nous nous tournerons vers Uchinuma Yukio 内沼幸雄 (né en 1935), auteur de la dernière monographie sur la phobie interpersonnelle de la période traitée dans ce chapitre. Son « Anthropologie de la phobie interpersonnelle » (1977), *Taijinkyōfu no*

375 KAWAI H., « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* », art cit, p. 676.

376 [...] 「場ちがい」の感を一同に与える。それを後で感じとった彼は、理由の解らないまま強い恥ずかしさを感じ、ますます対人恐怖の啓回向を強めることになる。(Ibid)

ningengaku 対人恐怖の人間学, est un volumineux ouvrage qui rassemble une série de travaux publiés entre 1971 et 1974, dans lequel il déploie une vaste et complexe réflexion qu'il revendique comme relevant de la psychopathologie clinique (et non de la « psychiatrie anthropologique », ce que suggère pourtant le titre de l'ouvrage), et qui tente de synthétiser et de dépasser les écueils des théories développées depuis Morita. Ce n'est toutefois pas directement à sa théorie de la phobie interpersonnelle mais à la réflexion de psychiatrie comparée qu'il fait dans un court chapitre de son ouvrage, que nous allons nous intéresser.

Après avoir dressé un bilan des positions exprimées lors du colloque de 1963 sur « Les spécificités japonaises des névroses », Uchinuma veut dépasser tant les limites de la « *nippologie* simpliste » de Kondō Akichika (1964), que la « vision du Japon de celui qui vient de rentrer d'Occident » (*yōkōgaeri no nihonkan* 洋行帰りの日本観) de Katō Masaaki, et se propose pour cela d'adopter l'approche revendiquée par Doi Takeo à l'occasion de ce colloque, c'est-à-dire d'aborder la question à partir des « principes universels des névroses » pour ensuite seulement faire émerger ce qui serait propre au Japon³⁷⁷. Dans cet ouvrage, Uchinuma ambitionne en effet de contribuer à la réflexion sur des problèmes plus vastes que la question restreinte d'une particularité psychopathologique japonaise, et en particulier la problématique de l'interpersonnalité et la question de la paranoïa. Or en effet, « si le *taijinkyōfu* est une névrose spécifique au Japon, alors les questions qu'on a crues universelles qu'il soulève ne sont plus que spécifiques au Japon ». L'un des aspects intéressants de la réflexion d'Uchinuma est son exploration, en fervent lecteur de l'ouvrage qu'Ernst Kretschmer a consacré au délire de relation des sensitifs (*Der sensitive Beziehungswahn* 1918, v. note 106 p. 225), du rapprochement possible de ce dernier concept et de celui de phobie interpersonnelle – piste suggérée, rappelons-le, par Kōra

377 UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, op. cit., p. 204-210. Lors du colloque de 1963, Doi à qui a été confiée la tâche de faire les remarques conclusives, tient un discours très prudent soulignant qu'il faut, d'une part, se fonder sur ce qui est similaire pour faire émerger les différences plus clairement, et d'autre part s'interroger sur la manière dont les particularités socio-culturelles se reflètent dans les névroses ou bien dans les pratiques psychiatriques. Il propose de confronter un cas freudien connu (Dora) et celui de l'une de ses patientes à l'aune de sa théorie de l'*amae* afin de montrer comment, dans le cas japonais, la problématique de la dépendance émerge aisément alors qu'elle paraît refoulée dans le cas freudien. Doi semble par là répondre à la critique qu'on lui fait alors déjà de faire de l'*amae* un concept exclusivement japonais et veut justement mettre en avant sa dimension universelle qui n'a, d'après lui, « pas été suffisamment appréciée » (p.35). La prudence de ces remarques contraste avec l'essentialisme dont il a pu faire preuve par la suite. (DOI Takeo 土居健郎, « *Tsuika tōron* » 追加討論 (Discussion supplémentaire), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 35-40)

Takehisa près de quarante ans plus tôt (1938). L'apparente différence de prévalence de la phobie interpersonnelle entre le Japon et les pays occidentaux, note-t-il, se situe *au niveau symptomatique*. Mais, ayant appréhendé la phobie interpersonnelle comme une « structure psychique » *régie par des mécanismes « éthiques »*³⁷⁸, les symptômes du *taijinkyōfu* ne sont pour lui que la manifestation de changements qui relèvent donc d'une autre dimension – éthique. Son hypothèse est que l'on devrait découvrir en Occident d'autres névroses, qui se *manifestent* différemment mais présentent une *structure commune* avec celle de la phobie interpersonnelle japonaise. Et le délire de relation sensitif décrit par Kretschmer fait figure de meilleur candidat car il présente d'après lui, au-delà de multiples différences, plusieurs similitudes structurelles avec le *taijinkyōfu*. Il retrouve ainsi chez deux patients, pour qui il a posé le diagnostic de délire de relation, les éléments essentiels de la structure de la phobie interpersonnelle telle qu'il l'a définie (la puissance du sentiment de honte, une structure contradictoire puissance/impuissance, un développement éthique allant de la honte à l'humiliation et de l'humiliation à la culpabilité), ce qui rend ce dernier diagnostic également pertinent dans leur cas³⁷⁹. La distinction entre les deux troubles reposerait sur « *l'affleurement ou non du sentiment de honte* »³⁸⁰ : tandis que dans les symptômes fondamentaux du *taijinkyōfu* le rapport à la honte est toujours manifeste (rougissement, regard, etc.), dans le délire de relation, autrui ne se manifeste pas pour le sujet de manière immédiate – « sous son nez » –, il le menace mais de façon légèrement indirecte (paroles, gestes). Dans les deux troubles, sentiment de honte et idées de référence sont présents, mais à des degrés différents³⁸¹. C'est dans cette prééminence de la honte, affirme Uchinuma, qu'on peut éventuellement voir le reflet de la culture japonaise en tant que « culture de la honte ». Mais par sa description d'une problématique universelle, à savoir le passage éthico-psychopathologique de la honte à la culpabilité, Uchinuma pense mener à un dépassement de l'opposition simple proposée par Ruth Benedict entre cultures de la honte et cultures de la culpabilité. De la même manière que Doi identifie dans

378 Résumer la théorie d'Uchinuma en quelques mots n'est pas rendre justice à sa richesse clinique et théorique, mais il nous importe ici seulement de savoir qu'Uchinuma s'intéresse à la « transition symptomatique » (*shōjō henshen* 症状変遷) entre ce qui seraient différents « idéal-types » de la phobie interpersonnelle, dans l'ordre : timidité, éreuthophobie, et (auto)scopophobie. Il ramène la transition de l'un à l'autre à un développement éthique : de la honte (*shūchi* 羞恥) à l'humiliation (*chijoku* 恥辱), et de l'humiliation à la culpabilité (*zai* 罪).

379 UCHINUMA Y., *Taijinkyōfu no ningengaku*, op. cit., p. 214-219.

380 [...] 羞恥感情が表在化しているか否かにある (*Ibid.*, p. 220)

381 *Ibid.*

l'*amae* un mécanisme psychologique universel et dans « l'affleurement de la psychologie de l'*amae* » la spécificité des névroses japonaises, Uchinuma voit dans la problématique honte / culpabilité un mécanisme universel, et dans l'affleurement de la honte au sein de la symptomatologie de la phobie interpersonnelle un trait culturel japonais. De cette manière, l'étude de la phobie interpersonnelle mettrait-elle en relief « en un sens plus fondamental que le comparatisme culturel de Benedict l'idée du Japon comme "culture de la honte" »³⁸².

En conclusion de cette réflexion, Uchinuma se penche sur la question « de psychiatrie comparée la plus familière », à savoir la différence de prévalence du *taijinkyōfu* entre les hommes et les femmes et l'observation de sa réduction après-guerre³⁸³, il renoue alors avec la question de la dialectique entre tendances individualistes et groupistes déjà développée par d'autres. Uchinuma voit dans ce changement, comme ses collègues, certes la conséquence de transformations sociales récentes, mais aussi et surtout de transformations « anthropologiques » qui auraient « fait perdre à la honte son statut de vertu pour les femmes également »³⁸⁴. La revendication féminine d'une égalité de droits, leur « formidable avancement social, s'accompagnent de la nécessité de répondre à la même exigence que celle pesant sur les hommes », c'est-à-dire « faire preuve d'autonomie (*jishusei* 自主性) dans la société ». Les femmes ne devant plus se montrer « gracieuses » mais « fortes »³⁸⁵, la honte est devenue pour elles aussi une « humiliation ». Et c'est là que réside, d'après Uchinuma, « la principale cause de la rapide augmentation du *taijinkyōfu* chez les femmes après-guerre »³⁸⁶. Dans sa conclusion tout se noue finalement :

« L'affirmation de soi s'accompagne des responsabilités et des souffrances afférentes. Il est facile de parler de responsabilité, mais lorsqu'on considère les patients souffrant profondément en raison de cette affirmation de soi, on éprouve de manière aiguë à quel point l'autonomie et la liberté de l'individu ne sont pas des questions faciles. Pour revenir aux problèmes de psychiatrie comparée entre pays de cultures différentes, on dit que les névroses des pays occidentaux où l'*amae* » est particulièrement refoulé présentent des conflits aux racines bien plus profondes que

382 *Ibid.*, p. 222-223.

383 *Ibid.*, p. 223.

384 *Ibid.*

385 Uchinuma oppose ici les expressions « faire la femme gracieuse » (*taoyame-buri*) et « faire l'homme fort » (*masurao-buri*) (*Ibid*)

386 *Ibid.*, p. 223-224.

les nôtres. De la même manière, si l'on compare les cas cliniques de délire de relation sensitif et de phobie interpersonnelle, le délire de relation sensitif, dans lequel la honte est plus bien refoulée, présente un état de confusion psychique plus grave. Au Japon, la question de l'autonomie et de la liberté individuelles est traitée comme un problème primordial, mais si l'on pense aux souffrances engendrées chez les patients en raison de celles-ci, cette question prend peut-être un poids autrement plus lourd»³⁸⁷

Ce que semble bien suggérer Uchinuma ici, c'est que la gravité des troubles engendrés par la problématique de l'autonomie ou celle de la dépendance serait proportionnelle à la profondeur du refoulement dont ces questions font l'objet dans une société donnée. Reprenant là un argument de Doi, si dans le cas « occidental » c'est ce qui touche à la dépendance affective, au sentiment de honte, qui est le plus refoulé et donc psychologiquement le plus nocif³⁸⁸, avec cette mise en parallèle, Uchinuma semble alors indiquer en miroir et à demi-mot – derrière sa mise en garde contre le coût psychopathologique de l'autonomie individuelle – que ça n'est peut-être pas tant la revendication de cette autonomie et cette liberté individuelles au Japon que leur « refoulement » qui cause de graves dégâts psychopathologiques.

*

Ces différentes doctrines discontinuistes, comme nous les avons appelées, placent l'anthropophobe dans un rapport problématique à la société japonaise. Le nœud psychopathologique est rapporté – que ce soit explicitement ou entre les lignes, en se fondant sur une vision essentialiste ou non des sociétés – à l'opposition entre une tendance à l'affirmation de l'individu et une tendance à se fondre dans le groupe, autrement dit au rapport dialectique de l'individu à la société. Toutes soulignent la contradiction dans le caractère de l'anthropophobe décrite par Morita, à la fois timide et arrogant. Mais, alors

387 自己主張にはそれ相応の責任と苦痛をとまなう。責任を言うのは易しいが、現に自己主張のために深刻な苦痛に陥っている患者たちをみていると、個人の自立と自由がいかに容易ならざる問題であるかを痛感させられる。この点に関連して文化を異にした国のあいだの比較精神医学にもどつて言うと、「甘え」の抑圧の著しい欧米の神経症はわが国のそれよりも葛藤の根が深いといわれている。同じように、羞恥がよりいっそう抑圧されている敏感関係妄想と対人恐怖のそれぞれの臨床例を比較してみると、敏感関係妄想の方がより著しい精神的混乱を示すことが注目される。わが国において個の自立性や自由が重要な問題として問われているが、これらの事実、つまり個の自立性や自由の問題のためにもたらされた患者の苦悩の深さを考えると、この問いはずっしりとした重みをおびてくるように思われるのである。(Ibid., p. 224)

388 Doi notait en effet chez les psychiatres américains une tendance à ignorer le besoin de dépendance de leurs patients et une imperméabilité à leur désarroi (DOI T., *Le jeu de l'indulgence*, op. cit., p. 21).

que Morita voyait dans cette contradiction l'expression d'une prédisposition psychique dont la manifestation pathologique, c'est-à-dire dans la phobie interpersonnelle, pouvait être surmontée notamment par l'affirmation d'une ambition authentique et assumée, dans les années 1970, la phobie interpersonnelle apparaît chez ces auteurs comme la névrose de l'individu *tenté par et interdit dans* l'affirmation de son individualité au sein de la société japonaise.

Conclusion

Dans les années 1960-1970, l'anthropophobe décrit par les psychiatres japonais a changé de profil : il n'est plus évoqué sous les traits de l'éreuthophobe moritien, faux timide et vrai ambitieux, mais plutôt sous ceux d'un auto-scopophobe convaincu sur un mode délirant du malaise que produit sur autrui son regard « étrange » et à qui l'on trouve désormais quelque chose de profondément « japonais ». Cette apparente évolution clinique de la phobie interpersonnelle et la caractérisation culturelle de cette névrose sont peut-être liées, avons-nous suggéré.

L'évolution de la phobie interpersonnelle vers des formes plus délirantes – et en particulier l'auto-scopophobie et l'auto-dysosmophobie qui sont désormais ses nouveaux archétypes – que perçoivent alors les psychiatres japonais est assignée par eux aux transformations culturelles et sociales qu'a connues le Japon depuis la fin de la guerre. Cependant, elle semble également être le fruit d'une reconfiguration nosographique liée à des évolutions théoriques de la psychiatrie japonaise elle-même et en particulier au développement après-guerre d'une variété d'approches psychopathologiques – clinique, phénoménologique, psychanalytique – à côté de l'école moritienne, qui conduit à une diversification des points de vue sur cette pathologie. Or le développement du champ des recherches sur les cas-limites de la schizophrénie par ces nouveaux psychopathologues conduit à attirer l'attention sur des « schizophrènes », atypiques à de multiples égards et dont le délire porte sur le regard ou l'odeur corporelle. Et le pont nosographique entre ces cas et la phobie interpersonnelle est en particulier rendu possible par la position de l'école moritienne qui reconnaît ces formes délirantes comme de simples variantes du *taijinkyōfu*, l'unité de cette entité clinique étant en dernière instance attestée par l'efficacité de la thérapie Morita.

Ainsi, au tournant des décennies 1960 et 1970, la phobie interpersonnelle apparaît comme un concept commun dans la psychiatrie japonaise et une catégorie nosographique englobant un large pan de la maladie mentale, les cas délirants étant notamment mis en valeur par cette nouvelle génération de chercheurs en psychopathologie, confrontés à la réalité clinique de l'hôpital universitaire, et non à celle des institutions psychothérapeutiques spécialisées dans la cure des anthropophobes et des timides. Or l'amplitude de la catégorie de *taijinkyōfu* n'est pas sans poser de problème à ces

psychopathologues non moritiens, pour qui la théorie moritienne est insuffisante à garantir l'unité nosographique de ces états dont l'hétérogénéité psychopathologie apparaît avec trop d'évidence. Et *en l'absence d'une théorie psychopathologie commune forte*, avon-nous suggéré, c'est une vision *syndromique* et *culturellement déterminée* qui s'impose comme doctrine moyenne du *taijinkyōfu* dans la psychiatrie japonaise. La prégnance intellectuelle et culturelle du paradigme culturaliste après-guerre, alimenté tant par les recherches américaines du courant *culture and personality* que par le discours nippologique, avait dès les années 1950 amené les psychiatres du courant moritien à supposer l'existence d'un rapport entre *taijinkyōfu* et culture japonaise. Et, sans étude épidémiologique comparative permettant d'attester d'une prévalence significativement plus élevée de la phobie interpersonnelle au Japon, sur la base de preuves cliniques faibles, la quasi-totalité de la littérature sur la phobie interpersonnelle des années 1960-1970 adopte ainsi une vision culturaliste de cette névrose. Ce qui n'était à l'origine qu'une hypothèse devient la prémisse de la démonstration de la « japonité » du *taijinkyōfu*.

Les caractéristiques de la phobie interpersonnelle qui font écho aux traits culturels japonais soulignés dans les nippologies apparaissent alors avec d'autant plus d'évidence aux yeux des psychiatres. Cependant l'interprétation du rapport entre *taijinkyōfu* et société japonaise donne en réalité lieu à la formulation de thèses variées. La lecture du *taijinkyōfu* dans une perspective historique oscille entre la vision plus ou moins négative d'un résidu psychopathologique d'une éthique des rapports interpersonnels « prémoderne » et celle, plus nostalgique, qui voit dans les évolutions de la clinique après-guerre (l'évolution symptomatique et l'augmentation de la proportion féminine) le signe de la perte de cette éthique. La phobie interpersonnelle y est, dans un cas comme dans l'autre, d'abord liée à un état passé de la société japonaise dans laquelle ses caractéristiques supposées *spécifiques* étaient plus saillantes. L'interprétation plus précise du rapport entre le fonctionnement psychopathologique de la phobie interpersonnelle et la norme culturelle et sociale donne lieu à deux types de doctrines. Celle qui se diffuse *in fine* comme vulgate en fait une variation quantitative, *une version extrême*, de modalités relationnelles typiquement japonaises, et tend ainsi à souligner le caractère *culturellement congruent* de la phobie interpersonnelle, parfois aux dépens de l'intelligibilité de son caractère pathologique. L'autre type de doctrine, plus précise sur le plan psychopathologique, souligne au contraire l'anormalité, la discontinuité entre les rapports interpersonnels

normaux et ceux qu'entretiennent ou fantasment les anthropophobes. Elle s'appuie sur la dualité, ou la contradiction, propre à la personnalité des anthropophobes soulignée par Morita, désormais désignée par diverses expressions : « vanité incomplète » (Miyoshi), « exigence de prévenance » contre « exigence d'affirmation de soi » (Kondō A.), « éthique de l'individu » contre « éthique du lieu » (Kawai), toutefois elle n'identifie plus sa cause dans le tempérament de l'individu, mais dans les contradictions de la société japonaise ou certains contextes familiaux particuliers. Là où Morita renvoyait ultimement ce conflit à une dialectique fondamentale sans implications culturelles (désir de vie / peur de la mort), les psychiatres des années 1960-1970 renvoient cette dualité à la tension entre une tendance individualiste et une tendance groupiste. La phobie de la honte moritienne semble dans ces dernières thèses devenir une *névrose de l'individualisme* : le coût psychopathologique de tendances individualistes dans une société à la morale groupiste.³⁸⁹

Le poids des discours auxquels renvoie de manière évidente la vision culturalisée de la phobie interpersonnelle – sur la rupture culturelle et sociale entre l'avant et l'après-guerre, le maintien d'une identité japonaise malgré tout, la démocratisation inachevée ou imparfaite des mœurs, l'avènement de l'individualisme et ses dégâts, etc. – dans la société japonaise des années 1960-1970 a certainement contribué à rendre cette catégorie nosographique non seulement parlante mais aussi acceptable, en dépit de son hétérogénéité psychopathologique reconnue. Sa fragilité épistémologique et sa forte dépendance culturelle historiquement située contribueront beaucoup, d'après nous, à précipiter sa disparition au cours des décennies suivantes – que nous évoquerons dans les conclusions.

