



## **Le corps et la parole**

Claude-Guy Bruère-Dawson

### ► To cite this version:

Claude-Guy Bruère-Dawson. Le corps et la parole. Presses universitaires de la Méditerranée, 276 p., 2005, 2-84269-689-1. <hal-03146858>

**HAL Id: hal-03146858**  
**<https://hal.science/hal-03146858v1>**

Submitted on 19 Feb 2021

**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.



HAL Authorization





UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY — MONTPELLIER III

*Le corps et la parole*

Du réel du sexe au réel de la mort

Claude-Guy Bruère-Dawson

2005



# Sommaire

Avertissement	9
Prologue. À propos de Jérôme	11
Introduction	17
I Cas cliniques	19
Madame E.V... histoire d'un parcours	21
Ange, Gertrude... le poids de la Parole	35
Marie-Françoise, Pierre ou deux histoires d'air	41
Colette ou l'impossible séparation de l'impossible enfant	45
Renée ou l'insupportable du réel de l'absence	51
Pedro ou l'insupportable du réel du sexe	55

## *SOMMAIRE*

II	Recension critique de différents travaux sur la question psychosomatique. Essai de théorisation	57
III	Modalités thérapeutiques et formation	157
IV	Conclusion Du moi corporel au corps du sujet dans son lien à l'insupportable du réel du sexe et de la mort	221
V	Bibliographie	241

*À Chloé  
À Émilie  
Aux miens*





## Avertissement

L'écriture de cet ouvrage provient d'un part de la reprise de mes séminaires (inédits) de doctorat, particulièrement ceux traitant des rapports du corps et du langage dans la pratique du psychodrame de psychotiques et, d'autre part, de l'utilisation des textes suivants :

BRUÈRE-DAWSON C., 1983. Le psychodrame des psychotiques : une expérience de la limite. *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*, n° 3, 171-179.

BRUÈRE-DAWSON C., 1988. Le corps et la répétition. À propos du phénomène psychosomatique. *Cliniques méditerranéennes*, 1<sup>er</sup> semestre, n° 17/18, 71-96.

BRUÈRE-DAWSON C., 1989. Corps je te hais, corps je t'adore. *Cliniques méditerranéennes*, 2<sup>e</sup> semestre, nos 23-24, 183-186.

BRUÈRE-DAWSON C., 1991. La corporéité comme métaphore du Réel. *Les Cahiers du CERFEE*, n° 6. Le Corps/des Corps, 71-75.

BRUÈRE-DAWSON C., 1993. Le Corps du sujet. *Cliniques méditerranéennes*, nos 37-38, 79-85.

BRUÈRE-DAWSON C., 2000. Psychanalyste à l'hôpital. *Cliniques méditerranéennes*, n° 62, 35-43.



## Prologue.

### À propos de Jérôme

Jérôme est un jeune garçon de 13 ans, hospitalisé dans le service des maladies de l'appareil digestif pour exploration d'une constipation opiniâtre avec encoprésie. C'est pour lui une vieille histoire que son entourage familial ne supporte plus.

Il produit depuis longtemps des fèces par regorgement, les garde un certain temps dans son slip et les cache un peu partout dans la maison, sous les meubles par exemple. Il dit que ce sont les crottes du chien. Un jour pourtant il les a cachées sur le haut d'une armoire, soutenant encore à sa mère qui les découvre que ce sont toujours les crottes du chien. Cet épisode a amené la consultation et l'hospitalisation de Jérôme dans le service.

Il s'y trouve depuis une semaine quand le hasard d'un choix de stages d'étudiant en troisième année de médecine me le fait rencontrer. Je suis de plus responsable du suivi de son dossier ; tous les matins j'assiste à la visite de l'interne, puis à celle du chef de clinique et du patron ; tous les matins, dans le cadre de son exploration, il fait l'objet et subit un toucher rectal de l'externe, de l'interne, du chef de clinique, voire du patron. Ce rituel dure quelques jours, j'y participe silencieux. Un jour, je m'entends dire au patron qui pratiquait le énième toucher rectal à la recherche d'une éventuelle cause organique ou fonctionnelle : « Monsieur, que pensez-vous y trouver ? »... et de m'entendre répondre : « Qu'est-ce qui vous fait poser cette question, et qu'est-ce qui vous y autorise ? »

Je bafouille qu'il s'agit là d'une encoprésie... que c'est psychogène... Tout cela dans un silence glacial.

La visite se poursuit. En fin de matinée le patron, le professeur

Bert, me convoque dans son bureau. Je redoutais une admonestation... ce fut une discussion. Je lui contai mon trajet : d'abord diplômé en psychologie, puis étudiant en philosophie et enfin en médecine. Nous avons parlé d'Hippocrate, de Galien, de Freud, de Groddeck, de la pathologie fonctionnelle, des rapports de l'âme et du corps, des émotions, de la souffrance. Il soutenait que l'appareil digestif était la caisse de résonance du pathos de l'homme.

Ce premier entretien terminé, il y en eut beaucoup d'autres. Il me confia la responsabilité psychothérapique de Jérôme. D'autres responsabilités s'ensuivirent jusqu'à celle de la création et de l'animation dans le service d'une consultation de médecine psychosomatique. Cette même charge me fut aussi confiée à l'Hôpital de Sète par le docteur Lustack, chef du Service de médecine interne.

Bert (1966) écrivit ceci : « La pathologie fonctionnelle, en particulier digestive, est la plus courante, la plus propre à l'homme, être pensant qui accède à la maladie plus encore par son âme que par son corps... Elle est depuis toujours l'un des moyens de l'homme d'exprimer ses perturbations affectives et par surcroît, pour l'homme moderne, son déséquilibre et son angoisse ».

Cette idée de la médecine s'oppose à une conception vétérinaire de plus en plus triomphante qui — sous l'influence de progrès techniques considérables — a cru qu'il était possible de pénétrer dans l'intimité organique de la personne en laissant de côté l'affectivité qui en fait la singularité. Cette médecine réduit le malade à une machine et le médecin à un mécanicien qui révisé son patient, organe par organe jusqu'à l'usure finale. Il n'empêche que, d'une façon ou d'une autre, la parole du sujet souffrant fait toujours retour : par exemple les crottes au-dessus de l'armoire pour Jérôme. Son corps est la scène où se joue le retour de la parole refoulée, voire forclosée. Cela se manifeste comme un trouble majeur de la défécation. Deux lectures sont possibles :

— ou bien, perspective mécaniciste : il faut trouver à tout prix une cause organique ou fonctionnelle du genre méga-dolicho-

côlon ou parésie des muscles releveurs de l'anus dont la sanction pourrait être éventuellement un acte chirurgical.

— ou bien alors, on se laisse questionner par cette défécation par regorgement et cette participation de tout l'être qui met le corps en mouvement, allant du dysfonctionnement défécatoire à l'utilisation du haut de l'armoire comme cachette de la crotte, le tout pourtant dans un contexte d'appel et de signes de pistes faussement brouillées. Autrement dit, pourquoi veut-il garder sa merde, pourquoi une partie lui en échappe-t-elle, quel usage en fait-il et à l'adresse de qui ?

C'est que, malgré la plus ou moins grande perfection des moyens d'investigation et des thérapeutiques mises en œuvre, l'homme malade reste toujours le même depuis Hippocrate. Hippocrate en effet considérait la maladie comme étroitement liée au tempérament du malade. Ces symptômes, malgré leurs diversités apparentes, ont une unité et une finalité profonde. Une énergie (prémice de la libido freudienne ?) les anime et les lie. Dans l'acception hippocratique, ce terme *tempérament* s'applique à la fois aux aspects physiques et psychiques de la personne. Qu'elle soit bénigne ou grave, aiguë ou chronique, la maladie atteint l'homme dans sa totalité d'être au monde.

Cette totalité ne doit cependant pas être entendue de manière psychologisante, sur le mode d'une lecture événementielle, génétique, voire introspective. Pascal disait déjà que l'homme n'est *ni ange, ni bête*. Freud (1905), parlant des pulsions qu'il considérait comme notre mythologie, les définissait comme concept limite entre soma et psyché. Nous trouvons là un entre-deux. Entre-deux qui m'a toujours interpellé. Seule la métapsychologie freudienne, l'apport de Lacan, Ferenczi, Winnicott, Klein et Dolto m'ont donné les moyens de m'interroger sur cet entre-deux. Lacan (1959-1960) disait d'ailleurs : « On ne dépasse pas Descartes, Kant, Marx, Hegel et quelques autres, pour autant qu'ils marquent la direction d'une recherche, une orientation véritable. On ne dépasse pas Freud non plus. On n'en fait pas non plus — quel intérêt ? — le cubage, le bilan. On s'en sert. On se déplace à l'intérieur. On se guide avec ce qu'ils ont donné comme direction ».

La question du corps, de ses limites, de ses misères, m'a toujours préoccupé. Enfant, j'éprouvais le désir de soigner et j'étais fasciné par cette phrase très souvent entendue à la messe « ...Dites une parole et mon âme sera guérie ». En classe de philosophie, j'étais intrigué par cette assertion freudienne (1895) concernant l'hystérie : « Ce saut mystérieux du psychique au somatique ».

C'est peu après ma rencontre avec Jérôme — on peut dire qu'elle fut en cela révélatrice et initiatrice de mon cheminement dans l'entre-deux — que je commençai à m'impliquer, non sans résistance, dans le questionnement des effets de la parole sur le corps. Cela se fit d'abord par la rencontre du training auto-gène (auto-hypnotique) de Schultz (1956), puis de l'hypnose que j'exerçai avec succès et conviction (Breuer-Freud ? ou splendeur du refoulement !) pendant quelques années, mais que j'abandonnai très rapidement. Mon interrogation sur les raisons des succès et des échecs de cette thérapeutique me poussèrent à m'impliquer d'abord dans un groupe Balint (avec le professeur J. Caïn), ensuite dans un groupe de psychodrame thérapeutique (avec P. et G. Lemoine) pour déboucher enfin sur l'analyse, à l'écoute de l'Autre scène freudienne, là où se trouve *ce chapitre de mon histoire marquée par un blanc ou occupé par un mensonge* (Lacan, 1951) à la recherche du *seuil entre l'inconscient et le conscient, ou pour mieux dire, entre le discours analytique et le mot du symptôme* (Lacan, *ibid.*) : il s'agit toujours d'un entre-deux.

C'est bien connu, quand l'analyse vous prend, elle ne vous lâche plus. Elle me tient encore. Pourtant, bien qu'ayant depuis longtemps une pratique analytique reconnue, analysant puis disciple d'analystes dont la renommée a dépassé les frontières, ayant fait partie au niveau le plus élevé de l'instance dirigeante de l'Ecole analytique fondée par Lacan, je n'ai jamais pu être satisfait par la pratique exclusive de ce que l'on a appelé communément « cures-types » qui ne sont pas forcément la réponse à la souffrance de tout patient.