389 Pour formuler les choses en termes de niche écologique, on pourrait dire que la niche de la phobie de interpersonnelle dans les années 1960-1970 est caractérisée par : la démultiplication du vecteur d'observabilité (entre le réseau des cliniques moritiennes, les services ambulatoires des cliniques psychiatriques, l'institut Seisei, etc.), qui multiplie ainsi les points de vue sur cette pathologie ; la diversification des théories psychopathologiques de référence, qui rend difficile l'adoption d'une théorie commune ; et enfin une polarité culturelle intensifiée, l'anthropophobe venant occuper une position-clef dans l'opposition entre individualisme et groupisme, perçue et décrite par les discours nippologiques comme structurante dans la société japonaise d'alors.

Conclusion

Note de conclusion : du *false blush* au *social anxiety disorder*, en passant par le *taijinkyōfu*

Nous avons commencé ce travail en nous interrogeant sur les raisons du destin particulier du concept de phobie interpersonnelle au Japon, sur les motifs de son succès et de sa disparition. C'est donc la tentative de comprendre les *conditions d'émergence* du concept, la logique de sa circulation, de son développement ainsi que de ses transformations qui a guidé ce parcours.

Dans une perspective d'abord généalogique mais aussi contrastive, nous avons dans un premier temps abordé les origines européennes du concept japonais. Nous avons pour cela repris l'histoire de la conceptualisation de l'éreuthophobie, cet état pathologique qui conduira aussi bien Janet que Morita vers l'idée d'un groupe d'obsessions spécifiquement liées aux situations sociales. Nous avons ainsi constaté, dans deux textes de la première moitié du XIX^e siècle, que la médicalisation d'une forme particulièrement prononcée de rougissement émotif passait non seulement par le détachement de ses significations traditionnelles (timidité, fausse honte) et l'attribution de significations nouvelles (mal de la civilisation, idée fixe, hypocondrie), ainsi que par la participation active de l'individu souffrant au travers de sa demande d'être soulagé. L'assimilation de cette plainte particulière, liée à un rougissement perçu comme excessif et vécu de manière particulièrement douloureuse, au domaine de compétence de la psychiatrie se fait en parallèle des transformations théoriques et institutionnelles de cette dernière. Dans les années 1890, le cabinet privé et le service ambulatoire offrent ainsi un espace clinique dans lequel les psychiatres peuvent rencontrer ces patients qui nourrissent cette angoisse du rougissement, et leur plainte peut être rattachée à des catégories nosographiques connues (obsessions) et à des causes claires (neurasthénie, dégénérescence psychique). C'est dans ce cadre que sont parallèlement formulés les concepts d'éreuthophobie par Pitres et Régis et d'*erröthungsangst* (angoisse du rougissement) par Bekhterev. Le statut nosographique et la nature des obsessions font alors l'objet de vives discussions dans lesquelles sont engagés les deux médecins français, et l'usage stratégique qu'ils font du concept d'éreuthophobie dans le cadre de l'opposition théorique des doctrines émotivistes et

intellectualistes des obsessions va notamment structurer un débat qui, pendant sept années (1896-1902), voit la publication de cas de cette « obsession du rougissement » un peu partout en Europe. Toutefois, la dépendance du concept d'éreuthophobie vis-à-vis de celui d'idées obsessionnelles, et plus précisément la dépendance de *l'intérêt scientifique* attribué à l'éreuthophobie vis-à-vis de la question de la nature émotive ou intellectuelle des idées obsessionnelles est largement responsable de la disparition rapide de celui-ci. La domination des thèses émotivistes dans les premières années du XX^e siècle et le jugement répété que l'usage de l'argument de l'éreuthophobie par Pitres et Régis n'est pas pertinent marquent la fin des études sur l'éreuthophobie. En 1903, le psychologue Pierre Janet suggère, dans le cadre de sa théorie de la psychasthénie, de rattacher l'éreuthophobie ainsi que d'autres symptômes au concept qu'il propose de « phobies sociales ». Il s'agit là d'un changement de perspective important qui déplace le centre de gravité morbide du symptôme du rougissement à la *situation dont est dépendante la manifestation du symptôme*, proposant ainsi à la place de la vision d'une émotivité excessive celle d'une psychonévrose caractérisée par l'aboulie sociale. Cependant, arrivant sans doute trop tard, perdu dans une œuvre complexe à l'influence limitée, et chez un auteur en outre relativement isolé d'un point de vue institutionnel, cette proposition théorique n'a alors rencontré aucun écho.

Au Japon au contraire, le concept de phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) ou phobie de la honte (*shuchikyōfu*) théorisé par Morita Shōma au début des années 1930 semble avoir immédiatement commencé à circuler tant chez les praticiens de la psychothérapie que chez les patients. La neurasthénie, qui s'est diffusée au Japon depuis le début du XX^e siècle, a largement contribué à reformuler les maux psychologiques des Japonais selon le vocabulaire de la psychiatrie moderne, et constitue le terrain clinique sur la base duquel Morita développe, dans le cadre de sa théorie et de sa pratique d'une psychothérapie originale de la neurasthénie et des obsessions, ou « nervosisme », le concept de phobie interpersonnelle. Se situant, sur les plans épistémologique et culturel, à mi-chemin entre, d'une part, une psychiatrie académique d'orientation avant tout neuropsychiatrique et nosographiquement kraepelinienne qui se tient plutôt à distance du soin des neurasthéniques, et d'autre part, un marché thérapeutique de la neurasthénie très développé dans lequel émerge un mouvement psychothérapeutique autochtone essentiellement constitué de non-médecins cherchant à allier science moderne et savoirs

traditionnels, Morita revendique une approche psychologique *et* scientifique de la neurasthénie et des obsessions. Son concept de phobie interpersonnelle, développé alors que les notions d'*anthropophobia* ou de *Verkehrsangst* (angoisse relationnelle) circulent déjà dans la psychiatrie japonaise, est le signe d'une innovation *thérapeutique* plutôt qu'une nouveauté nosographique : c'est en effet au moment où Morita parvient à soigner les anthropophobes grâce à sa thérapie du nervosisme qu'il commence à écrire à leur sujet. Sa phobie interpersonnelle est une conception psychologique et morale dans laquelle le malade s'enferme, en raison de son caractère nerveux, dans ce qu'il appelle un « conflit psychique » contre le sentiment de honte sociale, c'est-à-dire un vain combat contre une émotion décrite comme naturelle. Sa thérapie consiste alors en l'adoption d'une nouvelle « vision de l'existence », une morale de l'authenticité et de l'effort qui pousse l'anthropophobe à accepter l'ambition qui sous-tend sa timidité de façade, et qui semble faire écho à l'idéal d'ascension sociale de l'ère Meiji dont Morita est imprégné. C'est ainsi en tant que névrose *curable* que la phobie interpersonnelle est présentée et promue par Morita et ses élèves. Les ouvrages de Morita, qui s'adressent avant tout au grand public, sont très lus et sa thérapie bénéficie de la reconnaissance de ses collègues psychiatres, a fortiori de celle des autres psychothérapeutes (à l'exception des psychanalystes). Cette reconnaissance tant scientifique que publique et l'assise d'un courant moritien institutionnalisé jouent ainsi un rôle essentiel dans la prospérité du concept de phobie interpersonnelle au Japon qui circule dans un premier temps, à partir de la seconde moitié des années 1930, dans le milieu psychothérapeutique.

Ce n'est qu'à partir des années 1960 que la notion de phobie interpersonnelle fait son entrée dans la nosographie commune des psychiatres japonais, mais sous une forme légèrement différente. Tout d'abord elle indique désormais non seulement des formes cliniques relevant du domaine de la névrose, telles que la « classique » éreuthophobie, mais également des formes présentant un symptôme délirant qui la rapprochent du domaine de la psychose, en particulier l'auto-dysosmophobie et l'auto-scopophobie. Cette évolution nosographique est perçue comme une évolution de la clinique : ces derniers cas seraient plus nombreux que par le passé. En outre, il apparaît alors avec évidence aux psychiatres que la phobie interpersonnelle, qui semble être particulièrement fréquente au Japon, renvoie à certains traits jugés caractéristiques de la culture et de la société japonaises. Ces transformations, clinique et culturelle, de la phobie interpersonnelle sont

d'après nous liées, elles *vont de paire avec la diffusion même du concept dans la psychiatrie japonaise* et renvoient aux évolutions pratiques et théoriques de cette dernière, ainsi qu'à l'histoire des idées au Japon dans la seconde moitié du XX^e siècle. Elle sont ainsi notamment le fruit de la rencontre entre des points de vue clinique et théorique nouveaux introduits par les approches psychopathologiques cliniques et phénoménologiques, qui s'épanouissent alors, et le point de vue clinique et théorique de l'école moritienne. Les décalages entre le type de patients observés par les psychiatres moritiens dans leurs cliniques et ceux qu'observent les psychopathologues en clinique universitaire, et le rapprochement de certains cas initialement considérés comme relevant de la schizophrénie sur la base de certaines similitudes symptomatiques, mais non un mécanisme psychopathologique commun, donnent forme à une catégorie clinique multiforme et précaire. Or, la diversité psychopathologique qui règne au sein de cette vaste catégorie nosographique qui se dessine alors est problématique pour les psychiatres extérieurs au courant moritien. Et, d'après nous, en l'absence d'une théorie psychopathologique commune, un compromis *de facto* s'établit autour d'une vision syndromique de la phobie interpersonnelle, dont les différents tableaux cliniques sont maintenus ensemble surtout en raison de leur *pertinence culturelle*. Ainsi la prégnance du paradigme culturaliste après-guerre et tout particulièrement dans les années 1960-1970 – dans la vie intellectuelle japonaise en général sous la forme du discours nippologique, et en psychiatrie au travers du développement d'un intérêt pour le comparatisme culturel alimenté par les échanges avec le courant américain des *culture and personality studies* – joue un rôle décisif dans l'adoption de cette vaste entité nosographique. Elle nourrit dans une large mesure la réflexion sur le caractère culturellement spécifique de la phobie interpersonnelle et ce en dépit de l'absence d'éléments cliniques et épidémiologiques véritablement concluants. Le *taijinkyōfu* devient alors une névrose « japonaise » où s'expriment à un niveau pathologique la culture de la honte, le souci du qu'en-dira-t-on, la prévenance pour les sentiments d'autrui, les rapports de dépendance, l'importance de la communication non-verbale, etc. Et l'on pense, en miroir, reconnaître à un niveau « infra-clinique » un certain « esprit anthropophobe » chez la majorité des Japonais. La phobie interpersonnelle a alors une charge symbolique forte dans le discours psychiatrique : véhiculant tour à tour la perception d'une identité culturelle qui se transforme depuis l'après-guerre trop ou pas assez vite, incarnant une forme de « Japonéité » extrême ou au contraire les tensions entre

tendances individualistes et « groupistes » dans la société japonaise. L'émergence, à partir du début des années 1980, de multiples éléments mettant en question la vision d'un *taijinkyōfu* spécifiquement japonais fera peu à peu perdre à cette entité nosographique sa fonction de miroir et peut-être ainsi, l'une de ses raisons d'être.

Epilogue : la fin ambiguë de la phobie interpersonnelle

La période faste des années 1960-1970 dans le développement des recherches sur la phobie interpersonnelle ne s'est pas brutalement interrompue dans les années 1980¹, mais cette décennie est marquée par l'émergence d'une nouvelle dynamique notamment liée à un événement de la psychiatrie américaine aux répercussions mondiales : la publication de la 3^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), couramment abrégé DSM-III, par l'Association américaine de psychiatrie (APA). La « bible » de la psychiatrie américaine – comme il sera bientôt surnommé – deviendra progressivement à partir de cette édition une référence centrale sur le plan international aux côtés de la Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'OMS. Nous avons entamé cette étude en évoquant le DSM-IV, la version qui lui a succédé, mais la publication du DSM-III (1980) est l'un des événements majeurs de l'histoire de la psychiatrie dans la seconde moitié du XX^e siècle² et elle a un écho jusque dans notre histoire. En effet, l'apparition dans ce manuel du diagnostic de

-
- 1 Des recherches approfondissant des perspectives ou proposant de nouvelles approches de la phobie interpersonnelle sont développées. Citons notamment : les études de la psychodynamique du développement du *taijinkyōfu* de Nabeta 鍋田 (1982) et l'approche en termes de psychologie de l'environnement du psychologue KIMURA Shun 木村駿, *Nihonjin no taijinkyōfu* 日本人の対人恐怖 (La phobie interpersonnelle des Japonais), Tokyo, Keisō shobō, 1982, 238 p. ; ainsi que deux ouvrages de synthèse : IIDA Shin 飯田真, IWAI Hiroshi 岩井寛 et YOSHIMATSU Kazuya 吉松和哉 (eds.), *Taijinkyōfu Hitozukiai ga nigatena anata ni* 対人恐怖 人づきあいが苦手なあなたに (Phobie interpersonnelle. Pour vous qui êtes mal à l'aise en société), Tokyo, Yūhikaku sensho, 1981, 305 p. (qui malgré son sous-titre n'est pas un ouvrage de vulgarisation) ; TAKAHASHI Tooru 高橋徹 (ed.), *Taijinkyōfushō* 対人恐怖症 (La phobie interpersonnelle), Tokyo, Kanehara Shuppan, 1985, 197 p.
 - 2 Le DSM-III est le fruit d'une petite révolution théorique qui voit la refonte complète et la standardisation de la classification psychiatrique, et qui se fait notamment contre l'influence jusqu'alors dominante de la psychanalyse aux Etats-Unis au profit des psychiatres d'orientation neurologique et comportementalistes surnommés « néo-kraepelinien » (perte d'influence symbolisée par la disparition de la catégorie de « névrose » dans le DSM). Le manuel revendique une approche « athéorique » qui laisserait de côté toute hypothèse étiologique pour adopter une approche purement descriptive. Si le DSM a largement été critiqué par la suite, en Amérique du Nord en particulier, pour avoir servi de cheval de Troie à l'industrie pharmaceutique pour médicaliser de nombreux comportements (des formes mineures de dépression, les enfants agités, la timidité, etc.), il était d'abord le fruit d'une tentative de la psychiatrie américaine de répondre aux critiques scientifiques et sociales dont elle faisait l'objet dans les années 1970 (sur le manque de fiabilité des diagnostics psychiatriques, la contestation du diagnostic de l'homosexualité, etc.). Les répercussions théoriques, cliniques et culturelles du DSM-III et des éditions successives ont fait l'objet de très nombreuses études ; mentionnons seulement l'ouvrage classique et très représentatif d'une certaine critique culturelle américaine du DSM : KIRK Stuart A. et KUTCHINS Herb, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, A. de Gruyter, 1992, 270 p. ; et pour une étude plus strictement épistémologique et historique de la genèse du DSM : DEMAZEUX Steeves, *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013, 256 p.

« phobie sociale » (*social phobia*), concept qui présente des similitudes évidentes avec celui de phobie interpersonnelle défini par les psychiatres japonais, et dont certains affirment aux Etats-Unis qu'il aurait été « le plus négligé des principaux troubles de l'anxiété » présents dans le manuel³, contribue largement à semer le doute au Japon quant à la spécificité culturelle de cette dernière. Mais d'autre part, le DSM-IV (1994), qui inaugure 14 ans plus tard la catégorie des *culture-bound syndromes*, ou « syndromes liés à la culture », fait figurer dans cette nomenclature, aux côtés de l'*amok* et d'autres troubles plus ou moins exotiques du point de vue occidental, la phobie interpersonnelle, certifiant ainsi son caractère culturellement déterminé au moment même où les psychiatres Japonais eux-mêmes ont considérablement remis en question cette idée. Comme parvient-on à cette situation paradoxale qui constituera l'épilogue de ce récit ?

1. Le DSM-III, la phobie sociale et la déculturation de la phobie interpersonnelle

Au cours des années 1980, une série de publications américaines contribue à mettre en évidence aux yeux des psychiatres japonais le fait qu'il existe dans les pays occidentaux aussi une pathologie semblable à ce qu'ils sont habitués à désigner *taijinkyōfu*⁴. Le DSM-III (traduction japonaise en 1982) présente ainsi le diagnostic de phobie sociale, défini par les critères suivants :

« A. A persistent, irrational fear of, and compelling desire or avoid, a situation in which the individual is exposed to possible scrutiny by others and fears that he or she may act in a way that will be humiliating or embarrassing.

B. Significant distress because of the disturbance and recognition by the individual that his or her fear is excessive or unreasonable

C. Not due to another mental disorder, such as Major Depression or Avoidant Personality Disorder »⁵

L'ouvrage *Shyness : what it is and what to do about it* (1977) du psychologue

3 LIEBOWITZ Michael R., « Social Phobia, Review of a Neglected Anxiety Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 1985, n° 42, p. 729.

4 NARITA Yoshihiro 成田善弘, « *Taijinkyōfushō – Saikin no kenkai* » 对人恐怖症—最近の見解 (Phobie interpersonnelle – Interprétations récentes) dans Katsumi Kaketa 懸田克躬 (ed.), *Seishin.igaku sōron* 精神医学総論, Tokyo, Nakayama Shoten, 1988, vol. 25/年刊版 88'-A, p. 171.