Mon analyste et maître, Lacan, disait d'ailleurs *Vient qui veut*. J'ai, quant à moi, toujours ressenti la nécessité pour l'analyste de se confronter à la souffrance dans d'autres aires que celles du

fauteuil et du divan, laissant ainsi toujours ouvert un espace de confrontations entre médecine, psychopathologie, psychanalyse. C'est dans un espace analogue que j'ai rencontré à Marseille, au CHU de la Timone, le professeur J. Caïn. Comme le professeur Bert, il fut pour moi un maître.

Je tiens par ailleurs à souligner que l'écriture de ma thèse de doctorat d'Etat (1990), base de cet ouvrage, n'aurait jamais été réalisée sans la rencontre à Montpellier du professeur R. Gori, directeur de cette même thèse. La construction et l'aboutissement du présent travail doivent beaucoup à l'affectueuse complicité et à l'attention toujours soutenue de Monique Tourrette. Je tiens à la remercier.

Gori (2005), p. 230 note : « un article avec ou sans grand intérêt ne se trouve élevé à la dignité d'une "publication" qu'à la condition d'avoir été formalisé et expertisé de préférence dans la langue anglaise et encore mieux par des revues anglo-saxonnes ». Cet impérialisme m'a également toujours choqué. C'est donc pour moi un honneur d'être édité par les publications de l'université Paul-Valéry.





## Introduction

Weiss et English, (1949) assignaient pour but à la médecine psychosomatique de découvrir la nature précise des rapports entre les émotions et les fonctions organiques. Ils mettaient en exergue à leur ouvrage cette citation de Platon : « L'erreur présente répandue parmi les hommes est de vouloir entreprendre séparément la guérison du corps et celle de l'esprit ». Ils élaborèrent dès lors une investigation, qu'ils voulaient minutieuse, des troubles fonctionnels ou organiques, essayant d'établir une corrélation entre ces troubles et les circonstances de la vie du malade, établissant ainsi, terme à terme, une correspondance entre symptômes organiques et symptômes psychiques : stade oral / vomissements — stade anal / constipation — puberté / anorexie, vomissements, diarrhée, palpitations ...

Cette démarche, poursuivie encore par de nombreux auteurs, consiste en un placage de concepts psychanalytiques sur la sémiologie médicale. La démarche diagnostique en médecine consiste en un recensement de signes s'articulant en symptômes, syndromes et maladies. La sémiologie est : « cette partie de la médecine qui étudie les signes des maladies ». (Dictionnaire Robert). La psychanalyse, elle, est science non des signes mais des représentants psychiques de la pulsion, signifiant l'histoire de chaque sujet. Signes et signifiants n'obéissent pas à la même logique et ne sont pas superposables. Les signes se déduisent les uns des autres dans une causalité linéaire, les signifiants s'articulent les uns aux autres dans la logique freudienne de l'anticipation et de l'après-coup, dans l'entre-deux pulsionnel somapsyché. Cette logique régule la quête désirante du sujet, c'est-à-dire la façon dont, entre plaisir et jouissance, il se constitue à partir de ses objets. Dans cette quête désirante le concept de

*Das Ding* se comprend comme l'objet à la fois impossible et premier qui ne pourrait être rejoint sans que s'écroule le monde de la demande et celui du désir. Ce concept de *Das Ding* joue un rôle considérable dans la quête éthique, en ce sens que ce qui est recherché, en même temps qu'interdit par la loi, est l'impossible *souverain bien*, que celui-ci se donne sous les déguisements d'un Dieu, d'un idéal social ou comme la mère, épouse du père, dans la triangulation œdipienne ...

À cet égard, des travaux comme ceux de Moiro (1988) posent question, en prenant garde de ne pas confondre heuristique et étiologie (Gori, 1987). Après avoir enquêté dans des couvents cloîtrés, ayant le même but existentiel, Moiro (*ibid.*) découvre une fréquence élevée des cancers chez les clarisses, les carmélites et les trappistes. Il constate que le cancer du sein atteint l'énorme pourcentage de 20 % chez les religieuses cloîtrées alors qu'il se limite dans l'ensemble de la population féminine à 13,5 % seulement. Il émet l'hypothèse que c'est souvent l'organe gommé de l'image du corps qui se cancérisse.

Il base cette affirmation sur la fréquence des cancers à caractère sexuel chez les trappistes et, fait encore plus surprenant, des cancers du larynx chez les religieuses soumises à la loi dite de silence des couvents cloîtrés. Il souligne aussi la rareté des tumeurs malignes chez les schizophrènes.

De tels exemples, avec les réserves précédemment émises, font écho à la proposition de Lacan de remplacer le vieux terme *psychosomatique* (référant trop à une causalité linéaire médicale extrinsèque à la psychanalyse) par celui d'*épistémomatique*, se rapportant au discours du sujet sur la jouissance de son corps.

La conceptualisation de ma recherche s'est nourrie de cas cliniques, notamment celui d'une patiente, suivie pendant 20 ans, patiente dont je peux dire qu'elle a été une compagne dans ce voyage initiatique que représente toujours et encore toute pratique clinique.

I

## Cas cliniques



## Madame E.V... histoire d'un parcours

Madame E.V., alors âgée de 27 ans, mariée depuis 8 ans, entre pour la première fois, en août 1964, dans le service des maladies de l'appareil digestif, adressée par son médecin traitant pour syndrome recto-colitique. La maladie semble avoir débuté en mars 1964 par l'émission de selles sanglantes, peu nombreuses, sans syndrome rectal, sans symptomatologie abdominale. Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre. En juin, il y a reprise des rectorragies qui sont plus importantes avec cette fois syndrome rectal, épreintes, tenesmes, 6 à 7 selles par jour mais pas de glaire.