5 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, APA, 1980, p. 228.

américain Philip G. Zimbardo, également traduit en japonais en 1982, qui non seulement affirme que la timidité n'est pas rare (ce que semblent confirmer les ventes importantes de l'ouvrage) mais qu'elle est en outre liée au mode de vie américain⁶, en « trouble » certains qui en tirent « une toute autre image des Américains »⁷. Cependant, d'autres, tels que Yamashita, soulignent que :

« [...] d'après de nombreux chercheurs japonais et d'après moi, la forme de ce que nous avons pris l'habitude d'appeler *phobie interpersonnelle* et la description qui figure dans le DSM-III sont clairement différentes »⁸

Yamashita note que sont exclus de la description américaine les cas avec idées de référence, qui pour lui constituent le « cœur » (*chūkaku* 中核) même de la phobie interpersonnelle⁹ et qui tendent en effet à être présentés depuis 20 ans comme le nouveau paradigme de la phobie interpersonnelle – comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. Un doute semble ainsi demeurer quant au fait de savoir si ce sont simplement les *définitions* de la phobie sociale dans le DSM-III et celle de la phobie interpersonnelle au Japon qui diffèrent, ou si ce sont les *manifestations cliniques* qui sont réellement différentes, auquel cas la phobie interpersonnelle demeurerait bien une pathologie essentiellement japonaise, au moins dans ses formes délirantes. Ainsi à quelques mois d'écart, Yamashita publie un article dans lequel il apparaît clairement qu'il n'a pas changé d'avis sur le fait que la fréquence du *taijinkyōfu*, en raison de la « structure socioculturelle » du Japon et de son « paysage psychique » spécifiques, y serait significativement plus élevée qu'aux Etats-Unis – où elle serait significativement plus

6 Zimbardo notait parmi les facteurs étiologiques de la timidité : la mobilité géographique importante aux Etats-Unis, responsable d'un sentiment de solitude, mais aussi l'importance excessive accordée à la réussite individuelle, génératrice d'une angoisse relative à l'incapacité de prouver sa valeur en tant qu'individu (ZIMBARDO Philip G., *Shyness: What It Is, What To Do About It*, ?, Da Capo Press, 1990, p. 48-51). La couverture de la première édition annonçait : « *the breakthrough book that offers sound, solid help to America's 84 million shy people* ». (Nb : Zimbardo est plus connu pour « l'expérience de Stanford » qu'il a menée en 1971, visant à étudier les effets de la situation carcérale sur le comportement des gardiens et des prisonniers)

7 NARITA Yoshihiro dans « General Discussion – Afternoon Session – » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 57.

8 日本の多くの研究者の見解および私見によれば、対人恐怖とよびならされているものの様相は、DSM-IIIの記載内容とは明瞭に異なっている。(YAMASHITA Itaru 山下格, « *Wa ga kuni ni okeru shinkeishō no shindan to DSM-III* » わが国における神経症の診断と DSM-III (Le diagnostic de névrose au Japon et le DSM-III), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1982, vol. 11, n° 2, p. 210)

9 *Ibid.* Ainsi Yamashita souligne-t-il que les anthropophobes ne jugent absolument pas leurs peurs « excessives » ou « déraisonnables » comme le spécifie le DSM.

basse pour des raisons de même nature¹⁰. Dans le manuel de synthèse de la collection « *Seishinka MOOK* » consacré à la phobie interpersonnelle publié en 1985, les deux contributions abordant le « point de vue social et culturel » défendent également l'idée de l'enracinement de la phobie interpersonnelle dans certaines spécificités de la culture japonaise¹¹.

Parallèlement, émergent au Japon des études comparées qui apportent enfin des éléments substantiels aux conjectures sur la prévalence relative du *taijinkyōfu* au Japon et ailleurs. Si de telles études, qui montrent notamment que l'éreuthophobie est un trouble bien plus courant qu'on ne l'imaginait dans différents pays d'Europe, apparaissent dès la fin des années 1970¹², ce sont plus particulièrement les éléments qui émergent lors d'un colloque nippo-coréen en 1987 qui semblent avoir marqué un tournant dans les esprits¹³. « Social phobia in Japan and Korea » est le thème du premier colloque de l'East Asian Academy of Cultural Psychiatry *Higashi-ajia bunka-seishin.igakkai* 東アジア文化精神医学会 (EAACP), alors composée exclusivement de Japonais et de Coréens. Y participent des acteurs importants du champ de la littérature sur la phobie interpersonnelle : Kasahara Yomishi, Kondō Kyōichi (et accessoirement Doi Takeo).

-
- 10 その理由として挙げられるのは、わが国の特異な社会文化的構造ないし精神的風土である。(YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfu no shindanteki ichizuke* » 対人恐怖の診断的位置づけ (La position diagnostique de la phobie interpersonnelle), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1982, vol. 11, n° 7, p. 802)
- 11 KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Nihon bunka to taijinkyōfushō* » 日本文化と対人恐怖症 (La culture japonaise et la phobie interpersonnelle) dans 対人恐怖症, Tokyo, Kanehara Shuppan, 1985, p. 89-97.; KODAMA Ryūji 児玉隆治, « *Sekentei to taijinkyōfushō* » 「世間体」と対人恐怖症 (Le sens des convenances et la phobie interpersonnelle) dans 対人恐怖症, Tokyo, Kanehara Shuppan, 1985, p. 98-105.
- 12 En Allemagne : SATOMURA Atsushi 里村淳, « *Doitsu to Nihon no taijinkyōfushō no hikakuseishinigakuteki kenkyū – Tokuni sekimenkyōfu ni tsuite* » ドイツと日本の対人恐怖症の比較精神医学的研究 — 特に赤面恐怖について — (Etude de psychiatrie comparée sur la phobie interpersonnelle en Allemagne et au Japon – de l'éreuthophobie en particulier –), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1979, vol. 8, n° 3, p. 329-337; et en Autriche : YASHIMA Shōtarō 八島章太郎, « *Ōsutoria ni okeru taijinkyōfushō ni tsuite – hikaku seishin.igaku teki shiten kara* » オーストリアにおける対人恐怖について — 比較精神医学的視点から (La phobie interpersonnelle en Autriche – du point de vue de la psychiatrie comparée), *Tōkyō ika daigaku zasshi* 東京医大誌, 1985, vol. 43, p. 694.
- 13 D'après KITANISHI Kenji 北西憲二, KONDŌ Kyōichi 近藤喬一 et SI HYUNG Lee, « *Higashi-ajia ni okeru hikaku bunka seishin.igaku no kenkyū – taijinkyōfu ni kanren shite* » 東アジアにおける比較文化精神医学の研究 — 対人恐怖に関連して — (Recherches de psychiatrie comparée en Asie orientale – à propos de la phobie interpersonnelle), *Seishinka chiriyōgaku* 精神科治療学, 1993, vol. 8, n° 12, p. 1477-1478.

La présentation de Si Hyung Lee, psychiatre coréen exerçant au Korea General Hospital (Séoul) et étudiant la phobie sociale depuis plusieurs années, constitue la pièce maîtresse de cette petite révolution. Il présente une étude très documentée dans laquelle il formule d'abord une critique de la définition « inadéquate » de la phobie sociale dans le DSM-III, qu'il propose de reformuler afin de pouvoir intégrer les cas délirants qui d'après lui ont parfaitement leur place dans cette catégorie. Lee fait ainsi de l'usage clinique japonais – tel que reflété par le fameux schéma de Kasahara de 1972 (v. chapitre 3) qu'il reprend presque tel quel – la *bonne* définition de la phobie sociale, ou du moins une définition parfaitement adaptée à la clinique coréenne¹⁴. Suite à quoi il affirme, sur la base d'une enquête portant sur un nombre impressionnant de patients anthropophobes (315 individus), que non seulement la phobie sociale existe également en Corée dans des proportions importantes¹⁵, mais en outre présente les mêmes thématiques (notamment celle du regard) et les mêmes formes délirantes que celles décrites dans la littérature japonaise – autrement dit, ces formes qui constituent les ultimes bastions de la spécificité japonaise du *taijinkyōfu*. Il dresse ensuite un portrait des « caractéristiques culturelles coréennes », étonnamment semblables aux « spécificités japonaises » jusqu'alors évoquées dans la littérature sur la phobie interpersonnelle¹⁶, et dont l'absence en Occident expliquerait selon lui pourquoi « il n'y a pas [là-bas] de formes délirantes de phobie sociale »¹⁷. La réaction de son répondant, qui n'est autre que le moritien Kondō Kyōichi, est sans doute représentative de celle des personnes de sa génération : tout en se disant frappé par les

14 Sa proposition reprend le format des critères diagnostiques du DSM et indique :

- 1) la croyance en un défaut qui se manifeste dans les rapports interpersonnels : défaut qui consiste en une anxiété pathologique ou un défaut physique sans fondement médical ;
- 2) la crainte que ce défaut pourrait être ou est perçu par autrui, et la perception de ce fait au travers des gestes, des expressions et du comportement d'autrui ;
- 3) l'évitement des situations interpersonnelles, ou bien la dissimulation ou la correction du défaut ;
- 4) l'absence d'autres symptômes psychiques. (LEE Si Hyung, « Social Phobia in Korea » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 26-27)

15 Il représente d'après son étude 4,9% des patients ambulatoires du service de psychiatrie du Korea General Hospital (Séoul) de 1982 à 1985, ce qui est en effet comparable aux données japonaises (v. chapitre 3).

16 Selon une démarche méthodologique remarquablement similaire à celle des nippologies, il part des caractéristiques de la vie traditionnelle dans les villages de montagne pour mettre en avant l'importance des notions d'harmonie, de retenue, du sens de l'honneur à l'âge adulte, de la communication non-verbale, etc. La Corée est selon lui également une « culture de la honte » et présente des motifs culturels semblables à ceux du Japon et de Taiwan. Il évoque toutefois également, mais bien plus succinctement, le thème de la compétition individuelle féroce dans la culture coréenne contemporaine, comme autre facteur propice au développement de la honte d'où naît la phobie sociale (LEE S.H., « Social Phobia in Korea », art cit, p. 39-43)

17 Selon l'argument essentialiste d'après lequel le caractère multiculturel de « la culture occidentale » y empêcherait l'usage de formes de communication non-verbales. (*Ibid.*, p. 42)

similitudes entre les héritages culturels japonais et coréens et d'accord avec l'idée que « la mentalité du “souci d'autrui” de la culture coréenne puisse être un agent catalyseur dans le développement d'un délire de nuire à autrui », il confesse sa surprise de découvrir la banalité de la phobie sociale en Corée et compte tenu en plus des affirmations de Zimbardo sur la fréquence de la « timidité » aux Etats-Unis (évoquées par Lee au début de son intervention), il est conduit à juger « inévitable de nourrir des doutes au sujet de l'idée conventionnelle de la phobie interpersonnelle comme trouble lié à la culture [spécifique au Japon] »¹⁸. Kondō semble demeurer ainsi au milieu du gué : si d'un côté, il apparaît clairement qu'il n'est plus soutenable que la phobie interpersonnelle est un trouble spécifiquement japonais, d'un autre côté, l'argument des affinités culturelles nippon-coréennes permet de ménager un peu la thèse de la détermination culturelle du syndrome anthropophobique (et la vision essentialiste de la société japonaise qui la sous-tend).

Cependant, Yamashita donnait dans le premier article de 1982 précédemment cité une autre piste d'interprétation de la différence entre les définitions américaine et japonaise de la phobie sociale et de la phobie interpersonnelle, interprétation qui s'imposera par la suite, et qui relevait non de *l'épidémiologie* mais de *choix nosographiques*. Yamashita avait eu l'occasion de rencontrer au Japon le psychiatre Robert Spitzer (1932-2015), l'architecte du DSM-III, lors d'une réunion sur le DSM-III et de voir évoqués en sa présence des cas de *taijinkyōfu* avec délire de relation. Il avait alors noté son jugement catégorique : peu importaient le maintien de la personnalité et de l'adaptation sociale des anthropophobes, la présence de « délire » (*mōsō*) indiquait pour le psychiatre américain qu'on était dans le domaine de la « psychose »¹⁹. Au-delà du jugement tranchant de Spitzer, il est clair que l'hétérogénéité psychopathologique des tableaux cliniques désignés par le terme *taijinkyōfu*, évidente dès les années 1960 au Japon, est d'autant plus patente pour un regard extérieur, non formé par l'habitus, pour ainsi dire, des psychiatres japonais – ce qu'avait d'ailleurs montré une expérience publiée en 1979²⁰. Cette question est d'ailleurs soulevée et vivement débattue lors du colloque de 1987. Kwang-Iel Kim, un

18 KIM Kwang-Iel, « Discussion to Professor Kasahara's Paper » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 54.

19 YAMASHITA I., « *Wa ga kuni ni okeru shinkeishō no shindan to DSM-III* », art cit, p. 211.

20 Cette expérience montrait notamment que des psychiatres américains à qui avaient été soumises 10 vignettes de cas diagnostiqués *taijinkyōfu* au Japon, posaient des diagnostics relevant tant de la psychose que de la névrose : schizophrénie, personnalité paranoïaque, névrose d'angoisse, névrose phobique, etc. (TANAKA-MATSUMI Junko, « Taijin Kyofusho: Diagnostic and Cultural Issues in Japanese Psychiatry », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1979, n° 3, p. 231-245)

psychiatre coréen qui fait le répondant à l'intervention de Kasahara, fait remarquer, d'une part, qu'il est possible de rapprocher un autre diagnostic figurant dans le DSM-III de la phobie interpersonnelle : le « trouble de la personnalité évitante » (*avoidant personality disorder*)²¹ ; d'autre part, que les concepts de dysosmophobie et de dysmorphophobie accueillent chez les psychiatres occidentaux un certain nombre des cas attribués à la phobie interpersonnelle au Japon, et qu'en outre le draft de 1986 de la 10^e édition de la CIM (v. supra) proposait une entité clinique unique regroupant phobie sociale et dysmorphophobie, la rapprochant ainsi considérablement de la définition japonaise du *taijinkyōfu*²². Il émerge ainsi que si la phobie sociale du DSM-III ne recoupe en effet que partiellement la définition de la phobie interpersonnelle, d'autres concepts courants en Occident sont susceptibles de correspondre à ce qui n'y est pas inclus²³.

Enfin, si l'idée de l'importance des spécificités culturelles japonaises dans l'émergence, la prévalence, la symptomatologie de la phobie interpersonnelle demeure ancrée chez ceux qui avaient défendu cette idée (au moins dans un premier temps²⁴), elle est moins crédible aux yeux d'une nouvelle génération de psychiatres. Ainsi en 1988 dans la rubrique « Opinions récentes » de l'un des tomes de la série encyclopédique « Compendium de la Psychiatrie contemporaine », l'article concernant la phobie interpersonnelle, rédigé par Narita Yoshihiro (né en 1941, clinicien et enseignant à

21 Dont la définition stipule : « *The essential feature is a personality disorder in which there are hypersensitivity to potential rejection, humiliation, or shame; an unwillingness to enter into relationships unless given unusually strong guarantees or uncritical acceptance; social withdrawal in spite of a desire for affection and acceptance; and low self-esteem.* » (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, op. cit., p. 323). La proximité évoquée par Kim entre ces deux diagnostics est confirmée par exemple dans une étude japonaise de 1996 : ONO Y et al., « Avoidant Personality Disorder and Taijin Kyōfu: Sociocultural Implications of the WHO/ADAMHA International Study of Personality Disorders in Japan », *Acta psychiatrica Scandinavica*, mars 1996, vol. 93, n° 3, p. 172-176.

22 KIM K.-I., « Discussion to Professor Kasahara's Paper », art cit, p. 15-16.

23 Ainsi Narita note-t-il que Marks 1987 décrit comme cas de dysmorphophobie des cas correspondant au « *taijinkyōfu* grave » (NARITA Y., « *Taijinkyōfushō – Saikin no kenkai* », art cit, p. 182-183.). On trouve également dans les « peurs hypocondriaques » (Kraupl 1966) des descriptions qui évoquent fortement l'auto-dysosmophobie. (KRAUPL Taylor F., *Psychopathology. Its causes and symptoms*, London, Butterworths, 1966, p. 160-161)

24 Yamashita lui-même finira par moduler sa position, concédant ainsi en 2002 que « même si [la forme délirante de la phobie sociale] est dans une certaine mesure liée au contexte socio-culturel, dans les pays occidentaux également les personnes éprouvent de la prévenance à l'égard des sentiments d'autrui, ou la peur d'être détesté en raison de la gêne qu'ils pourraient causer. » (それが社会文化的背景とある程度関連することは確かであっても、西欧諸国の人も他人の感情に配慮し、迷惑をかけて嫌われるのを恐れる心情を持っている。). Et qu'en outre il est bien possible que les cas de *taijinkyōfu* réputés exclusivement japonais existent ailleurs mais y reçoivent un autre diagnostic. (YAMASHITA Itaru 山下格, « *Shakaikyōfu : higashi to nishi* » 社会恐怖：東と西 (Phobie sociale : est et ouest), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 2002, vol. 104, n° 9, p. 738)

l'université de Nagoya), qui assistait au colloque nippon-coréen de l'année précédente, est dans une grande partie consacré à la mise en doute de l'hypothèse culturaliste, et conclut :

« Ainsi la phobie interpersonnelle n'est pas spécifique à notre pays, mais le degré extrêmement élevé de l'intérêt pour la phobie interpersonnelle l'est peut-être. »²⁵

Au début des années 2010 le terme *taijinkyōfu* est de moins en moins utilisé²⁶ et le concept semble n'être plus familier aux jeunes psychiatres japonais²⁷. Cette situation s'explique pour beaucoup par l'importance majeure et générationnellement fortement différenciée, des systèmes de classification diagnostique internationaux dans la pratique clinique (la CIM-10 est officiellement utilisée par le ministère de la santé) et dans la recherche (où le DSM tend à être plus utilisé) actuelles, répondant aux exigences de standardisation des diagnostics qui ont émergé notamment suite à la publication du DSM-III²⁸. En outre, le déclin de la pratique de la thérapie Morita, dont la plupart des cliniques spécialisées ont disparu avec leurs directeurs au cours des années 1980-1990, et le relatif recul de la problématique de l'identité japonaise dans la vie intellectuelle ont certainement contribué à priver la notion de phobie interpersonnelle de son assise clinique et théorique, et de sa signification culturelle²⁹. Aujourd'hui c'est donc la phobie sociale ou le « trouble de l'anxiété sociale » (*shakai fuan shōgai* 社会不安障害) – dénomination alternative qui est apparue à côté de celle de « phobie sociale » à partir du DSM-IV – qui est diagnostiqué au Japon, jusque dans la clinique moritienne rattachée à l'hôpital de l'université Jikeikai³⁰.

25 したがって対人恐怖症が我が国に特有なのではなく、対人恐怖症への関心の度合いが極めて高いことが我が国に特有なのかもしれない。(NARITA Y., « *Taijinkyōfushō – Saikin no kenkai* », art cit, p. 184)

26 TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no henshin – “jikkan” ni madowasareta rekishi* » 対人恐怖の概念の変遷 – 「実感」に惑わされた歴史 – (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 60.

27 Entretien avec Nakamura K., 2012.

28 SOMEYA T. et TAKAHASHI M., « Is DSM Widely Accepted by Japanese Clinicians? », *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2001, vol. 55, n° 5, p. 437-450. ; NAKANE Y. et NAKANE H., « Classification Systems for Psychiatric Diseases Currently Used in Japan », *Psychopathology*, 2002, vol. 35, n° 2-3, p. 191-194.

29 L'émergence comme problème de société, dans les années 1990, de la question du retrait social, *hikikomori*, qui jouxte et chevauche – quoique très partiellement – une partie de la population des anthropophobes, a peut-être également contribué à déplacer le regard des psychiatres sur d'autres manifestations des difficultés du rapport à l'autre.

30 Son directeur, Nakamura Kei (un thérapeute moritien, évidemment), indique que le terme japonais apparaît parfois comme mention supplémentaire – telle que « cas de *taijinkyōfu* typique » ou encore « *taijinkyōfu* grave » – à côté du diagnostic officiel, signe de la valeur clinique qu'il conserve encore pour les psychiatres des générations « pré-DSM ». (Entretien avec Nakamura K., 2012)

2. Le DSM-IV, les *culture-bound syndromes* et l'officialisation tardive du point de vue culturaliste

En 1994 paraît la 4^e édition du DSM dont l'une des nouveautés par rapport à l'édition précédente est l'introduction d'une tentative de prise en compte de la dimension culturelle des troubles mentaux. C'est dans ce cadre qu'apparaît en annexe du manuel un « glossaire des syndromes propres à une culture donnée³¹ » dans lequel figure, parmi 25 termes, la phobie interpersonnelle – ou plutôt le « *taijin kyofusho* »³² – dont nous citons la définition en introduction de ce travail :

« **Taijin kyofusho** Phobie culturellement distincte au Japon, qui ressemble d'une certaine façon aux Phobies sociales du DSM-IV. Ce syndrome concerne le comportement de certains individus craignant intensément que leur corps, une partie de leur corps ou le fonctionnement de leur corps ne déplaie, n'embarrasse ou n'agresse les autres par l'apparence, l'odeur, les expressions faciales ou les mouvements. Ce syndrome est inclus dans le système diagnostique officiel japonais des troubles mentaux. »³³

Cette définition, on le comprend maintenant, restreint la phobie interpersonnelle à sa seule version délirante allocentrée. Autrement dit, le « *taijin kyofusho* » du DSM-IV coïncide avec le *taijinkyōfu* de Yamashita, mais il ne correspond ni à la *définition* japonaise qui, comme nous l'avons vu, englobait côte à côte depuis les années 1960 des formes de *taijinkyōfu* « moyenne » et « grave », ni à la *réalité clinique* japonaise où la

31 La notion de maladies mentales spécifiques à des cultures données a notamment été développée par un psychiatre de Hong-Kong, Pow-Meng Yap (1921-1971), à partir des années 1950, sur la base d'une critique de la nature occidentalocentrée de la psychiatrie moderne et de l'affirmation du caractère déterminant du contexte social et culturel dans la définition du concept de maladie. L'introduction du concept de *culture-bound syndrome* (Yap 1962) dans le DSM est à la fois saluée et critiquée par certains anthropologues et spécialistes de psychiatrie comparée, comme appréhendant la culture d'une manière toujours ethnocentrique : la liste de ces syndromes ne comporte que des concepts non-occidentaux, comme si les catégories psychiatriques occidentales de référence étaient universelles et non culturellement déterminées ; en outre c'est une liste hétérogène dans laquelle figurent des états tenus dans leur contexte culturel pour pathologiques et d'autres non. Le DSM, soulignent les anthropologues est lui-même « une construction liée à la culture » nord-américaine. (YAP P. M., « Mental Diseases Peculiar to Certain Cultures: a Survey of Comparative Psychiatry », *The Journal of Mental Science*, 1951, vol. 97, n° 407, p. 313-327 ; KLEINMAN Arthur, « Triumph or Pyrrhic Victory? The Inclusion of Culture in DSM-IV », *Harvard Review of Psychiatry*, 1997, vol. 4, n° 6, p. 343-344. ; LOCK Margaret, « DSM-III as a Culture-Bound Construct : Commentary on Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, p. 35-42)

32 Significativement désignée par sa transcription en caractères latins et jamais traduite, renforçant ainsi son allure exotique, ce qui est assez ironique pour un terme à l'origine créé sur le modèle de la nomenclature psychiatrique occidentale.

33 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, p. 970.

première demeure quantitativement plus importante³⁴. Le « *taijin kyofusho* » en tant que « syndrome lié à la culture » hérite ainsi, si l'on peut dire, de tout ce qui, de la phobie interpersonnelle telle qu'elle était généralement définie au Japon, ne rentre pas dans la description de la phobie sociale du DSM. Une situation qu'on peut d'autant mieux comprendre que ce décalage avait rapidement été soulignée par les psychiatres eux-mêmes, comme nous venons de le voir.

Mais la position de cette édition du manuel américain est en réalité très ambiguë. En effet, d'un côté, tout en faisant figurer le « *taijin kyofusho* » parmi les syndromes propres à une culture donnée, il spécifie qu'il « ressemble d'une certaine façon aux phobies sociales » ; et d'un autre côté, il suggère que ce syndrome ne serait en réalité qu'une autre « présentation clinique » de la phobie sociale. En effet la définition de la phobie sociale indique, parmi les caractéristiques de ce trouble liées à l'âge, au sexe et à la culture, que :

« *La présentation clinique et la gêne qui en résulte peuvent différer selon les cultures en fonction des exigences sociales. Dans certaines cultures (p.ex. Japon, Corée) les sujets ayant une phobie sociale peuvent développer des peurs persistantes et excessives d'offenser les autres les situations sociales plutôt que la peur d'être gênés. Ces peurs peuvent prendre la forme d'une crainte extrême que le fait de rougir, de regarder quelqu'un dans les yeux, ou que sa propre odeur corporelle soit une offense pour les autres (taijin kyofusho au Japon).* »³⁵ (je souligne)

Nous ignorons le processus exact par lequel le *taijinkyōfu* en est venu à être inclus dans cette liste, mais nous pouvons toutefois noter plusieurs éléments. D'une part le fait que la notion japonaise de phobie interpersonnelle commence à circuler au niveau international au tournant des années 1980-1990. Elle apparaît dans plusieurs présentations par des psychiatres japonais³⁶, parmi lesquelles, notablement, un seul ouvrage : la monographie

34 Ce que confirme encore une étude de 2002 sur des patients ambulatoires de la clinique moritienne de l'université Jikei : 65,8 % des cas diagnostiqués *taijinkyōfu* entrent sous le diagnostic DSM de phobie sociale (NAKAMURA Kei et al., « The Neurotic versus Delusional Subtype of Taijin-kyofu-sho: Their DSM Diagnoses », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002, n° 56, p. 595-601)

35 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, op. cit., p. 485-486.

36 TAKAHASHI Tooru, « Social Phobia Syndrome in Japan », *Comprehensive psychiatry*, janvier-février 1989, vol. 30, n° 1, p. 45-52.; MURAKAMI Yasuhiko et SUZUKI Kunifumi, « Anthropophobie paranoïaque de l'adolescence. Une forme de névrose grave au Japon », *Psychiatrie française*, 1990, n° 90, p. 341-344 ; « Social phobia in Japan » 1990 (une présentation de Kasahara et deux collègues lors de la 143^e conférence de l'Association américaine de psychiatrie) ; la réédition en 1991 de KASAHARA Yomishi et SAKAMOTO Kenji, « Ereutophobia and Allied Conditions: a Contribution toward the Psychopathological and Crosscultural Study of a Borderline State » dans *World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, Basic Books., New York, 1970, p. 292-303 ; YAMASHITA Itaru, *Taijin-Kyofu or*

culturellement et symptomatologiquement très orientée de Yamashita, *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia* (1993). Mais également dans les discussions sur les « culture-bound syndrome » dans la littérature de psychiatrie comparée de langue anglaise³⁷. D'autre part, quoiqu'il soit risqué de tirer des conclusions hâtives sur la seule base de la composition des différents comités qui ont pris part à la rédaction du DSM-IV, on peut néanmoins noter que Laurence Kirmayer, spécialiste de psychiatrie transculturelle et auteur de plusieurs articles exprimant une position plutôt favorable au fait d'envisager le *taijinkyōfu* comme un syndrome lié à la culture³⁸, fait partie du groupe des « experts sur les questions interculturelles », mais également d'un « Group on Culture and Diagnosis » indépendant (sponsorisé par le National Institute of Mental Health) qui a contribué à l'intégration des considérations culturelles dans le DSM-IV³⁹. En outre, Fujinawa Akira, auteur avec Kasahara de la monographie de 1972 consacrée à l'auto-scopophobie et l'auto-dysosmophobie, figure parmi les quelques « experts internationaux » japonais consultés. La question de savoir s'il fallait faire du *taijinkyōfu* japonais une « variante culturelle » de la phobie sociale ou en faire un diagnostic à part s'est bien posée lors des discussions sur le DSM-IV⁴⁰. Le traitement ambigu de la phobie interpersonnelle japonaise semble ainsi être le résultat quelque peu contradictoire d'un compromis face au problème épistémologique général posé par la volonté de produire une nosographie à visée universelle et culturellement représentative : y apparaissent de manière parallèle, et sans

Delusional Social Phobia, Sapporo, Hokkaido University Press, 1993, 147 p.

- 37 Il est par exemple au cœur de la discussion sur la validité du concept même de *culture-bound syndrome* qui oppose : PRINCE Raymond et TCHENG-LAROCHE Françoise, « Culture-Bound Syndromes and International Disease Classification », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, p. 3-19. et LOCK M., « DSM-III as a Culture-Bound Construct: Commentary on Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications », art cit. KIRMAYER Laurence J., « Culture-Bound Syndromes and International Psychiatric Classification: the Example of Taijin Kyofusho » dans C.N. Stefanis (ed.), *Psychiatry: a World Perspective*, 1990, vol.4 ; KIRMAYER Laurence J., « The Place of Culture in Psychiatric Nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R. », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, vol. 179, n° 1, p. 19-28. On notera cette étude qui trouve dans le « *taijin-kyofu-sho* » le diagnostic le plus adéquat dans le cas d'une femme noire américaine auto-scopophobe et questionne ainsi sa spécificité culturelle : MCNALLY Richard, CASSIDAY Karen et CALAMARI John, « Taijin-kyofu-sho in a Black American Woman: Behavioral Treatment of a "Culture-Bound" Anxiety Disorder », *Journal of Anxiety Disorders*, 1990, vol. 4, p. 83-87.
- 38 Si d'un côté Kirmayer reprend de manière assez acritique l'idée selon laquelle la phobie interpersonnelle serait « *a pathological amplification of culture-specific concerns about the social presentation of self and the impact of improper conduct on the well-being of others* » (p.19), d'un autre côté il propose un choix pragmatique qui reconnaît le processus du diagnostic comme lui-même culturellement déterminé et le fait que ce diagnostic a précisément du sens dans la pratique clinique japonaise. (KIRMAYER L.J., « The place of culture in psychiatric nosology », art cit.)
- 39 MEZZICH J E et al., « The Place of Culture in DSM-IV », *The Journal of nervous and mental disease*, août 1999, vol. 187, n° 8, p. 457-464.
- 40 LITTLEWOOD Roland, « DSM-IV and Culture: Is the Classification Internationally Valid? », *Psychiatric Bulletin*, 1992, vol. 16, p. 260.

solution de continuité entre elles, l'affirmation de *l'universalité de certaines problématique psychopathologiques*, et la prise en compte des *usages cliniques locaux*.

Dans la dernière version du manuel américain, le DSM-5 (2013), le « *taijin kyofusho* » figure encore au sein de la catégorie qui a remplacé celle des syndromes liés à la culture : les « concepts culturels de détresse », une liste bien plus restreinte qui ne contient plus que neuf éléments. Sa définition y est indéniablement plus précise que celle qui figure dans le DSM-IV : elle indique la variété psychopathologique incluse dans cette catégorie et fait état des nombreux recoupements avec d'autres diagnostics du DSM⁴¹. Toutefois, en dépit du fait qu'elle signale qu'un syndrome similaire se rencontre en Corée, mais également que de tels symptômes ont été décrits dans des contextes culturels tout autres, tels que les Etats-Unis, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande, le « *taijin kyofusho* » demeure un « syndrome culturel » lié au Japon. Il semble ainsi poursuivre une double existence, celle d'un concept dont l'usage se perd au Japon, où la catégorie officielle de « trouble de l'anxiété sociale » est en voie de le remplacer, et dans l'un des deux systèmes nosographiques les plus utilisés dans le monde, celle d'un trouble mental japonais singulier.

41 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychiatric Publishing, 2013, p. 837.

Bibliographie

Sources publiées

ADACHI Hiroshi 足立博, « “*Watashi wa iyana nioi o hassansaseteiru*” toiu kanja ni tsuite – *ningengakuteki kenkyū* » 私は嫌なにおいを発散させている」という患者について—人間学的研究— (A propos des patients qui disent « émettre une odeur désagréable » – une étude anthropologique), *Juntendō Igaku Zasshi* 順天堂医学雑誌, 1960, vol. 7, spécial II, p. 901-917.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychiatric Publishing, 2013, 947 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996, 1008 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, APA, 1980, 518 p.

ANONYME, *Nihon seishin to tanryoku kyōka* 日本精神と胆力強化 (L’esprit japonais et le renforcement du courage), Mizuhosha, 1939, 250 p.

ANONYME et MORITA Shōma, « *Metsuki no surudoku naru no ga ki ni naridashita dōki kara ohanashi shite* » 眼つきの鋭くなるのが気になり出した動機からお話して (A partir de l’événement suite auquel mon regard aiguisé a commencé à me déranger), *Shinkeishitsu* 神経質, 1932, vol. 3, n° 7, p. 292-294.

ANONYME, « The physiology or mechanism of blushing », *The Medico-Chirurgical Review*, 1839, LXI, p. 173-176.

ANONYME, « Art. X.—The Physiology or Mechanism of Blushing; illustrative of the influence of mental emotion on the capillary circulation; with a general view of the sympathies, and the organic relations of those Structures with which they seem to be connected. By Thomas H. Burgess, M.d. &c.—London, 1839. 8vo, pp. 202. », *British Foreign Medical Review*, 1839, p. 245-246.

AOKI Tamotsu 青木保, « *Nihon bunkaron* » no hen.yō : *sengo Nihon no bunka to aidentiti* 「日本文化論」の変容—戦後の文化とアイデンティティ— (Les mutations du « discours sur la culture japonaise » : culture et identité dans l’après-guerre), Tokyo, Chuō Kōronsha, 1999, 212 p.

AONO Tetsuhiko 青野哲彦, KANEKO Motohisa 金子元久, ŌTSUKA Tatemasa 大塚健正, WATANABE Yoshihiko 渡辺吉彦, MATSUDA 松田岱三 et ONO Shigeharu 尾野成治, « *Taijinkyōfu o tomonau kyōkairei no rinshō* » 対人恐怖を伴う境界例の臨床 (Clinique de cas-limites avec phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1976, vol. 18, n° 9, p.

959-966.

BARRETT Robert, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, traduit par Françoise Bouillot, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1999, 349 p.

BASILE Gaspare, « Contribuzione alla conoscenza dell'ereutophobia », *La pratica del medico*, 1900, vol. 1, n° 5, p. 129-137.

BEARD George M., *American Nervousness, Its Causes and Consequences*, New York, Putnam, 1881, 352 p.

BEARD George M., *A Practical Treatise on Nervous Exhaustion (Neurasthenia). Its Symptoms, Nature, Sequences, Treatment* (Traité pratique sur l'épuisement nerveux (neurasthénie).), New York, William Wood & co, 1880.

BEARD George M., « Morbid fear as a symptom of nervous disease », *The Hospital Gazette*, 1879, vol. 6, p. 305-308.

BECHTEREW W., « Neue Beobachtungen über die "Erröthungsangst" » (Nouvelles observations sur « l'angoisse de la rougeur »), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 21, p. 985-989.

BECHTEREW Wladimir, « Die Erröthungsangst als eine besondere Form von krankhafter Störung » (L'angoisse de rougir comme forme particulière de trouble morbide), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 9, p. 386-391.

BEFU Harumi, *Hegemony of Homogeneity: An Anthropological Analysis of Nihonjinron*, Melbourne, Trans Pacific Press, 2001, 181 p.

BERRIOS German E., *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, 563 p.

BERRIOS German E., « Obsessive-Compulsive Disorder: Its Conceptual History in France during the 19th Century », *Comprehensive Psychiatry*, 1989, vol. 30, n° 4, p. 283-295.

BERRIOS German E., « Obsessional Disorders during the Nineteenth Century: Terminological and Classificatory Issues » dans W. F. Bynum, Roy Porter et Michael Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry. People and Ideas.*, London, Routledge, 1985, vol.1, p. 165-187.

BERRIOS German E. et PORTER Roy, *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Diseases*, Londres, Athlone Press, 1995, 684 p.

BESHO Shōzen 別所彰善, « *Konnan naru kyōhaku kannen byō sha* » 困難なる強迫観念病者 (Un obsessionnel difficile) dans *Shinkeisuijaku no konjihō* 神経衰弱の根治策, Katsujinsha, 1924, p. 185.

BOROVVOY Amy, « Doi Takeo and the Rehabilitation of Particularism in Postwar Japan », *Journal of Japanese Studies*, 2012, vol. 38, n° 2, p. 263-295.

- BOUCHER Louis, « Erythémophilie », Moscou, Kouchnérev & co, 1899, vol.IV.
- BOUCHER Louis, « Une forme spéciale d'obsession chez une héréditaire », Rouen, Masson, 1891, vol.IV (1).
- BRASSERT H., « Ueber Erröthungsangst », *Neurologisches Centralblatt*, 1899, vol. 18, n° 19, p. 866-871.
- BRETON A., « Un cas d'éreutrophobie obsédante », *Gazette des Hôpitaux civils et militaires*, 20-10 1896, n° 120, p. 1182-1184.
- BURGESS Thomas H., *The Physiology or Mechanism of Blushing ; Illustrative of the influence of mental emotion on the capillary circulation ; with a general view of the sympathies, and the organic relations of those structures with which they seem to be connected*, Londres, John Churchill, 1839, 202 p.
- BURMAN Erica, « Between Orientalism and Normalization: Cross-Cultural Lessons from Japan for a Critical History of Psychology », *History of Psychology*, 2007, vol. 10, n° 2, p. 179-198.
- BYNUM W. F. et PORTER Roy (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Volume 2*, London, Routledge, 1993, vol. 2/2, 1028 p.
- CALDWELL Janis McLarren, *Literature and Medicine in Nineteenth-Century Britain: From Mary Shelley to George Eliot*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004, 219 p.
- CAMPBELL Harry, « On Morbid Shyness », *British Medical Journal*, sept. 1896 p. 805-807.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, 224 p.
- CARROY Jacqueline, *Hypnose, suggestion et psychologie*, Paris, PUF, 1991, 269 p.
- CASPER Johannes-Ludwig, « Biographie d'une idée fixe », *Archives de Neurologie*, traduit par Lalanne, 1902, XIII, n° 76, p. 270-287.
- CASPER Johann Ludwig, *Denkwürdigkeiten zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde für Criminalisten und Aerzte* (Mémoires sur les statistiques médicales et la pharmacologie d'Etat à l'intention les détectives et les médecins), Berlin, Duncker und Humbolt, 1846.
- CASTEL Pierre-Henri, *La fin des coupables suivi de Le cas Paramord. Volume 2, Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences*, Paris, Ithaque, 2012, 560 p.
- CASTEL Pierre-Henri, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés. Volume 1, Obsessions et contrainte intérieure de l'Antiquité à Freud*, Paris, Ithaque, 2011, 453 p.
- CASTEL Robert, *L'Ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éd. de

Minuit, 1977, 340 p.