Début août, malgré la persistance de l'affection, la malade part en vacances en caravane, vacances décidées par son mari. Quelques jours après, l'aggravation est manifeste, avec augmentation des rectorragies. La malade est alors hospitalisée dans deux hôpitaux successifs et présente une rectorragie de 200 cc de sang pur, 7 à 8 selles purulentes par jour, température à 39°, anémie sévère, etc. Un traitement institué dans le second hôpital périphérique entraîne une amélioration progressive. Madame V. est alors hospitalisée pour bilan au CHU, service des maladies de l'appareil digestif.

C'est une petite bonne femme, d'allure effarouchée et parlant peu. Elle a maigri de 4 kg depuis le début de sa maladie et présente une asthénie très marquée. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques importants. Régulée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle présente un syndrome pré-menstruel. Actuellement en rémission de sa recto-colite hémorragique (R.C.H.), elle a une émission d'une selle par jour d'aspect normal, sans rectorragie et sans syndrome rectal. L'examen clinique décèle une corde colique gauche et sigmoïdienne avec douleur assez vive

de l'hypocondre gauche ; l'abdomen est un peu tendu dans son ensemble. Les examens des selles, bactériologiques et parasitologiques, sont négatifs. Les examens biochimiques sanguins et urinaires sont sans particularité. Un cliché pulmonaire systématique permet de visualiser une lésion pleurale sèche à la base de l'hémithorax gauche, lésion non évolutive. L'examen rectoscopique montre une muqueuse congestionnée, d'aspect dépoli, finement granitée, laissant apparaître quelques pétéchies, ce qui permet de conclure à un aspect typique de R.C.H. à un stade mineur. Le lavement baryté enfin montre un aspect lisse de la muqueuse en réplétion, avec diverticule visible sur le côlon descendant. Un examen psychiatrique est demandé au service universitaire de psychiatrie. Il conclut : « On ne peut retenir aucun contexte psychopathique en apparence, ni de stress décelable au départ de la maladie. Malade peu coopérante. Ce manque de coopération serait plutôt dû à la pauvreté de la personnalité de la malade qu'à une véritable opposition. Il n'y a pas actuellement de manifestations névrotiques. Un traitement par training autogène est fortement conseillé. » La malade quitte le service en septembre 1964 avec pour conclusion : « Poussées de R.C.H. actuellement en voie de régression » et prescription d'un régime avec pratique de séances de training autogène.

Elle est revue en consultation en novembre 1964. Elle nous dit continuer son traitement par training autogène. L'amélioration est très nette, elle a repris 5 kg, elle n'a pas de fièvre et n'a qu'une selle par jour, quelquefois avec un peu de sang. Il n'y a pas de syndrome rectal. La malade est toujours silencieuse et sur la réserve. La rectoscopie montre de petites zones érosives sur la face antérieure du rectum. Il lui est prescrit de poursuivre son traitement par training autogène.

Un second séjour pour bilan comparatif en avril 1965 montre une R.C.H. en rémission.

Un troisième séjour pour reprise évolutive bruyante de la maladie commence en octobre 1966. Le syndrome dysentérique est sévère, 15 selles purulentes par jour avec abondantes rectorragies. La malade est fébrile, avec une importante altération de l'état général. Elle est passée d'un état de réserve à un état

de prostration. L'examen physique montre des douleurs très marquées diffuses dans les deux fosses iliaques avec une corde colique de la fosse iliaque gauche très sensible. L'examen rectoscopique montre une muqueuse en pleine évolution de R.C.H., légèrement granitée, avec de nombreuses pétéchies et suffusions sanguines, placards jaunâtres par endroits avec taches purulentes caractérisant une surinfection. On note par endroits quelques ulcérations. Il n'y a pas de néo-formation.

À partir de là commence toute une série de rechutes avec rémissions incomplètes, la malade étant toujours enfermée dans son mutisme. La façon dont elle en est sortie n'est pas sans importance. J'étais alors jeune étudiant en médecine dans le service, en charge de son dossier. Le chef de service exigeait notamment que chaque matin l'externe examinât les selles de chaque patient et en fit un compte rendu précis. Madame V. était hospitalisée dans une chambre commune de 6 lits et avait comme chaque patiente un seau hygiénique à son chevet. Chaque fois que je m'en approchais, elle s'y installait précipitamment. Par courtoisie je battais alors en retraite. Un jour pourtant, plus rapide qu'elle, je pus me saisir du-dit seau, le découvrir, l'examiner et émettre quelques paroles d'encouragement, du genre : *Elles sont plus belles, il y a moins de glaires, moins de pus.* C'est à partir de ce moment-là que Madame V. commença à me sourire et accepter les entretiens qu'elle me refusait jusqu'alors.