CAUDILL William et DOI Takeo, « Interrelations of Psychiatry, Culture and Emotion in Japan » dans *Man's Image in Medicine and Anthropology*, New York, International Universities Press, 1963, p. 374-421.

CHAUMAT Dominique-Aurèle-Alexandre, *Contribution à l'étude de la phobie et obsession de la rougeur (ereuthophobie)*, Bordeaux, 1911.

CHIKAMORI Takaaki 近森高明, « Futatsu no “jidaibyō” – shinkeisuijaku to noirōze no hayari ni miru ningenkan no henyō » 二つの「時代病」—神経衰弱とノイローゼの流行にみる人間観の変容 (Deux « maux de l'époque » – la vision de l'homme dans les modes de la neurasthénie et de la névrose), *Kyōto shakaigaku nenpō* 京都社会学年報, 1999, n° 7, p. 193-208.

CLAPARÈDE Edouard, « L'obsession de la rougeur. A propos d'un cas d'éreuthophobie », *Archives de Psychologie*, 1902, vol. 1, p. 307-334.

COFFIN Jean-Christophe, *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003, 286 p.

DAIDOJI Keiko, « Treating Emotion-Related Disorders in Japanese Traditional Medicine: Language, Patients and Doctors », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2013, n° 37, p. 59-80.

DALE Peter N., *The myth of Japanese uniqueness*, New York, St Martin's Press, 1986, 233 p.

DARWIN Charles, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, Londres, John Murray, 1872, 374 p.

DASTON Lorraine (ed.), *Biographies of Scientific Objects*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.

DEMAZEUX Steeves, *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013, 256 p.

DOI Takeo, *Le jeu de l'indulgence : étude de psychologie fondée sur le concept japonais d'amae*, Paris, L'Asiathèque, 1988, 133 p.

DOI Takeo 土居健郎, « Tsuika tōron » 追加討論 (Discussion supplémentaire), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 35-40.

DUBOUX Emile, « A propos de la rougeur », *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*, 1874, vol. 8, n° 9, p. 316-322.

EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2000, 414 p.

ELLENBERGER Henri-F., *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Nouv éd rev. et augm., France, Fayard, 2001, 975 p.

ENGSTROM Eric J., *Clinical Psychiatry in Imperial Germany: A History of Psychiatric Practice*, Ithaca, Cornell University Press, 2003, 295 p.

EULENBURG Albert, *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde; medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte*, 2e éd., Vienne, Urban & Schwarzenberg, 1885, vol.VI, 722 p.

FRIEDLÄNDER A., « Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie » (Du statut clinique de la soi-disant érythrophobie), *Neurologisches Centralblatt*, 1900, vol. 19, n° 18, p. 848-850.

FRIEDLÄNDER A., « Zur klinischen Stellung der sogen. Erythrophobie », *Neurologisches Centralblatt*, 1900, vol. 19, n° 20, p. 950-957.

FRÜHSTÜCK Sabine, « Male Anxieties : Nerve Force, Nation, and the Power of Sexual Knowledge » dans *Building a modern Japan: Science, technology, and medicine in the Meiji era and beyond*, New York, Palgrave Macmillan, 2005, p. 37-59.

FUJINAWA Akira 藤縄昭, « *Shinri-seishin ryōhō no hitobito* » 心理・精神療法の人々 (Les psychothérapeutes) dans *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年, Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 16-17.

FUJINAWA Akira 藤縄昭, KASAHARA Yomishi 笠原嘉, MATSUMOTO Masahiko 松本雅彦 et SEKIGUCHI Hideo 関口英雄, « *Jikoshū taiken no rinshō* » 自己臭体験の臨床 (Clinique de l'expérience auto-dysosmique), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1967, vol. 69, p. 740.

FUKURAI Tomokichi 福来友吉, *Seishintōitsu no shinri* 精神統一の心理 (La psychologie de l'unification psychique), Tokyo, Nihon shinrei gakkai, 1926, 322 p.

FUKUSHIMA Akira 福島章, « *Amae* » 甘え dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 8.

GARRABÉ Jean, *La schizophrénie : un siècle pour comprendre*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2003, 329 p.

GAUTHIER M., « Un cas d'éreuthophobie et ses conséquences au point de vue militaire », *Annales médico-psychologiques*, 1934, n° 2, p. 658-661.

GIJSWIJT-HOFSTRA Marijke et PORTER Roy, *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, New-York, Rodopi Bv Editions (coll. « Clio Medica »), 2001, 407 p.

GOLDSTEIN Jan, *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, traduit par Françoise Bouillot, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1997, 502 p.

GOTŌ Shōgō, « *Kyōfu ni tsuite* » 恐怖に就いて (Des phobies), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1905, vol. 4, n° 3, p. 120-123.

HACKING Ian, *L'âme réécrite : étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*, Paris, Empêcheurs de penser en rond/Le Seuil, 2006, 451 p.

HACKING Ian, *Les fous voyageurs*, Paris, Empêcheurs de penser en rond, 2002, 390 p.

HACKING Ian, *Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?*, traduit par Baudouin Jurdant, Paris, La Découverte, 2001, 298 p.

HARTENBERG Paul, « La base organique de l'éreuthophobie et son traitement », *La presse médicale*, 25-2 1911 p. 140-141.

HARTENBERG Paul, « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », *Revue de Médecine*, 1902, vol. 22, p. 716-722.

HARTENBERG Paul, *Les timides et la timidité*, Paris, F. Alcan, 1901.

HARTENBERG Paul, « Les formes pathologiques de la rougeur émotive », *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, 1900, vol. 4, p. 716-722.

HASEGAWA Michiru 長谷川満, *Shōshin kyōfu sekimen heki tanryoku kyōka seishin kyōsei hō* 小心恐怖赤面癩胆力強化精神矯正法 (Timidité et peurs, manie du rougissement, méthode de redressement psychique pour le renforcement du courage), Osaka, Kansai kōsei-in, 1941, 115 p.

HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shosō* » 対人恐怖症の諸相 (Divers aspects de la phobie interpersonnelle), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 3, p. 102-109.

HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shuju sō (ni)* » 対人恐怖症の種々相 (二) (Divers aspects de la phobie interpersonnelle (2)), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 4, p. 150-158.

HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Taijinkyōfushō no shuju sō (ni)* » 対人恐怖症の種々相 (二) (Divers aspects de la phobie interpersonnelle (2)), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 4, p. 150-158.

HASEGAWA Torao 長谷川虎男, « *Sekimen kyōfu, kyōhaku kannen, kioku furyō no gairai chiryō* » 赤面恐怖・強迫観念・記憶不良の外来治療 (Thérapies ambulatoires de cas d'érythrophobie, obsessions et mémoire défaillante), *Shinkeishitsu* 神経質, 1931, vol. 2, n° 2, p. 43-49.

HASEGAWA Yōzō 長谷川洋三, *Morita-shiki seishin kenkōhō* 森田式精神健康法 (La méthode de santé Morita), Tokyo, Business sha, 1974, 226 p.

HASKOVEC Ladislav, « L'éreuthophobie », *Revue Neurologique*, 1902, p. 105-106.

HEALY David, *The Anti-depressant Era*, Cambridge, London, Harvard University Press, 1997, 317 p.

HIRUTA Genshiro, « Japanese Psychiatry in the Edo Period (1600-1868) », *History of Psychiatry*, 2002, vol. 13, p. 131-151.

HIRUTA Genshirō 昼田源四郎 (ed.), *Nihon no kindai seishin.iryō shi* 日本の近代精神医療史 (Histoire du soin psychiatrique moderne au Japon), Tokyo, Life Science (coll. « 精神医学レビュー »), 2001, vol.38.

HISAMATSU Sei 久松生, « *Sekimenkyōfu jigoku mawari* » 赤面恐怖地獄廻り (Un tour des enfers de l'éreuthophobie), *Shinkeishitsu* 神経質, 1931, vol. 2, n° 2, p. 69-70.

HOCHE A., « Ueber Zwangsvorstellungen », *Neurologisches Centralblatt*, 1899, vol. 18, n° 24, p. 1135-1137.

HOCHE Alfred, « Mitteilung an den Herausgeber » (Message à l'éditeur), *Neurologisches Centralblatt*, 1897, vol. 16, n° 11, p. 528.

HORLACHER Stefan (ed.), *Constructions of Masculinity in British Literature from the Middle Ages to the Present*, New York, Palgrave Macmillan, 2011, 278 p.

HORNEY Karen, *The Neurotic Personality of our Time*, New York, W. W. Norton, 1937, 299 p.

HORWITZ Allan V. et WAKEFIELD Jerome C., *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Misery into Depressive Disorder*, New York, Oxford University Press, 2007.

HYŌDO Akiko 兵頭晶子, *Seishinbyō no Nihon kindai : tsuku shinshin kara yamu shinshin e* 精神病の日本近代憑く心身から病む心身へ (La modernité japonaise de la maladie mentale : d'un corps/esprit possédé à un corps/esprit malade), Tokyo, Seikyusha, 2008, 322 p.

IGARASHI Kōryū 五十嵐光竜, *Jidō ryōhō* 自働療法 (La cure automatique), Tokyo, Fujokai-sha, 1920, 98 p.

IIDA Shin 飯田真, IWAI Hiroshi 岩井寛 et YOSHIMATSU Kazuya 吉松和哉 (eds.), *Taijinkyōfu Hitozukiai ga nigatena anata ni* 対人恐怖 人づきあいが苦手なあなたに (Phobie interpersonnelle. Pour vous qui êtes mal à l'aise en société), Tokyo, Yūhikaku sensho, 1981, 305 p.

IKEDA Kazuyoshi 池田数好, « *Shinkeishō mondai no haikei ni aru mono* » 神経症問題の背景にあるもの (De ce qui se trouve à l'arrière-plan de la question des névroses), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 89-95.

IMAMURA Shinkichi 今村新吉, *Shinkeisuijaku to hisuterii no chiriyōhō* 神経衰弱とヒステ

リーの治療法 (Le traitement de la neurasthénie et de l'hystérie), Tokyo, Nihon Shinrei Gakkai, 1927, 238 p.

IMAMURA Shinkichi 今村新吉, *Shinkeisuijaku ni tsuite* 神経衰弱について (De la neurasthénie), Tokyo, Nihon shinrei gakkai, 1925, 50 p.

ISHIDA Noboru 石田昇, *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 4e éd. corrigée., Tokyo, Nankōdō, 1909, 278 p.

ISHIDA Noboru 石田昇, *Shinsen seishinbyōgaku* 新選精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 1e éd., Tokyo, Nankōdō, 1906, ? p.

ISHIHARA Yukio 石原幸夫, « *Seishin eisei sōdanjo ni okeru sōdansha no tōkei teki kansatsu* » 精神衛生相談所における相談者の統計的観察 (Observations statistiques des usagers d'un centre de consultation d'hygiène mentale), *Seishin.igaku* 精神医学, 1966, vol. 8, n° 1, p. 69-74.

ISHIKAWA Teikichi 石川貞吉, *Seishinryōhōgaku* 精神療法学 (La psychothérapie), Tokyo, Nankōdō, 1910, 200 p.

IWAI Hiroshi et REYNOLDS David K., « Morita Psychotherapy: The Views from the West », *American Journal of Psychiatry*, 1970, vol. 126, n° 7, p. 155-160.

IWASAKI Tetsuya 岩崎徹也, « *Seishin ryōhō no wa ga kuni ni okeru tenkai* » 精神療法のわが国における展開 (Le développement de la psychothérapie au Japon), *Seishin.igaku rebyū* 精神医学レビュー, 2001, n° 38, p. 81-84.

IZUMI Takateru 泉孝英 (ed.), *Nihon kingendai igaku jinmei jiten* 日本近現代医学人名事典 1868-2011 (Dictionnaire bibliographique des médecins japonais modernes et contemporains), Tokyo, Igaku Shoin, 2012, 797 p.

JACOBSON Avrohm et BERENBERG Albert N., « Japanese Psychiatry and Psychotherapy », *The American Journal of Psychiatry*, 1952, p. 321-329.

JANET Pierre, *Les Obsessions et la Psychasthénie I*, Paris, Félix Alcan, 1903, 764 p.

JANET Pierre, « La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante », *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 1901, LI, p. 337-359, 499-524.

JUGON Jean-Claude, *Phobies sociales au Japon : timidité et angoisse de l'autre*, Paris, ESF, 1998, 222 p.

KANO Kengo 狩野謙吾, « *Shinkeisuijakubyō no hanashi* » 神経衰弱病の話 (下) (Conversation autour de la neurasthénie), *Asahi Shinbun* 朝日新聞, 30-6 1903 p. 7.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, *Shin seishinka.i no nōto* 新・精神科医のノート (Nouvelles

notes d'un psychiatre), Tokyo, Misuzu shobō, 2006.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Seishinbyōrigaku* » 精神病理学 (Psychopathologie) dans *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年, Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, p. 10-15.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Taijinkyōfu* » 対人恐怖 (Phobie interpersonnelle) dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1993, p. 515.

KASAHARA Yomishi, « Fear of Eye-to-Eye Confrontation among Neurotic Patients in Japan » dans *Japanese Culture and Behaviour*, Honolulu, University of Hawaii Press, 1986, p. 379-387.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Seishinbyōrigaku* » 精神病理学 (Psychopathologie) dans Masaaki Katō 加藤正明 (ed.), *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典 Encyclopédie de psychiatrie, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 384-385.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Taijinkyōfu* » 対人恐怖 dans *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 427-428.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, FUJINAWA Akira 藤縄昭, 関口英雄 et 松本雅彦, *Seishi-kyōfu, taishū-kyōfu : shu toshite seishin bunretsu-byō to no kyōkairei ni tsuite* 正視恐怖・体臭恐怖 : 主として精神分裂病との境界例について (Scopophobie, dysosmophobie : à propos des états-limites avec la schizophrénie en particulier), Tokyo, Igaku shoin, 1972, 182 p.

KASAHARA Yomishi et SAKAMOTO Kenji, « Ereutophobia and Allied Conditions: a Contribution toward the Psychopathological and Crosscultural Study of a Borderline State » dans *World Biennial of Psychiatry and Psychotherapy*, Basic Books., New York, 1970, p. 292-303.

KASAHARA Yomishi 笠原嘉, « *Hitomishiri – seishi (shisen) kyōfushō ni tsuite no rinshōteki kōsatsu –* » 人みしり—正視(視線)恐怖症についての臨床的考察—, *Seishinbunseki kenkyū* 精神分析研究 The Japanese Journal of Psycho-analysis, 1969, vol. 15, n° 2.

KATŌ Masaaki 加藤正明, « *Taijinkyōfu o megutte* » 対人恐怖をめぐって (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 23-28.

KAUFMAN Doris, « Neurasthenia in Whilhelmine Germany: Culture, sexuality and the demands of Nature » dans *Cultures of neurasthenia from Beard to the First World War*, Amsterdam, New-York, Rodopi Bv Editions, 2001, p. 161-176.

KAWAI Hayao 河合隼雄, « *Jiga, shūchi, kyōfu – taijinkyōfu no sekai kara* » 自我・羞恥・恐怖—対人恐怖症の世界から— (Moi, honte, phobie – vue de l'univers de la phobie interpersonnelle), *Shisō* 思想, 1975, vol. 5, n° 611, p. 670-685.

KAZAMATSURI Hajime 風祭元, *Kindai seishin.igakushi kenkyū: Tōkyō daigaku, Gasshūkoku, gaichi no seishin.igaku* 近代精神医学史研究：東京大学・合衆国・外地の精神医学 (Etudes d'histoire de la psychiatrie moderne : l'Université de Tokyo, les États-Unis, les territoires extérieurs), Tokyo, Chūō kōron jigyō shuppan, 2012, 202 p.

KILLY Walther, ENGELHARDT Dietrich et VIERHAUS Rudolf, « Casper, Johann Ludwig » dans *Deutsche Biographische Enzyklopädie*, München, K.G. Saur, 1995, vol.2, p. 292.

KIM Kwang-Iel, « Discussion to Professor Kasahara's Paper » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 15-17.

KIMURA Shun 木村駿, *Nihonjin no taijinkyōfu* 日本人の対人恐怖 (La phobie interpersonnelle des Japonais), Tokyo, Keisō shobō, 1982, 238 p.

KINMONTH Earl, *The Self-Made Man in Meiji Japanese Thought: From Samurai to Salary man*, Berkeley, University of California press, 1981, 385 p.

KIRK Stuart A. et KUTCHINS Herb, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, A. de Gruyter, 1992, 270 p.

KIRMAYER Laurence J., « Cultural Psychiatry in Historical Perspective » dans *Textbook of Cultural Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, 2007, p. 3-19.

KIRMAYER Laurence J., « The Place of Culture in Psychiatric Nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R. », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, vol. 179, n° 1, p. 19-28.

KIRMAYER Laurence J., « Culture-Bound Syndromes and International Psychiatric Classification: the Example of Taijin Kyofusho » dans C.N. Stefanis (ed.), *Psychiatry: a World Perspective*, Elsevier, 1990, vol.4.

KISHIMI Isami 岸見勇美, *Kōra Takehisa. Morita ryōhō kansei e no michi – Fuanna jidai ni ikiru chie* 高良武久森田療法完成への道—不安な時代に生きる知恵— (Kōra Takehisa. La voie vers le perfectionnement de la thérapie Morita – Un savoir pour vivre dans une époque anxieuse), Tokyo, 元就出版社, 2013, 223 p.

KITANAKA Junko, *De la mort volontaire au suicide au travail. Histoire et anthropologie de la dépression au Japon*, traduit par Pierre-Henri Castel, Paris, Ithaque, 2014, 316 p.

KITANAKA Junko, *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*, Princeton, Princeton University Press, 2012, 243 p.

KITANAKA Junko 北中淳子, « “Shinkeisuijaku” seisuishī – “rōka no yamai” wa ika ni “jinkaku no yamai” e sutigumaka saretaka » 「神経衰弱」盛衰史—「過労の病」はいかに「人格の病」へとステイグマ化されたか (Grandeur et décadence de la neurasthénie: comment la « maladie de l'épuisement » est-elle devenue une « maladie de la personnalité » ?), *Yuriika* ユリイカ, 2004, p. 150-167.

KITANISHI Kenji 北西憲二, KONDŌ Kyōichi 近藤喬一 et SI HYUNG Lee, « *Higashi-ajia ni okeru hikaku bunka seishin.igaku no kenkyū – taijinkyōfu ni kanren shite* » 東アジアにおける比較文化精神医学の研究—対人恐怖に関連して— (Recherches de psychiatrie comparée en Asie orientale – à propos de la phobie interpersonnelle), *Seishinka chiryōgaku* 精神科治療学, 1993, vol. 8, n° 12, p. 1475-1482.

KLEINMAN Arthur, « Triumph or Pyrrhic Victory? The Inclusion of Culture in DSM-IV », *Harvard Review of Psychiatry*, 1997, vol. 4, n° 6, p. 343-344.

KODAMA Ryūji 児玉隆治, « *Sekentei to taijinkyōfushō* » 「世間体」と対人恐怖症 (Le sens des convenances et la phobie interpersonnelle) dans 対人恐怖症, Tokyo, Kanehara Shuppan (coll. « Seishinka MOOK »), 1985, p. 98-105.

KOGA Yoshiyuki 古閑義之, « *Taijinkyōfu no chikenrei* » 対人恐怖の治験例 (Un cas clinique de taijinkyōfu), *Shinkeishitsu* 神経質, 1932, vol. 3, n° 11, p. 435.

KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Taijinkyōfu ni tsuite* » 対人恐怖について (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 382-388.

KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Nihon bunka no hairyōteki seikaku to shinkeishitsu* » 日本文化の配慮的性格と神経質 (Le caractère prévenant de la culture japonaise et le nervosisme), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 13-22.

KONDŌ Akihisa 近藤章久, « *Shinkeishō ni kansuru seishinbunsekigakuha (Furoido oyobi Hōnai) no riron to korera ni taihishitemitaru Morita no shinkeishitsushōron* » 神経症に関する精神分析学派(フロイド及ホーナイ)の理論とこれに対比して見たる森田の神経質症論 (Les théories des névroses de l'école psychanalytique (Freud et Horney) et par comparaison la théorie du nervosisme de Morita), *Tōkyō Jikeikai Ika Daigaku Zasshi* 東京慈恵会医科大学雑誌, octobre 1958, vol. 73, n° 10, p. 2077-2123.

KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Nihon bunka to taijinkyōfushō* » 日本文化と対人恐怖症 (La culture japonaise et la phobie interpersonnelle) dans 対人恐怖症, Tokyo, Kanehara Shuppan (coll. « Seishinka MOOK »), 1985, p. 89-97.

KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Taijinkyōfu no jidaiteki hensen – tōkeiteki kansatsu –* » 対人恐怖の時代的変遷—統計的観察— (Les transformations historiques de la phobie interpersonnelle – observations statistiques –), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1980, vol. 9, n° 1, p. 45-53.

KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, « *Taijinkyōfushō no shakai bunka teki haikai ni tsuite no kenkyū* » 対人恐怖症の社会文化的背景についての研究 (Etude sur le contexte socio-culturel de la phobie interpersonnelle), *Shinkeishitsu* 神経質, 1960, vol. 1, n° 2, p. 157-175.

KONDŌ Kyōichi 近藤喬一, ŌHARA Kenshirō 大原健士郎, ABE Ryō 阿部亨, 清水信 et 山崎, « *Morita ryōhō no jissai ni okeru ni, san no henka ni tsuite* » 森田療法の実際における二、三の変化について (A propos de deux ou trois évolutions dans la pratique de la thérapie Morita), *Seishin.igaku* 精神医学, 1965, vol. 7, n° 8, p. 701-704.

KŌRA Takehisa 高良武久 (ed.), *Keigai sensei genkōroku – Morita Shōma no Omoide* 形外先生言行録—森田正馬の思い出 (Faits et gestes du Professeur Keigai – Souvenirs de Morita Shōma), ?, 森田正馬生誕百年記念事業会, 1975, 284 p.

KŌRA Takehisa 高良武久, « *Iwayuru taishūkyōfu ni tsuite* » いわゆる体臭恐怖について (De la dysosmophobie) dans *Kōra Takehisa chōsakushū* 高良武久著作集, Tokyo, Hakuyōsha, 1988 (1960), vol.II, p. 228-259.

KŌRA Takehisa 高良武久, « *Taijinkyōfu to sono ryōhō* » 対人恐怖とその療法, *Seinen shinri* 青年心理, 1956, vol. 7, n° 1, p. 71-75.

KŌRA Takehisa 高良武久, « *Taijinkyōfu to nihonjin no rekishiteki shakaiteki kankyō* » 対人恐怖症と日本人の歴史的社会的環境 (La phobie interpersonnelle et l'environnement social et historique des Japonais), *Kyūshū shinkei seishin igaku* 九州神経精神医学, 1955, vol. 4, n° 3-4, p. 125-127.

KŌRA Takehisa 高良武久, « *Shinkeishitsu no mondai* » 神経質の問題 (La question du nervosisme), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1938, vol. 42, n° 10, p. 15-56.

KOZAKAI Toshiaki et PLAGNOL Arnaud, « Le Taijin Kyofusho (anthropophobie) : pathologie spécifique au Japon ou illusion scientifique ? », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2008, n° 77, p. 29-39.

KRAEPELIN Emil, *Psychiatrie : ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth, 1915, vol.4, 1004 p.

KRAFFT-EBING Richard von, *Traité clinique de Psychiatrie*, traduit par Laurent, Paris, Maloine, 1897.

KRÄUPL Taylor F., *Psychopathology. Its causes and symptoms*, London, Butterworths, 1966, 356 p.

KREUTER Alma, *Deutschsprachige Neurologen und Psychiater*, Munich, K.G. Saur, 1996, vol. 3/1, 1629 p.

KUBO Kiyoji 久保喜代二, « *Kure hakase no katsute kōjutsu seraretaru kyōhakukannenshō no ichirei ni tsuite no sono go no kansatsu* » 吳博士ノ嘗テ講述セラレタル強迫観念症ノ一例ニ就テノ其後ノ観察 (Observations postérieures d'un patient obsessionnel anciennement décrit par le Pr. Kure), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1926, vol. 26, n° 5, p. 314-326.

KURATA Hyakuzō 倉田百三, *Shinkeishitsusha no tengoku : naorazu ni naotta watashi no keiken* 神経質者の天國：治らずに治った私の體驗 (Le paradis des nerveux : comment j'ai guéri sans guérir), Senshinsha, 1932, 238 p.

KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhaku kannen shō* » 強迫観念症 (Les idées obsessionnelles), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1925, vol. 25, n° 3, p. 136-140.

KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhaku kannen* » 強迫観念 (Les idées obsédantes), *Hentai Shinri* 変態心理, 1925, vol. 16, n° 2, p. 146-147.

KURE Shūzō 呉秀三, *Seishinbyōgaku shūyō* 精神病学集要 (Compendium de psychiatrie), 2e éd., Tokyo, Tohōdō, 1916, vol.後編, 1034 p.

KURE Shūzō 呉秀三, *Seishinbyōgaku Shūyō* 精神病学集要 (Précis de psychiatrie), Tokyo, Tohōdō, 1895, vol.2, 318 p.

KURE Shūzō 呉秀三, « *Bunmei to shinkeisuijaku* » 文明と神経衰弱 (Civilisation et neurasthénie), *Yomiuri Shinbun* 読売新聞, 20 mai 1913 p. 5.

KURE Shūzō 呉秀三 et KISHIDA Gorō 榎田五郎, *Seishinbyōsha shitaku kanchi no jikkō : gendaigo yaku* 精神病患者私宅監置の実況：現代語訳 (L'état de la détention à domicile des malades mentaux (traduction moderne)), traduit par Hideo Kanekawa 金川英雄, Tokyo, Igaku Shoin, 2012, 351 p.

KURE Shūzō 呉秀三, *Seishinbyōgaku Shūyō* 精神病学集要 (Précis de psychiatrie), Tokyo, Tohōdō, 1895, vol.2, 318 p.

KURE Shūzō 呉秀三, « *Kyōhakuteki kannen o yūsuru seishinbyō no shōrei* » 強迫的観念を有する精神病の症例 (Un cas de maladie mentale/psychose présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Iji Shinshi* 東京医事新誌, 1892, n° 762, p. 1-4.

KURE Shūzō, « *Kyōhaku kannen ni tsukite* » 強迫観念に就きて (Des idées obsédantes), *Tetsugaku Zasshi* 哲学会雑誌, 1891, p. 1316-1331.

KURIYAMA Shigehisa, « Translation and the History of Japanese Irritability » dans *Traduire, transposer, naturaliser: la formation d'une langue scientifique moderne hors des frontières de l'Europe au XIXe siècle*, Paris, L'Harmattan, 2004, p. 27-41.

KYŌTO DAIGAKU IGAKUBU, *Seishin.igaku Kyōto gakuha no hyakunen* 精神医学京都学派の100年 (Les cent ans de l'Ecole de Kyoto de psychiatrie), Kyoto, Nakanishiya shuppan, 2003, 121 p.

LALANNE, « Casper - Biographie d'une idée fixe », *L'année psychologique*, 1901, p. 522-538.

- LANE Christopher, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, New Haven, Yale University Press, 2007, 263 p.
- LANTÉRI-LAURA Georges, « La psychasthénie : histoire et évolution d'un concept de P. Janet », *L'Encéphale*, 1994, vol. 20, p. 551-557.
- LAPLANCHE Jean et PONTALIS Jean-Baptiste, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF (coll. « Quadrige »), 2004, 523 p.
- LEE Si Hyung, « Social Phobia in Korea » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 24-52.
- LEITNER Bernhard, « Psychiatrie und Neurologie zwischen Wien und Tokyo. Zur rolle eines transnationalen Netwerkes in der Entwicklung der akademischen Medizin in Japan circa 1900 » dans Daniela Angetter et al. (eds.), *Strukturen Und Netzwerke: Medizin Und Wissenschaft in Wien 1848-1955*, V&R unipress GmbH, 2018, p. 533-554.
- LEVINE Robert A., « Culture and Personality Studies, 1918–1960: Myth and History », *Personality*, 2001, vol. 69, n° 6, p. 803-818.
- LIEBOWITZ Michael R., « Social Phobia, Review of a Neglected Anxiety Disorder », *Archives of General Psychiatry*, 1985, n° 42, p. 729-736.
- LITTLEWOOD Roland, « DSM-IV and Culture: Is the Classification Internationally Valid? », *Psychiatric Bulletin*, 1992, vol. 16, p. 257-261.
- LITTRÉ Emile, « Honte » dans *Dictionnaire de la langue française*, Paris, Hachette, 1873–1874, vol.2, p. 2045-2046.
- LOCK Margaret, « New Japanese Mythologies: Faltering Discipline and the Ailing Housewife », *American Ethnologist*, 1988, vol. 15, n° 1, p. 43-61.
- LOCK Margaret, « DSM-III as a Culture-Bound Construct: Commentary on Culture-Bound Syndromes and International Disease Classifications », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, p. 35-42.
- LOCK Margaret, « Plea for Acceptance: School Refusal Syndrome in Japan », *Social Science and Medicine*, 1986, vol. 23, n° 2, p. 99-112.
- LOCK Margaret, *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*, Berkeley, University of California Press.
- LÓPEZ PIÑERO José M., *Historical Origins of the Concept of Neurosis*, traduit par German E. Berrios, Cambridge, Cambridge University Press, 1983, 107 p.
- LOZERAND Emmanuel (ed.), *Drôles d'individus. De la singularité individuelle dans le Reste-du-Monde*, Klincksieck, 2014, 572 p.
- LUTZ Tom, « Neurasthenia and fatigue syndromes – Social Section » dans *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, Londres,

Athlone, 1996, p. 533-545.

MAEDA Shigeharu 前田重治, « *Ketsugo* » 結語 (Conclusions), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 395-396.

MANHEIMER Marcel, « *Peur obsédante de rougir* », *La médecine moderne*, 27 janvier 1897, vol. 8, n° 8, p. 57-58.

MARSHALL John R., « *Social Phobia : An Overview of Treatment Strategies* », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993, vol. 54, n° 4, p. 165-171.

MARUI Kiyoyasu 丸井清泰, « *Kyōhakusei shinkeishō ni tsuite* » 強迫性神経症に就いて (De la névrose obsessionnelle), *Shindan to chiryō* 診断と治療, 1933, vol. 20, n° 5, p. 591-603.

MARX Otto M., « *German Romantic Psychiatry (Part I)* », *History of Psychiatry*, 1990, vol. 1, n° 4, p. 351-381.

MCNALLY Richard, CASSIDAY Karen et CALAMARI John, « *Taijin-kyofu-sho in a Black American Woman: Behavioral Treatment of a “Culture-Bound” Anxiety Disorder* », *Journal of Anxiety Disorders*, 1990, vol. 4, p. 83-87.

MATSUBARA Saburō 松原三郎, 北林貞道, 松本高三郎, 上村直親, 近藤正美 et 尼子四郎, « *“Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijakushō no ryōhō” ni taisuru gakkai no hankyō* » 「神経質及神経衰弱症の療法」に対する学界の反響 (Réactions du monde scientifique à la « La thérapie du nervosisme et de la neurasthénie »), *Hentai shinri* 変態心理, 1921, vol. 8, n° 6, p. 650-658.

MATSUMURA Hidehisa 松村英久, *Tōkyō shiritsu seishinbyōin shi* 東京の私立精神病院史 (Histoire des hôpitaux psychiatriques privés de Tokyo), Tokyo, Makino shuppan, 1978, 378 p.

MAY-TOLZMANN Ulrike, « *“Obsessional neurosis” : a nosographic innovation by Freud* », *History of Psychiatry*, 1998, vol. 9, n° 35, p. 335-353.

MEZZICH J E, KIRMAYER L J, KLEINMAN A, FABREGA H Jr, PARRON D L, GOOD B J, LIN K M et MANSON S M, « *The Place of Culture in DSM-IV* », *The Journal of nervous and mental disease*, août 1999, vol. 187, n° 8, p. 457-464.

MICALE Mark S., « *On the “Disappearance” of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis* », *Isis*, 1993, vol. 84, n° 3, p. 496-526.

MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, « *Shinkeisuijaku to shinkeishitsu no kata* » 神経衰弱と神経質の型 (Les formes de la neurasthénie et du nervosisme), *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌, 1927, vol. 28, n° 1, p. 75-86.

MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, « *Kyōhaku kannen no byōigakuteki chii* » 強迫観念症ノ病位學的
位置, *Igaku chūō zasshi* 医学中央雑誌, 1915, vol. 12, n° 13, p. 773-778.

MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku* 精神病診断及治療学 (Diagnostik und therapie der geisteskrankheiten), 3e éd. augm., Nankōdō, 1914, vol.1.

MIYAKE Kōichi 三宅鑛一, *Seishinbyō shindan oyobi chiryō gaku* 精神病診断及治療学 (Diagnostik und therapie der geisteskrankheiten), Nankōdō, 1910, vol.1.

MIYATA Naoyuki 宮田尚之, KASAHARA Yomishi 笠原嘉 et INANAMI Masamitsu 稲浪正充, « *Daigakusei no shinkeishō e no shūdan seisihinryōhō (sono ichi) – taijinkyōfushōsha ni taishite* » 大学生の神経症への集団精神療法 (その1) —対人恐怖症者に対して— (Thérapie de groupe des névroses des étudiants (1) – chez les anthropophobes), *Gakkō hoken kenkyū* 学校保健研究, 1970, vol. 12, n° 2, p. 552-557.

MIYOSHI Ikuo 三好郁男, « *Taijinkyōfu ni tsuite – unubore no seishinbyōri* » 対人恐怖症について—「うぬぼれ」の精神病理 (De la phobie interpersonnelle – psychopathologie de la vanité), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 29-34.

MODESTIN Jiri, « Borderline: A concept analysis », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, vol. 61, p. 103-110.

MORITA Shōma 森田正馬, *Sei no yokubō. Shinkeishitsu o ikasu ningengaku* 生の欲望 神経質を活かす人間学 (Le désir de vie. Une anthropologie pour tirer parti de son nervosisme), 白揚社., Tokyo, 1975.

MOLONEY James Clark, « Understanding the paradox of Japanese psychoanalysis », *The International Journal of Psycho-analysis*, 1953, vol. 34, n° 4, p. 291-303.

MORITA Shōma 森田正馬 et KōRA Takehisa 高良武久, *Taijinkyōfu no naoshikata* 対人恐怖の直し方, Tokyo, Hakuyōsha, 1952, 265 p.

MORITA Shōma, « Der Begriff der Nervosität » (Le concept de nervosisme), *Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete*, traduit par Shūzō Naka, 1940, n° 12.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Kyōhaku kannen no seiin ni tsuite* » 強迫観念ノ成因ニ就イテ (Über die Pathogenese der Zwangsvorstellungen), *Shinkeigaku Zasshi* 神経学雑誌, 1934, vol. 38, n° 2, p. 84-91.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Sekimenkyōfu (mata wa taijinkyōfu) to sono ryōhō* » 赤面恐怖 (又は対人恐怖) と其療法 (L'éreuthophobie (ou phobie interpersonnelle) et sa cure) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974 (1932), vol.3, p. 164-174.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no hontai oyobi ryōhō* » 神経質の本態及療法 (La vraie nature du nervosisme et sa cure) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974 (1928), vol.2, p. 281-442.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Henshitsu no bunrui ni tsuite* » 変質者の分類について (De

la classification des dégénérés), *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌, 1927, vol. 27, n° 9, p. 556-562.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeisuijaku oyobi kyōhakukannen no konjihō* » 神経衰弱及強迫観念の根治法 (La cure totale de la neurasthénie et des idées obsessionnelles) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974 (1926), vol.2, p. 69-278.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu ni taisuru yo no tokushu ryōhō seiseki* » 神経質に対する余の特殊療法成績 (Résultats de ma cure spéciale du nervosisme) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974 (1925), vol.2, p. 34-43.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu oyobi shinkeisuijaku no ryōhō* » 神経質及神経衰弱症の療法 (La cure du nervosisme et de la neurasthénie) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1974 (1921), vol.1, p. 233-506.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no ryōhō* » 神経質の療法 (La cure du nervosisme), *Seikai zasshi* 成医会雑誌, 1919, n° 453, p. 315-327.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeishitsu no hanashi* » 神経質の話 (A propos du nervosisme), *Hentai shinri* 変態心理, 1919, vol. 3, n° 6, p. 510-526.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shūkyō to meishin* » 宗教と迷信 (Religion et superstition) dans *Morita Shōma Zenshū* 森田正馬全集, Tokyo, Hakuyōsha, 1975, vol.6.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Shinkeisuijakusei seishinbyōsei taishitsu* » 神経衰弱性精神病性体質 (La constitution neurasthénique psychopathique), *Jinsei* 人生, 1909, vol. 5, n° 5-6.

MORITA Shōma 森田正馬, « *Chiyuseru kyōhakukannenkyō no ichirei* » 治癒せる強迫観念狂の一例 (Un cas de guérison de folie obsessionnelle), *Chūgai iji shinpō* 中外医事新報, 1905, n° 599, p. 289-300.

MORSELLI Enrico, « La dismorphofobia e la tafefobia » (La dysmorphophobie et la taphéphobie), *Riforma Medica*, 1891, vol. 3, n° 185, p. 409-413.

MOUER Ross et SUGIMOTO Yoshio, *Images of Japanese society*, London, New York, Kegan Paul International, 1990, 552 p.