Madame V. parle assez rapidement du sentiment d'infériorité qu'elle vit difficilement, particulièrement depuis la puberté. Elle aurait des complexes à cause de sa petite taille et de ses petits seins. Elle est extrêmement dépendante de sa mère avec qui il lui arrive aussi de se disputer violemment, pour se sentir très coupable par la suite. Elle est très dépendante de sa famille qui la surprotège et qui en même temps l'agresse, elle est très dépendante de son mari qui dirige tout. Elle ne peut rien dire de son père, qu'elle dit cependant soumis à sa mère. Mariée depuis 8 ans, elle n'a pas d'enfant et souligne qu'elle est la seule d'une nombreuse famille à ne pas avoir d'enfant : *J'étais rongée de voir les petits neveux et les petites nièces et moi d'être un fruit sec.*

Le problème se posait de savoir pourquoi Madame V. n'avait



pas d'enfant. Depuis le début de son mariage, elle en désire ardemment ; elle s'est même mariée pour cela. Mais son mari s'y refuse toujours, sous des prétextes les plus divers (achat d'une voiture, de mobilier, d'une caravane) puis écarte définitivement toute idée de maternité de son épouse à partir du début de la maladie en 1964. Les troubles de la sexualité sont présents à type d'inhibitions. Monsieur et Madame V. emploient le coïtus interruptus comme moyen contraceptif, ce qui est pour la patiente qui le confie à la fois avec culpabilité et soulagement une cause d'énervement. Madame V. ne peut rien dire de plus concernant sa vie affective. Par contre son mari semble se faire son porte-parole en disant que l'enfance de sa femme a été sans problèmes, sans frustrations matérielles et morales évidentes et « qu'elle a été heureuse entre son père, sa mère, ses frères et sœurs ». Le mari note aussi que lui s'entend très bien avec sa belle-mère. Il constate pourtant des troubles du caractère très fréquents chez sa femme depuis que les parents de celle-ci habitent à 50 m de chez eux. Dominateur, il gère les moindres détails de la vie domestique sous le prétexte de protéger son épouse de santé fragile.

Une étude événementielle conduit à mettre en parallèle certains faits survenus dans l'entourage familial de la patiente et les poussées de R.C.H.

Mariages de son neveu et de sa nièce, à 10 jours d'intervalle, deux semaines avant sa première poussée en mars 1964 ; lors de la seconde poussée en octobre 1966, la malade a assisté au mariage de son cousin dont la femme était enceinte, et un mois avant elle avait assisté au mariage de son frère dont la femme était également enceinte.

Deux naissances rapprochées dans sa famille, l'une en mars 1967, l'autre en avril 1967 coïncident avec sa troisième poussée puisqu'elle entre dans le service en avril 1967. C'est à l'occasion de cette poussée que se situera l'épisode du seau hygiénique et que débiteront les investigations psychologiques. Une exploration par test de personnalité donne en résumé les résultats suivants :

— les protocoles du test de Rorschach montrent une intelli-

gence fruste, une immaturité instinctivo-affective (refus de la planche sexuelle), une inadaptation émotionnelle, un choc à la planche paternelle qu'il a été impossible d'élucider dans les entretiens qui ont suivi, des préoccupations anxieuses morbides quant à sa santé comme en témoignent les très nombreuses interprétations anatomiques.

— le test de Szondi montre une exacerbation de l'instinct maternel, un grand besoin de féminité, une importante agressivité avec accumulation inconsciente d'affects brutaux. On note une forte anxiété, une tension intérieure importante, de nombreuses inhibitions, une grande dépendance, un besoin de sécurité, de protection et surtout une nette tendance dépressive.

La psychologue concluait à l'époque :

En résumé, le profil de la personnalité de la patiente est caractérisé par :

- a. une relation avec autrui très ambivalente ;
- b. des manifestations psycho-névrotiques où dominent les traits de la série dépressive et obsessionnelle ;
- b. la présence de troubles sexuels.

La juvénilité de mon ardeur à l'époque m'a fait prendre au pied de la lettre sa demande de maternité et ce, malgré les effets néfastes de la gestation sur la R.C.H. recensés dans la littérature médicale.

Recevant le couple en entretien j'authentifiai auprès du mari le désir de grossesse de son épouse, lui certifiant qu'elle ne courrait aucun risque tant son désir de maternité était vrai et qu'on pouvait même supposer que les poussées de R.C.H. étaient en relation avec l'inassouvissement de son désir maternel. Cette décision a été prise lors de son quatrième séjour en avril 1967. La patiente quitte le service en mai 1967 en phase de rémission, la rectoscopie de contrôle montrant une muqueuse en voie de guérison. La grossesse débute à la mi-octobre 1967. Elle vient régulièrement tous les 15 jours en entretien. Son humeur dépressive s'améliore considérablement. Elle paraît même épanouie. L'accouchement d'un beau garçon en juin 1968 — qu'ils prénomèrent Pierre — et le post-partum furent sans incident.

Du point de vue somatique, on assistait parallèlement à une amélioration spectaculaire de sa R.C.H. puisque au cours d'une rectoscopie de contrôle, « On ne découvre aucune image pouvant faire penser rétrospectivement au diagnostic de R.C.H. » Il y avait donc une restitution *ad integrum* de sa muqueuse rectocolique. Or, depuis le début de la maladie, toutes les rectoscopies avaient montré des images typiques de rectocolite soit en poussée, soit en rémission mais jamais d'image de guérison totale comme pendant et après sa grossesse.

En octobre 1968, Madame V. fera une nouvelle récurrence de sa R.C.H. alors que son bébé fait une méningite virale grave nécessitant son admission dans un service hospitalier spécialisé. La patiente voit alors réapparaître des rectorragies isolées qui progressivement s'aggravent et entraînent son admission dans le service en novembre 1968. Elle présente un syndrome dysentérique sévère avec 15 selles purulentes et sanglantes quotidiennes. Le lendemain dans le service, elle n'a que 6 selles. La symptomatologie s'atténue au cours du traitement. Elle quitte le service en décembre 1968, (le même jour où son enfant quittait le sien) avec un petit traitement ambulatoire symptomatique associé à un léger traitement tranquilisant. Elle continuera pendant quelque temps à venir très régulièrement tous les 15 jours en consultation dans le service et les examens rectoscopiques pratiqués de loin en loin montreront à nouveau une cicatrisation totale de ses lésions.