MUKAI Akira 向井章, « *Futatabi kyōhaku kannen no shin.in ni tsuite* » 再び強迫観念の心因に就いて (A propos des causes psychiques des idées obsessionnelles (bis)), *Hentai shinri* 変態心理, 1918, vol. 2, n° 8, p. 513-515.

MÜLLER Christian, « Paul Dubois, pionnier de la psychothérapie », *Psychothérapies*, 2003, vol. 23, p. 49-52.

MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « *Shishunki mōsōshō Adolescent Paranoia – shono rinshōteki ichizuke* » 思春期妄想症 Adolescent Paranoia—その臨床的位置づけ— (Délire pubère (adolescent paranoia) : son positionnement nosologique), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 62-66.

MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « *Seishin byōrigaku — Shishunki mōsōshō o chūshin ni* » 精神病理学—思春期妄想症を中心に— (Psychopathologie – autour de la question du délire pubère) dans 名古屋大学医学部精神医学開講 100 周年記念誌編集委員会 (ed.), 名古屋大学精神医学開講 100 年 Centenaire de la fondation du département de psychiatrie de l'Université de Nagoya, Nagoya, 2008, p. 173-180.

MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, « 「思春期妄想症」 30 年間の研究の流れ » (A clinical study of « Adolescent paranoia » during 30 years), *Rinshō seishinbyōri* 臨床精神病理, 2002, n° 23, p. 3-12.

MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, ŌISO Hideo 大磯英雄 et AOKI Masaru 青木勝, « *Seinenki ni kōhatsu suru ijō na kakushinteki taiken – kankei zuke no tokushusei* » 青年期に好発する異常な確信的体験—関係づけの特殊性 (Sur une expérience délirante de l'adolescence inhabituelle : spécificités des idées de référence), *Seishin.igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, p. 33-38.

MURAKAMI Yasuhiko et SUZUKI Kunifumi, « Anthropophobie paranoïaque de l'adolescence. Une forme de névrose grave au Japon », *Psychiatrie française*, 1990, n° 90, p. 341-344.

MURAMATSU Tsuneo, LIFTON Robert J. et DOI Takeo, « Letter from Japan », *The American Journal of Psychiatry*, 1954, p. 641-643.

NAGOYA DAIGAKU SEISHIN.IGAKU KAIKŌ HYAKU NEN KINENSHI HENSHŪ IINKAI, *Nagoya daigaku seishin.igaku kaikō hyaku nen* 名古屋大学精神医学開講 100 年 (Centenaire de la fondation du département de psychiatrie de l'Université de Nagoya), Nagoya, 2008, 328 p.

NAKAMURA Kei, KITANISHI Kenji, MIYAKE Yuko, HASHIMOTO Kazuyuki et KUBOTA Mikiko, « The Neurotic versus Delusional Subtype of Taijin-kyofu-sho: Their DSM Diagnoses », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002, n° 56, p. 595-601.

NAKAMURA Kokyō 中村古峽, *Seishin eisei kōwa (3)* 精神衛生講話. 第三冊 (Leçons d'hygiène mentale t.3), Tokyo, Shufu no tomo sha, 1933, vol.3, 446 p.

NAKAMURA Kokyō 中村古峽, *Seishin eisei kōwa (1)* 精神衛生講話. 第 1 冊 (Leçons d'hygiène mentale (t.1)), Tokyo, Shufu no tomo sha, 1930, vol.1, 380 p.

NAKANE Y. et NAKANE H., « Classification Systems for Psychiatric Diseases Currently Used in Japan », *Psychopathology*, 2002, vol. 35, n° 2-3, p. 191-194.

NAKAYAMA Shigeru (ed.), *A Social History of Science and Technology in Contemporary*

Japan, Trans Pacific Press, 2001, vol.1, 632 p.

NARITA Yoshihiro 成田善弘, « *Taijinkyōfushō – Saikin no kenkai* » 対人恐怖症—最近の見解 (Phobie interpersonnelle – Interprétations récentes) dans Katsumi Kaketa 懸田克躬 (ed.), *Seishin.igaku sōron* 精神医学総論, Tokyo, Nakayama Shoten (coll. « Gendai seishin.igaku taikai ») 現代精神医学大系, 1988, vol. 25/年刊版 88'-A, p. 171-185.

NATSUME Sōseki, « La civilisation japonaise moderne [Gendai Nihon no kaika 1911] » dans *Cent ans de pensée au japon (tome 1)*, traduit par Elisabeth Suetsugu, Arles, P. Picquier, 1996, p. 127-156.

NICHTER Mark, « Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1981, vol. 5, n° 4, p. 379-408.

NIHON SEISHIN SHINKEI GAKKAI HYAKUNEN SHI HENSHŪ IINKAI 日本精神神経学会百年史編集委員会 (ed.), *Nihon seishin shinkei gakkai hyakunen shi* 日本精神神経学会百年史 (Un siècle d'histoire de la Société Japonaise de Psychiatrie et de Neurologie), Tokyo, 日本精神神経学会, 2003, vol.資料編, 357 p.

NISHIDA Hirofumi 西田博文, « *Seinenki shinkeishō no jidaiteki hensei – shin.in to byōzō ni kanshite* » 青年期神経症の時代的変遷—真因と病像に関して—, 児童精神医学とその近接領域, 1968, vol. 9, n° 4, p. 225-252.

NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* » 対人恐怖の精神分析 (Psychanalyse de la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 375-381.

NISHIMURA Ryōji 西村良二, MATSUKI Kunihiro 松木邦裕 et NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Shishunki ni okeru shinkeishōsha no taijinkyōfu – toku ni danshi no taijinkyōfu ni tsuite* » 思春期における神経症者の対人恐怖—とくに男子の対人恐怖について (La phobie interpersonnelle chez des névrosés à l'adolescence – en particulier chez les garçons), *Kyūshū shinkei seishin igaku* 九州神経精神医学, 1979, vol. 25, n° 3-4, p. 226-235.

NISHIOKA Kazuo 西岡和郎, « *Taijinkyōfu o meguru konnichiteki mondai – hikakubunka no kanten kara* » 対人恐怖をめぐる今日の問題—比較文化の観点から (Questions contemporaines à propos de la phobie interpersonnelle – du point de vue de la psychiatrie comparée) dans *Rinshō seishin.igaku kōza* 臨床精神医学講座, Tokyo, Nakayama shoten, 1998, vol.23, p. 231-244.

NISHIZONO Masahisa 西園昌久, « *Taijinkyōfu no seishinbunseki* » 対人恐怖の精神分析 (Psychanalyse de la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 375-381.

NOMURA Akichika 野村章恒, *Morita Shōma Hyōden* 森田正馬評伝 (Biographie critique de Morita Shōma), Tokyo, Hakuyōsha, 1974, 369 p.

NOMURA Akichika 野村章恒, « 日本における神経衰弱及び強迫観念に関する意思的研究 (一) », *Tōkyō iji shinpō* 東京医事新報, 1953, vol. 70, n° 5, p. 271-272.

NOMURA Akichika 野村章恒, « 日本における神経衰弱及び強迫観念に関する意思的研究 (二) », *Tōkyō iji shinpō* 東京医事新報, 1953, vol. 70, n° 6, p. 525-527.

NOWAK, « Dr Casper Medicinische Statistik und Staatsarzneikunde », *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1847, vol. 2, n° 4, p. 1-8.

OGINO Kōichi 荻野恒一, « *Ningengakuteki seishinbyōrigaku* » 人間学的精神病理学 (Psychopathologie anthropologique) dans Masaaki Katō 加藤正明 (ed.), *Seishin.igaku jiten* 精神医学事典 Encyclopédie de psychiatrie, Tokyo, Kyōbundō, 1975, p. 502-503.

ŌHARA Kenshirō 大原健士郎, 小島洋, 岩井寛, 宮田国男 et 藍沢鎮雄, « *Morita ryōhō (nyūinshiki) no genjō – jū byōin, shinryōjo no ankeeto kara –* » 森田療法 (入院式) の現状 — 10 病院・診療所のアンケートから — (La situation actuelle de la thérapie Morita (en hospitalisation) – enquête sur 10 hôpitaux et cliniques), *Seishin.igaku* 精神医学, 1966, vol. 8, n° 3, p. 249-258.

ŌZUMI Hiroshi 大泉溥 (ed.), *Nihon shinrigakusha jiten* 日本心理学者事典 (Dictionnaire des psychologues japonais), Tokyo, Kuresu shuppan, 2003, 1308 p.

OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Nihon seishinka iryōshi* 日本精神科医療史 (Histoire de la psychiatrie japonaise), Tokyo, Igaku Shoin, 2002, 274 p.

OKADA Yasuo 岡田靖雄, *Shisetsu Matsuzawa byōin shi* 私説松沢病院史: 1879~1980 (Une histoire personnelle de l'hôpital Matsuzawa (1879-1980)), Tokyo, Iwasaki gakujutsu shuppansha, 1981, 655 p.

OKAMOTO Shigeyoshi 岡本重慶, « 森田の「神経質」概念の再認識—精神衰弱 (P.ジャネ) との関係を中心に— », *Nihon Morita ryōhō gaku zasshi* 日本森田療法学会雑誌, 2007, vol. 18, n° 1, p. 54.

OKAMOTO Shigeyoshi 岡本重慶, « 森田正馬の禅理解—その真?をめぐる検討の試み », *Nihon Morita ryōhō gaku zasshi* 日本森田療法学会雑誌, 2005, vol. 16, n° 2, p. 155-164.

OKONOGI Keigo 小此木啓吾, « *Kyōkairei no gainen to sono rinshōteki kentō* » 境界例の概念とその臨床的検討 (Le concept de cas-limite et son étude clinique), *Seishin.igaku* 精神医学 Psychiatrie, 1970, vol. 2, n° 7, p. 483.

ONO Y, YOSHIMURA K, SUEOKA R, YAMAUCHI K, MIZUSHIMA H, MOMOSE T, NAKAMURA K, OKONOGI K et ASAI M, « Avoidant Personality Disorder and Taijin

Kyofu: Sociocultural Implications of the WHO/ADAMHA International Study of Personality Disorders in Japan », *Acta psychiatrica Scandinavica*, mars 1996, vol. 93, n° 3, p. 172-176.

OPPENHEIM Janet, *Shattered Nerves: Doctors, Patients, and Depression in Victorian England*, New York, Oxford university press, 1991, 387 p.

ŌTSUKI Kenji, « The misunderstanding of Japanese psychoanalysis: A protest against the views expressed by Dr. J. C. Moloney », *The International Journal of Psycho-analysis*, 1955, vol. 36, n° 3, p. 205-207.

PARIS Bernard J., *Karen Horney. A Psychoanalyst's Search for Self-Understanding*, New Haven, Yale University Press, 1994, 320 p.

PELISSOLO A. et LÉPINE J.-P., « Les phobies sociales : perspectives historiques et conceptuelles », *L'Encéphale*, 1995, vol. 21, n° 1, p. 15-24.

PIEDINIELLI Jean-Louis, *Les phobies, agoraphobie, phobies sociales, phobies simples*, Paris, Armand Colin (coll. « 128 »), 2009, 126 p.

PIGEOT Jacqueline, « Les Japonais peints par eux-mêmes », *Le Débat*, 1983, n° 23, p. 19-33.

PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'obsession de la rougeur ou éreuthophobie (note additionnelle) », *Archives de Neurologie*, 1902, XIII, n° 75, p. 177-194.

PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « Séméiologie des obsessions et idées fixes », Moscou, Kouchnérev & co, 1899, vol.IV.

PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'obsession de la rougeur (éreuthophobie) », *Archives de Neurologie*, 1897, III, n° 13, p. 1-26.

PITRES Albert et RÉGIS Emmanuel, « L'Obsession de la rougeur (Ereuthophobie) » dans *Comptes Rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* Nancy, Masson, 1896, vol.II, p. 224-254.

POLLOCK Linda A., *Forgotten Children. Parent-child relations from 1500 to 1900*, Cambridge, Cambridge University Press, 1983.

POPOFF Nikolai Mikhailovitch, « Un cas d'érythrophobie », *Revue neurologique*, 1898, vol. 6, n° 1, p. 24.

PORTER Roy, « Diseases of Civilization » dans W. F. Bynum et Roy Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine. Volume 1*, London, Routledge, 1993, vol. 2/1, p. 585-600.

PORTER Roy, « The Patient's View. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 1985, n° 14, p. 175-198.

PRINCE Raymond et TCHENG-LAROCHE Françoise, « Culture-Bound Syndromes and

International Disease Classification », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1987, vol. 11, p. 3-19.

QUÉTEL Claude, *Histoire de la folie. De l'antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2012, 620 p.

QUINN Susan, « Japan » dans *A Mind of Her Own: the life of Karen Horney*, New York, Summit Books, 1987, p. 399-419.

RÉGNIER Ernest Pierre Prosper, *De l'éreuthophobie ou obsession de la rougeur émotive*, Bordeaux, 1896.

ROELCKE Volker, « Biologizing social facts: An early 20th century debate on Kraepelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1997, vol. 21, n° 4, p. 383-403.

ROSE Nikolas, « Beyond medicalisation », *The Lancet*, 2007, vol. 369, n° 9562, p. 700-702.

RUSSELL John G., « Anxiety Disorders in Japan: A Review of the Japanese Literature on Shinkeishitsu and Taijinkyōfushō », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1989, vol. 13, n° 4, p. 391-403.

SAKAKI Hajime 榊俣, « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* » 強迫観念を有する患者の実例 (Des cas concrets de patients présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Igaku Zasshi* 東京医学会雑誌, 1895, vol. 9, n° 15, p. 28-41.

SAKAKI Hajime 榊俣, « *Kyōhakukannen o yūsuru kanja no jitsurei* » 強迫観念を有する患者の実例 (Des cas concrets de patients présentant des idées obsessionnelles), *Tōkyō Igaku Zasshi* 東京医学会雑誌, 1895, vol. 9, n° 14, p. 1-9.

SATA Yoshihisa 佐多芳久, « *Kyōhaku Kannen (jō)* » 強迫観念 (上) (Les idées obsessionnelles), *Hentai Shinri* 変態心理, 1918, vol. 2, n° 4, p. 257-267.

SATŌ Masahiro 佐藤雅浩, *Seishinshikkan gensetsu no rekishi shakaigaku: « kokoro no yamai » wa naze ryūkō suru no ka?* 精神疾患言説の歴史社会学: 「心の病」はなぜ流行するのか (Sociologie historique des discours sur la maladie mentale: pourquoi les « maladies de l'âme » connaissent-elles des modes ?), Tokyo, Shin.yōsha, 2013, 520 p.

SATŌ Tatsuya 佐藤達哉, *Nihon ni okeru shinrigaku no juyō to tenkai* 日本における心理学の受容と展開 (La réception et le développement de la psychologie au Japon), Kyoto, Kita ōji shobō, 2002, 683 p.

SATŌ Tatsuya et SATŌ Takao, « The early 20th century: Shaping the discipline of psychology in Japan », *Japanese Psychological Research*, 2005, vol. 47, n° 2, p. 52-62.

SATOMURA Atsushi 里村淳, « *Doitsu to Nihon no taijinkyōfushō no hikakuseishinigakuteki*

kenkyū – Tokuni sekimenkyōfu ni tsuite » ドイツと日本の対人恐怖症の比較精神医学的研究—特に赤面恐怖について— (Etude de psychiatrie comparée sur la phobie interpersonnelle en Allemagne et au Japon – de l'éreuthophobie en particulier –), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1979, vol. 8, n° 3, p. 329-337.

SCULL Andrew, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900*, New Haven, Yale University Press, 2005, 470 p.

SCULL Andrew, *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1989.

SERIZAWA Kazuya 芹沢一也, « *Hō* » kara kaihōsareru kenryoku: hanzai, kyōki, hinkon, soshite Taishō demokurashii 〈法〉から解放される権力—犯罪、狂気、貧困、そして大正デモクラシー (Les pouvoirs émancipés de la « loi » – crime, folie, misère et démocratie Taishō), Tokyo, Shin.yōsha, 2001, 284 p.

SHIMAZONO Susumu 島園進, « *Iyasu chi* » no keifu: kagaku to shūkyō no hazama <癒す知> の系譜: 科学と宗教のはざま (Généalogie du « savoir qui guérit »: entre science et religion), Tokyo, Yoshikawa kōbunkan, 2003, 266 p.

SHIMODA Mitsuzō 下田光造 et SUGITA Naoki 杉田直樹, *Saishin seishinbyōgaku* 最新精神病学 (La nouvelle psychiatrie), 1ere éd., Tokyo, Kokuseidō, 1922, 483 p.

SHINPUKU Naotake 新福尚武, « *Jobun* » 序文 (Introduction), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 364.

SHORTER Edward, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, 436 p.

SHORTER Edward, « Private Clinics in Central Europe 1850-1933 », *The Society for the Social History of Medicine*, 1990.

SOMEYA T. et TAKAHASHI M., « Is DSM Widely Accepted by Japanese Clinicians? », *Psychiatry and clinical neurosciences*, 2001, vol. 55, n° 5, p. 437-450.

SOURY Jules, « Théorie des émotions », *Annales Médico-psychologiques*, 1897, n° 6, p. 247-262.

SUZUKI Akihito, « Global Theory, Local Practice: Shock Therapies in Japanese Psychiatry, 1920-1945 » dans *Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective c. 1800-2000*, Newcastle, Cambridge Scholars Pub., 2010, p. 116-141.

SUZUKI Akihito, « Were Asylums Men's Places » dans *Psychiatric Cultures*, Amsterdam, Amsterdam University press, 2005, p. 295-311.

SUZUKI Akihito, « A Brain Hospital in Tokyo and its Private and Public Patients, 1926-

45 », *History of Psychiatry*, 2003, vol. 14, n° 3, p. 337-360.

SUZUKI Akihito, « The State, the Family, and the Insane in Japan, 1900-1945 » dans Roy Porter et David Wright (eds.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p. 193-225.

SUZUKI Katsuaki, TAKEI Nori, KAWAI Masayoshi, MINABE Yoshio et MORI Norio, « Is Taijin Kyofusho a Culture-Bound Syndrome? », *The American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160, n° 7, p. 1358.

SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Nyūin Morita ryōhō o uketa taijinkyōfu kanja no tsuiseki chōsa* » 入院森田療法をうけた対人恐怖患者の追跡調査 (Enquête de suivi auprès de patients anthropophobiques ayant fait une thérapie Morita), *Seishin.igaku* 精神医学, 1979, vol. 21, n° 11, p. 1203-1211.

SUZUKI Tomonori 鈴木知準, « *Taijinkyōfu no shōjō ni kansuru tōkeiteki kansatsu* » 対人恐怖の症状に関する統計的観察 (Observations statistiques sur les symptômes de la phobie interpersonnelle), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1976, vol. 5, n° 8, p. 1013-1023.

SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, *Dialogue avec l'insensé. Précédé de. A la recherche d'une autre histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1994, 281 p.