Madame V. est ravie de me présenter régulièrement ce fils qui occupait beaucoup de place dans les entretiens. Son mari se tenait lui de plus en plus sur la réserve, se contentant de m'envoyer depuis la naissance de leur fils à chaque Noël un saucisson des Cévennes appelé « Jésus », envoi qu'il accompagnait toujours d'un petit poème de sa composition.

Madame V. allant toujours bien décida alors de suspendre puis d'arrêter sa psychothérapie et ses contrôles rectoscopiques.

En mai 1973, Madame V. est à nouveau hospitalisée dans le service en catastrophe avec une poussée gravissime de sa R.C.H. mettant même sa vie en danger. Elle est fermée, voire même hostile à mon égard, quasiment mutique. La gravité de son état

nécessite l'arrêt de toute alimentation par voie digestive et son transfert dans un service spécialisé de réanimation. Je lui rends régulièrement visite, mais tout continue à être bloqué. Un jour pourtant elle me reçoit en gémissant, me disant qu'elle allait mourir et me demandant de lui faire quitter ce service de réanimation pour la ré-hospitaliser dans le service des maladies de l'appareil digestif où je travaillais. Je lui réponds que cette décision ne m'appartient pas et qu'étant donnés les soins de haute technicité que nécessitait son état pour la maintenir en vie, on pourrait comprendre que l'équipe médicale et para-médicale hésiterait sûrement à lui faire courir un tel risque. Je lui promettais par contre de continuer à venir la voir quotidiennement et lui promettais également que deux infirmières de l'équipe avec qui elle avait noué de bonnes relations viendraient également la voir souvent. Je lui présentais cela comme une transition aménagée entre le service de réanimation où elle se trouvait et le service des maladies de l'appareil digestif qui était pour elle le port d'attache. Ce qui fut fait. Progressivement son état s'améliora et elle put à nouveau parler de Pierre.

Pierre était devenu un beau petit garçon turbulent qui n'acceptait plus d'être couvé par sa mère. Elle me raconta qu'un jour — alors qu'elle le harcelait de ses soins — il s'était débattu et, ajouta-t-elle, « vous savez ce qu'il m'a dit alors, il m'a dit “Merde” ».

Elle se mit à sangloter doucement, ce qu'elle n'avait jamais fait jusque là.

Nous avons parlé de Pierre, fils unique, de la signification de ce « Merde » qui ne voulait pas forcément dire désamour. Quelques jours après cet épisode elle a pu quitter le service de réanimation et être hospitalisée à nouveau en hépato-gastro-entérologie. La guérison fut plus lente à obtenir, entrecoupée de poussées sub-aiguës, pour aboutir finalement encore à une cicatrisation totale de la muqueuse rectocolique. Prudente, dit-elle, elle accepte un suivi régulier tant psychothérapique que médical. Pendant 5 ans tout se passe bien... et je continue à recevoir à chaque Noël, de la part de son époux, mon « Jésus des Cévennes ».

En décembre 1980, elle présente des lésions ulcératives des

deux cornées. Le service d'ophtalmologie consulté répond qu'il s'agit d'une maladie auto-immune en rapport avec sa rectocolite. Le pronostic est sévère : cécité complète incurable, sauf si l'on procède à une rectocoléctomie totale avec mise en place d'un anus artificiel. À noter qu'à ce moment-là la muqueuse rectocolique est d'aspect parfaitement sain et que Madame V. ne présente aucun signe clinique de sa maladie. Son mari me dit qu'il décide de confier sa femme aux bons soins d'un guérisseur, cette décision étant sans appel. Madame V. a l'air curieusement absente, avec un sourire bizarre. Elle n'émet aucun avis et redevient la petite fille soumise aux décisions de son époux. Un an se passe sans que nous n'ayions de nouvelles. Nous la retrouvons presque aveugle et toujours apparemment guérie de sa rectocolite. C'est encore Monsieur V. qui parle à sa place et qui, prenant acte de l'échec des guérisseurs, décide de l'ablation du rectum et du côlon de son épouse. Cette intervention a lieu. Madame V. est munie d'un anus artificiel et recouvre progressivement la vue. Elle quitte l'hôpital après une greffe des deux cornées pour n'y plus réapparaître à ce jour. Depuis je ne reçois plus mon « Jésus des Cévennes ».

En 1987, alors que j'animais une réunion d'un groupe Balint, un médecin homéopathe s'approche de moi et me dit : *Madame V. que vous connaissez bien et que je suis depuis son opération m'a chargée de vous donner de ses nouvelles ; elle va bien, son fils Pierre va bien ; quant à son mari, on l'a retrouvé mort dans le jardin.*

Dans cette observation de nombreux points attirent notre attention.

Que signifie la soi-disant pauvreté affective de la patiente que relevait le premier examen psychiatrique, et comment comprendre la prescription de relaxation par training autogène de Schultz et son efficacité ? Le training autogène de Schultz, qualifié d'auto-hypnose par son créateur, même s'il joue sur le registre de la suggestion, ne peut pas être compris hors la dimension d'un transfert certes utilisé mais non analysé. La voix du thérapeute instaure une histoire d'amour. Le patient met cette voix à la place de celle de *la Chose*, voix dont il jouissait, dans laquelle il s'abîmait et dont il a dû se déprendre comme voix, objet à jamais

perdu, l'un des quatre *objets-causes-du-désir*, objet *a* (Lacan, 1964). Cette voix restaure la merveilleuse confiance originelle du début de la vie, manifestation de confiance envers cette mère « winnicottienne » naturellement bonne, suffisamment bonne. C'est cette confiance originelle qui permettra à l'enfant de dépasser les craintes persécutives que Klein (1932) a nommées *état paranoïde rudimentaire* dont elle fait une étape précoce du développement et qu'elle situe d'abord au premier stade anal d'Abraham pour en faire ultérieurement le premier type de la relation d'objet au stade oral qu'elle désigne alors du nom de *position paranoïde*. Anonyma (1989) dit de cette confiance du début de la vie qu'elle « donne justement la capacité des négociations ultérieures » (mettre une métaphore à la place d'une autre métaphore). C'est une confiance « qu'on ne devrait plus jamais accorder à personne, car l'existence de l'adulte repose sur des négociations et des compromis, et non plus sur la confiance absolue ». Pas de confiance hors d'un pacte de parole.

Le ressenti d'une trahison de cette confiance peut-il expliquer la brutale reprise évolutive motivant le troisième séjour hospitalier d'E.V., marquant ainsi le début de toute une série de rechutes avec rémissions incomplètes ?

Peut-on expliquer par la réactivation de sa capacité de négociations, sur la base de cette confiance absolue, la façon dont elle est sortie de son mutisme après que j'aie pu réussir l'examen de ses selles, les valorisant avant qu'on ne les jette ? Pouvons-nous dire que ces paroles prononcées sur ses selles lui procuraient un support pour son identité et qu'ainsi elle ne courait plus le risque de mourir avec la disparition de ses fèces. Dans le Séminaire *Sur le transfert* (1960-1961) Lacan dit que l'*infans* ne cesse de se poser des questions sur le désir de l'instance parentale à son égard : *Che-vuoi* (que me veut-elle ?) Une des réponses qu'il donne à cette question est le désir de mort de l'Autre à son égard, conforté en cela par le destin réservé à ses fèces, survalorisées par la demande insistante de l'instance maternelle, fèces qui néanmoins disparaîtront, englouties par la chasse d'eau. L'*infans* identifié à cet objet disparaît sans espoir de retour et risque de se retrouver alors sans désir. Il ne pourra se déprendre de cette iden-

tification imaginaire qu'à la condition de reconnaître que l'instance maternelle, qui les lui demande et les jette, est elle-même soumise à cette même loi de la castration. Cela ne met pas en péril son existence, à preuve l'expérience tranquille qu'elle procure de l'alternance de la présence et de l'absence, distanciée qu'elle est de sa progéniture parce que désirant ailleurs. Silvestre (1987) dit : « le nom-du-père est un pur lieu d'adresse du manque de la mère » ; l'*infans* n'en est plus ainsi le support.

Le contraire semble se produire dans l'histoire de Madame V. On note en effet la surprotection familiale, la difficulté de distanciation d'avec la mère, la pauvreté de tout discours sur le père soumis à son épouse. Quant au mari il semble purement et simplement se substituer à la mère dominatrice, interprétant, sur le mode paranoïaque, tous les besoins de son épouse. Il est tout le contraire d'un homme montrant sa faille, d'un homme désirant. Pourrait-on dire qu'il est mort d'avoir été le *pare-excitation* de la violence de la pulsion de mort à l'œuvre chez son épouse parce qu'il n'a pas pu l'élaborer psychiquement.

C'est l'expérience tranquille de la castration qui permet à l'*infans* de se désidentifier de ses fèces et d'en faire un cadeau d'amour, lui aussi comme tout cadeau, toujours gratuit et inadéquat. Cela l'introduit à cette équivalence symbolique dont parle Freud (1917, *Les transpositions de la pulsion et, en particulier, de l'érotisme anal*) entre argent, pénis, fèces, cadeau. Cela semble avoir raté chez Madame V. du fait du despotisme maternel. On peut se demander si le refus définitif de toute maternité que lui opposait son mari ne la fixait pas dans la répétition imaginaire, avec des effets dans le réel, de son impossibilité d'équivalence symbolique.

Pour ce qui est de l'ambivalence dans la relation à autrui relevée par la psychologue lors de la passation des tests, ne peut-on la rattacher également à la tyrannie maternelle, ne permettant pas à l'*infans* de sortir de l'ambivalence du complexe du sevrage, sortie qui lui permettrait de donner au sein la consistance d'une jouissance mythiquement à jamais perdue.

À la paranoïa maternelle répond la *position paranoïde de l'infans*. Rappelons que Klein (1932) fait de l'état *paranoïde rudimentaire* le premier type de relation d'objet au stade oral et dit que le dépas-

sement de la *position paranoïde* dépend de l'intensité relative des pulsions libidinales par rapport aux pulsions agressives.

*L'infans* sort de cette position paranoïde par amour, amour qui n'est point cette gloutonnerie cannibalique de la fusion, origine de la passion mortifère, mais l'amour marqué du sceau du manque. Par et dans cet amour le sujet prélève sur la jouissance de l'objet à laquelle il renonce — objet marqué lui aussi du sceau du manque — un trait auquel il s'identifiera. Ce renoncement est la condition *sine qua non* de l'identité et de l'amour.