TAJAN Nicolas, *Le retrait social au Japon. Enquête sur le hikikomori et l'absentéisme scolaire (futōkō)*, Université Toulouse 2 Le Mirail, Toulouse, 2014.

TAKAHASHI Masahiro 高橋正雄, « 漱石文学における癒し—「神経衰弱」者の理解と救済— » (La guérison dans l'œuvre de Sōseki – compréhension et délivrance des « neurasthéniques »), *Nihon byōsekigaku zasshi* 日本病跡学雑誌, 1996, n° 52, p. 30-36.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no gainen no hensen – “jikkan” ni madowasareta rekishi* » 対人恐怖の概念の変遷—「実感」に惑わされた歴史— (Les évolutions du concept de phobie interpersonnelle – une histoire désorientée par des impressions), *Seishin.igaku shi kenkyū* 精神医学史研究, 2011, vol. 15, n° 1-2, p. 57-61.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no hanashi* » 対人恐怖のはなし (Propos sur la phobie interpersonnelle), *Seishōnen mondai* 青少年問題, 1991, vol. 38, n° 2, p. 4-11.

TAKAHASHI Tooru, « Social Phobia Syndrome in Japan », *Comprehensive psychiatry*, janvier–février 1989, vol. 30, n° 1, p. 45-52.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹 (ed.), *Taijinkyōfushō* 対人恐怖症 (La phobie interpersonnelle), Tokyo, Kanehara Shuppan (coll. « Seishinka MOOK »), 1985, 197 p.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Aru minkan shisetsu no shōkai* » ある民間施設の紹介 (Présentation d'une institution populaire), *Rinshō seishin igaku* 臨床精神医学, 1977, vol. 6, n° 7, p. 917-921.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹, *Taijinkyōfu : sōgo dentatsu no bunseki* 対人恐怖: 相互伝達の分析 (La phobie interpersonnelle : analyse communicationnelle), Tokyo, Igaku Shoin, 1976, 208 p.

TAKAHASHI Tooru 高橋徹, « *Taijinkyōfu no seishinbyōri – sono bishi shakaigaku kenkyū* » 対人恐怖の精神病理 – その微視社会的分析 – (Psychopathologie de la phobie interpersonnelle – une analyse sociologique fine), *Seishinshinkeigaku Zasshi* 精神神経学雑誌, 1966, vol. 68, n° 6, p. 699-716.

TAKANO Masashi 高野仁, « *Dai san dai kyōju Muramatsu Tsuneo* » 第三代教授 村松常雄 (Le troisième titulaire de la chaire : Muramatsu Tsuneo) dans 名古屋大学医学部精神医学開講 100 周年記念誌編集委員会 (ed.), 名古屋大学精神医学開講 100 年, Nagoya, 2008, p. 25-28.

TAKASUNA Miki, « The Fukurai affair : parapsychology and the history of psychology in Japan », *History of the Human Sciences*, 2012, vol. 25, n° 2, p. 149-164.

TAKEYAMA Tsunehisa 竹山恒壽, « *Sekimen kyōfushō* » 赤面恐怖症 (Ereuthophobie), *Shinkeishitsu* 神経質, 1936, vol. 7, n° 11, p. 505-508.

TANAKA-MATSUMI Junko, « Taijin Kyofusho: Diagnostic and Cultural Issues in Japanese Psychiatry », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1979, n° 3, p. 231-245.

TANIGUCHI Masaharu 谷口雅春, *Ichiryū no hito, tsuma, ko o tsukuru ni ha* 一流の人・妻・子を作るには (Comment faire des personnes, épouses et enfants de premier rang), Kōmei shisō fukyūkai, 1938, 464 p.

TASAWA Hideshirō 田澤秀四郎, « *Kyōhakukannen ni tsuite* » 強迫観念二就テ (*Ueber die Zwangsvorstellung*), *Shinkeigaku zasshi* 神経学雑誌, 1907, vol. 6, n° 1, p. 1-22.

TŌKYŌ DAIGAKU SEISHIN.IGAKU KYŌSHITSU HYAKUNEN HENSHŪ IINKAI 東京大学精神医学教室 120 年編集委員会, *Tōkyō daigaku seishin.igaku kyōshitsu hyakunijūnen* 東京大学精神医学教室 120 年 (Les 120 ans du département de psychiatrie de l'Université de Tokyo), Tokyo, Shinkō igaku shuppansha, 2007, 286 p.

TSCHIGAIEFF, « Ueber die erythrophobie », *Jahresbericht über die Leistungen und fortschritte auf dem gebiete der Neurologie und Psychiatrie*, 1898, p. 1210.

UCHIMURA Yūshi 内村祐之, « Nihon seishin.igaku no kako to shōrai » 日本精神医学の過去と将来 (Le passé et l'avenir de la psychiatrie japonaise), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1954, vol. 55, n° 7, p. 705-716.

UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, *Taijinkyōfu no ningengaku. Haji, tsumi, zen.aku no higan* 対人恐怖の人間学 恥・罪・善悪の彼岸 (Anthropologie du taijinkyōfu. Honte, culpabilité, par

delà le bien et le mal), Tokyo, Kanehara, 1977, 501 p.

UCHINUMA Yukio 内沼幸雄, « *Taijinkyōfushō no shōjō kōzō – Morita to Furankeru no shinkeishōron oyobi chiryō gihō o megutte* » 対人恐怖症の症状構造—森田とフランケルの神経症論及び治療技法をめぐって— (La structure symptomatologique de la phobie interpersonnelle – autour des théories de la névrose et des techniques thérapeutiques de Morita et de Frankl), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 1971, vol. 73, n° 5, p. 359-396.

UEMOTO Yukio 植元行男, MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, FUJITA Sanae 藤田早苗, OGASAWARA Toshio 小笠原俊夫, SUZUKI Tsunehiro 鈴木恒裕, AOKI Masaru 青木勝, TSUCHIKAWA Takashi 土川隆史 et ŌISO Hideo 大磯英雄, « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ichi) – Iwayuru shinshunki mōsōshō ni tsuite* » 思春期における異常な確信的体験について (その I) —いわゆる思春期妄想症について— (On the delusional experience in adolescence (I) On so called « délire pubère »), *Jidō seishin.igaku to sono kinsetsu ryōiki* 児童精神医学とその近接領域, 1967, vol. 8, n° 3, p. 155-167.

UEMOTO Yukio 植元行男, TSUCHIKAWA Takashi 土川隆史, HASEGAWA Etsuko 長谷川悦子, ANDŌ Masako 安藤公子 et TAKEDA Nobuko 武田暢子, « *Shishunki ni okeru ijōna kakushinteki taiken ni tsuite (sono ni) Rōrushaha tesuto ni yoru kōsatsu* » 思春期における異常な確信的体験について (その II) —ロールシャッハ・テストによる考察— (On the delusional experience in adolescence (II) Approach from Rorschach Test), *Jidō seishin igaku to sono kinsetsu ryōiki* 児童精神医学とその近接領域 *Pédopsychiatrie et domaines avoisinants*, 1967, vol. 8, n° 3, p. 168-178.

UEMOTO Yukio 植元行男, MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦, FUJITA Sanae 藤田早苗, OGASAWARA Toshio 小笠原俊夫, IMURA Tsunehiro 鈴木恒裕, AOKI Masaru 青木勝, TSUCHIKAWA Takashi 土川隆史 et ŌISO Hideo 大磯英雄, « 思春期における異常な確信的体験について (その III) —妄想観念の成立、固着について— » (On the delusional experience in adolescence (III) On the formation of Delusion and its Persistence), *児童精神医学とその近接領域*, 1967, vol. 8, n° 3, p. 179-186.

UMEDA Kaoru 梅田薫, *Shōshin kyōfushō no ryōhō* 小心恐怖症の療法 (La cure de la timidité et des phobies), Taiyōsha Kenkyūjo, 1935, 250 p.

USA Genyū 宇佐玄雄, *Heki no naoshikata* 癖の直し方 (Soigner les tics), Kyoto, Jinbun shoin, 1939.

USA Genyū 宇佐玄雄, *Settoku ryōhō* 説得療法 (La thérapie persuasive), Kyoto, Jinbun shoin, 1936, 355 p.

USHIJIMA Sadanobu 牛島定信, « *Marui Kiyoyasu - Morita Shōma ronsō* » 丸井清泰・森田

正馬論争 (Le débat Marui - Morita) dans *Nihon Seishin Shinkei Gakkai hyakunen shi* 日本精神神経学会百年史, Tokyo, 2003, p. 625-626.

VASCHIDE Nicolas et MARCHAND Léon, « Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions à propos d'un cas d'éreuthophobie », *Revue de Psychiatrie*, 1900, vol. 3, n° 7, p. 193-208.

VESPA Beniamino, « Contributo allo studio dell'ereutofobia », 1898, vol. 5, n° 6, p. 249-264.

WATARAI Yoshiichi 度会好一, *Meiji no seishin isetsu : shinkeibyō, shinkeisuijaku, kamigakari* 明治の精神異説：神経病・神経衰弱・神がかり (Diverses théories de l'esprit à l'époque Meiji : névrose, neurasthénie, possession), Tokyo, Iwanami Shoten, 2003, 290 p.

WESSELY Simon, « Neurasthenia and Fatigue Syndromes – Clinical Section » dans *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth century*, Londres, Athlone, 1996, p. 509-532.

WESTPHAL Carl, « Über Zwangsvorstellungen », *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1877, vol. 14, n° 46-47, p. 669-672; 687-689.

WU Yu-Chuan, *A Disorder of Ki: Alternative Treatments for Neurasthenia in Japan, 1890-1945*, University College London, Londres, 2012.

YAGI Gohei 八木剛平 et TANABE Akira 田辺英, *Nihon seishinbyō chiryō shi* 日本精神病治療史 (Histoire du soin des maladies mentales au Japon), Tokyo, Kanehara Shuppan, 2002.

YABE Yaekichi 矢部八重吉, *Shishunki no shinri kaibō* 思春期の心理解剖 (Anatomie psychologique de la puberté), Tokyo, Banrikaku, 1939, 286 p.

YABE Yaekichi 矢部八重吉, *Seishinbunseki to seinenki no mondai* 精神分析と青年期の問題 (Psychoanalyse et problèmes de l'adolescence), Tokyo, Tōkyō Furoido Kenkyūkaikan, 1938, 268 p.

YAMAMURA Michio, « Über menschencheu. Beitrag zur Genese der “magischen Übertragung” », *Arbeiten aus dem psychiatrischen Institute der Tohoku Universität*, 1936, n° 5, p. 45-49.

YAMAMURA Michio 山村道雄, « *Sekimenkyōfu ni tsuite (dai ippō)* » 赤面恐怖症に就いて (第一報) (Psychoanalytische Studien über Erythrophobie (I.Mitteilung)), 東北帝大醫學部精神病学教室業報 *Arbeiten aus dem psychiatrischen Institute der Tohoku Universität*, 1933, n° 2, p. 69-102.

YAMASHITA Itaru 山下格, « *Shakaikyōfu : higashi to nishi* » 社会恐怖：東と西 (Phobie sociale : est et ouest), *Seishin shinkeigaku zasshi* 精神神経学雑誌, 2002, vol. 104, n° 9, p. 735-739.

YAMASHITA Itaru, *Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia*, Sapporo, Hokkaido University Press, 1993, 147 p.

YAMASHITA Itaru 山下格, « *Wa ga kuni ni okeru shinkeishō no shindan to DSM-III* » わが国における神経症の診断と DSM-III (Le diagnostic de névrose au Japon et le DSM-III), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1982, vol. 11, n° 2, p. 205-212.

YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfu no shindanteki ichizuke* » 対人恐怖の診断的位置づけ (La position diagnostique de la phobie interpersonnelle), *Rinshō seishin.igaku* 臨床精神医学, 1982, vol. 11, n° 7, p. 797-804.

YAMASHITA Itaru 山下格, *Taijinkyōfu* 対人恐怖, Tokyo, Kanehara Shuppan, 1977.

YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfu ni tsuite* » 対人恐怖について (De la phobie interpersonnelle), *Seishin igaku* 精神医学, 1970, vol. 12, n° 5, p. 365-374.

YAMASHITA Itaru 山下格, « *Taijinkyōfushō no shinri kisei oyobi chiryū kiten – toku ni shōshūdan seisinryōhō ni tsuite* » 対人恐怖症の心理機制および治療機転—とくに小集団精神療法について— (Les mécanismes psychiques et les résultats thérapeutiques de la phobie interpersonnelle –en particulier à propos de la psychothérapie de petit groupe), *Seishin.igaku* 精神医学, 1968, vol. 10, n° 7, p. 34-37.

YAP P. M., « Mental Diseases Peculiar to Certain Cultures: a Survey of Comparative Psychiatry », *The Journal of Mental Science*, 1951, vol. 97, n° 407, p. 313-327.

YASHIMA Shōtarō 八島章太郎, « *Ōsutoria ni okeru taijinkyōfushō ni tsuite – hikaku seishin.igaku teki shiten kara* » オーストリアにおける対人恐怖について—比較精神医学的視点から (La phobie interpersonnelle en Autriche – du point de vue de la psychiatrie comparée), *Tōkyō ika daigaku zasshi* 東京医大誌, 1985, vol. 43, p. 694.

YOSHINO Kosaku, *Cultural nationalism in contemporary Japan: a sociological enquiry*, London; New York, Routledge, 1992.

YOUNG Allan, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1997, 327 p.

ZIMBARDO Philip G., *Shyness: What It Is, What To Do About It, ?*, Da Capo Press, 1990, 276 p.

« General Discussion – Afternoon Session – » dans *Social Phobia in Japan and Korea*, Seoul, The East Asian Academy of Cultural Psychiatry, 1987, p. 56-61.

(MULTIPLES), « *Tokushū (ichi) ni kansuru tōron* » 特集 (1) に関する討論 (Discussions du numéro spécial (1)), *Seishin igaku* 精神医学, 1964, vol. 6, n° 2, p. 95.

Entretiens avec des psychiatres

Entretien avec FUJITA Sanae 藤田早苗 (clinicien, ancien membre du groupe de recherche de l'Université de Nagoya sur le délire pubère), 18/01/2013

Entretien avec KASAHARA Yomishi 笠原嘉 (professeur émérite de l'Université de Nagoya), 19/11/2012

Entretien avec KITANISHI Kenji 北西憲二 (directeur du Laboratoire pour la thérapie Morita et de la clinique Kitanishi), 20/09/2012

Entretien avec MURAKAMI Yasuhiko 村上靖彦 (professeur émérite de l'Université de Nagoya), 19/01/2013

Entretien avec NAKAMURA Kei 中村敬 (directeur du service de psychiatrie et de neurologie du 3^e Hôpital de l'Université Jikeikai et professeur de psychiatrie de la même université), 16/10/2012

Entretien avec TAKAHASHI Tooru 高橋徹 (actuellement clinicien et chercheur indépendant), 05/04/2014

Sarah TERRAIL LORMEL

Une histoire japonaise de la névrose La phobie interpersonnelle (*taijinkyōfu*) 1930-1970. Emergence, développement et circulation d'un diagnostic psychiatrique

Résumé

La « phobie interpersonnelle » (*taijinkyōfu* ou *taijin kyōfushō*) est définie par la psychiatrie japonaise comme une angoisse qui se manifeste en présence d'autres personnes et peut prendre des formes variées telles que la conviction de rougir excessivement, d'avoir un regard anormal, un aspect physique inesthétique, d'émettre une odeur nauséabonde, etc. ; elle provoque une inquiétude quant au fait de susciter le mépris, le rejet ou d'être source de désagrément, et conduit à l'évitement des relations interpersonnelles. Cette entité nosographique, formulée au Japon dans les années 1930, y a depuis lors fait l'objet d'une riche pratique clinique et d'abondantes recherches. L'idée que cette pathologie mentale y serait particulièrement fréquente et reflèterait des caractères spécifiques de la société et de la culture japonaises a longtemps été entretenue par les psychiatres japonais, et c'est ce motif qui a attiré l'attention des psychiatres, mais également des anthropologues étrangers sur ce concept. Dans les années 1990, la phobie interpersonnelle apparaît comme un « syndrome lié à la culture » dans les taxinomies psychiatriques internationales, en même temps que l'idée de la spécificité culturelle du *taijinkyōfu* s'affaiblit progressivement au Japon. C'est l'histoire particulière de ce concept que ce travail vise à retracer. Au croisement de l'histoire de la psychiatrie et de l'histoire des idées, nous cherchons à comprendre les facteurs théoriques, cliniques et idéologiques qui ont contribué à l'émergence et à la prospérité du concept de phobie interpersonnelle dans la psychiatrie japonaise. En repartant des origines euro-américaines au XIX^e siècle du concept d'éreuthophobie, archétype de ce qui deviendra la phobie interpersonnelle, nous décrivons l'émergence du concept de *taijinkyōfu*, formulé par le psychiatre Morita Shōma (ou Masatake) dans les années 1930, puis analysons ses développements théoriques dans les années 1960-1970.

Mots-clés: *taijinkyōfu* (*taijin kyōfushō*), phobie interpersonnelle, phobie sociale, anthropophobie, éreuthophobie, Morita Shōma (Masatake), histoire de la psychiatrie au Japon, histoire des idées au Japon, *nihonjinron*.

Abstract

"Interpersonal phobia" (*taijinkyōfu* ou *taijin kyōfushō*) is defined in Japanese psychiatry as a form of anxiety that manifests itself in the presence of other people and can take various forms, such as the belief that one blushes excessively, or has an abnormal gaze, or an unsightly physical appearance, or that one's body produces a foul odor, etc.; it causes concern about being contempted, rejected or being an annoyance to others, and leads to avoidance of interpersonal relationships. This nosological entity, formulated in Japan in the 1930s, has since been the subject of a rich clinical practice and abundant research. The idea that this mental condition is particularly frequent and reflects specific characteristics of Japanese society and culture has long been maintained by Japanese psychiatrists, and this very reason has attracted the attention of foreign psychiatrists and anthropologists on this concept. In the 1990s, interpersonal phobia emerged as a "culture-bound syndrome" in international psychiatric nosologies, and at the same time the idea of *taijinkyōfu*'s cultural specificity was gradually weakening in Japan. This work aims to trace out the particular history of this concept. At the intersection of the history of psychiatry and the history of ideas, we seek to understand the theoretical, clinical and ideological factors that have contributed to the emergence and prosperity of the concept of interpersonal phobia in Japanese psychiatry. Starting from the nineteenth-century Euro-American origins of the concept of erythrophobia, the archetype of what will become interpersonal phobia, we describe the emergence of the concept of *taijinkyōfu*, formulated by the psychiatrist Morita Shōma (or Masatake) in the 1930s, and then analyze its theoretical developments in the 1960s and 1970s.

Keywords: *taijinkyōfu* (*taijin kyōfushō*), interpersonal phobia, social phobia, anthropophobia, erythrophobia, Morita Shōma (Masatake), history of psychiatry in Japan, history of ideas in Japan, *nihonjinron*.