Peut-on rattacher à cela les traits de la série dépressive et obsessionnelle relevés dans les tests projectifs de Madame V. comme un deuil impossible de cette mythique jouissance originaire perdue ? Peut-on dire que son « espace potentiel » a été tout entier investi par l'omnipotente présence maternelle qui n'a pas eu pour lieu d'adresse de son désir le père de Madame V., ce qui rend par là-même impossible pour cette patiente le déploiement symbolique de sa propre créativité ? Il faut aussi s'interroger sur la valeur qu'a pu prendre pour Madame V. et son mari cette authentification de son désir de maternité, faite, disions-nous, dans la juvénilité de notre ardeur, ardeur juvénile certes mais toujours à situer dans le champ du transfert.

Le transfert n'est pas pure et simple répétition, il est réactualisation, occasion de réaffrontement de l'inouï, du jamais vécu du fait de la reprise d'une relation évolutive qui s'était arrêtée dans la prime enfance sous l'influence de diverses pressions (Israël, 1989). Or il importe, pour la petite fille notamment, qu'elle soit sauvée par son père de la haine qu'elle éprouve envers sa mère au moment du complexe de castration. C'est l'amour du père pour la fille qui l'érotisera, la rendant désirante et désirable pour un autre dont elle attendra le pénis et à qui elle offrira l'enfant, se déprenant ainsi du surinvestissement des fèces. C'est en effet le père qui apprend à la fille l'amour, *lui fait connaître l'espace de l'amour, avec ses lois, ses droits, ses possibilités, ses limites* (Anonyma, 1989). C'est ainsi que le père dépren la fille de la mère. Il ne le peut qu'à la condition bien sûr d'y être autorisé par celle qu'il désire et qui le désire et fait de lui le lieu d'adresse de son manque.



Cela semble avoir raté chez Madame V. qui en son mari avait retrouvé sa mère autoritaire.

Authentifier le désir de grossesse de Madame V., c'était signifier à elle et aux siens que cette insignifiante petite femme aux petits seins pouvait être pleinement femme et ce, pour un autre que moi qui occupais, dans le transfert, cette position d'un père ouvrant à sa fille l'espace de l'amour et de la loi. C'est ce qu'a peut-être compris Monsieur V. en m'envoyant régulièrement à chaque fête de Noël ce « Jésus des Cévennes ». Par ce « Jésus des Cévennes » (boyau rempli de viande) il me signifiait de manière ambivalente la place de l'Esprit, de l'Autre que j'avais tenue, mais en même temps déclinait sa paternité en occupant dans le meilleur des cas [Rien n'est sûr] la place de Joseph, père nourricier d'un enfant merveilleux.

Madame V. ne me demandait-elle pas aussi de lui autoriser la maternité de cet enfant merveilleux, l'enfant Jésus, merveilleux objet phallique qui la comblerait. Heureusement pour lui — et pour elle — le petit Pierre n'était pas ce Jésus-là; d'où peut-être l'hostilité de Madame V. à son (et mon) égard lors de sa rechute en mai 1973. Il avait été décevant et je l'avais déçue en autorisant la maternité de cet enfant-là. Par sa turbulence et son mot *merde*, il n'était plus l'enfant-divin mais l'enfant-caca, la renvoyant alors à la répétition et à la fixation dans le réel anal de son ratage métaphorique. C'est à resituer Pierre dans le registre de la castration symbolique que je me suis employé au cours de son hospitalisation dans le service de réanimation; en même temps Madame V. était maternée par deux infirmières du service de gastro qu'elle aimait bien. Pierre n'était, comme elle d'ailleurs, ni l'enfant-merveilleux ni l'enfant-déchet. Ni elle ni lui n'avaient démérité aux yeux d'une quelconque instance suprême paranoïaque.

Comment comprendre l'installation d'une brutale cécité alors que la muqueuse recto-colique a retrouvé son intégrité? Serait-il osé de comparer la cécité de Madame V. à celle d'Œdipe comme punition de son inceste? Dans cette hypothèse, le mari, despote comme la mère, aurait pris imaginativement la place de celle-ci. En ne lui présentant pas sa faille, donc son désir, il n'a pu situer leur fils Pierre dans le champ de l'équivalence symbolique œdi-

pienne. Faute d'avoir pu baliser leur amour par la castration, il enfermait Madame V. dans un lien sans fin à sa mère marqué du sceau de l'ambivalence et de la haine. Est-ce pour cette raison que Madame V. semble avoir accepté si sereinement l'ablation de son rectum et de son côlon décidée par le mari, à la fois comme marque de totale soumission à la toute-puissance du désir de l'Autre et comme éradication du corps du délit ? N'ayant pas accédé à l'équivalence symbolique pénis-fèces-enfant, lui fallait-il enlever ce par quoi l'inceste se consommait imaginativement ?

Madame V. avait dit, dès les premiers entretiens, qu'elle s'était mariée pour avoir des enfants. Nous avons vu aussi la coïncidence événementielle entre ses poussées recto-colitiques et les nombreuses naissances dans l'entourage familial, alors que son époux lui refusait obstinément l'accès à la maternité. Peut-on penser qu'à partir du moment où le corps du délit a été éradiqué, Monsieur V., imaginativement identifié quant à lui à la mère despotique, n'avait plus de raisons d'exister ?

Il n'est en effet pas évident d'occuper la place de l'amant-désirant et la place de celle qui a interprété originellement et arbitrairement dans la violence la détresse de l'*infans*. Il importe d'ailleurs que très rapidement ces premières interprétations deviennent de simples grilles de lecture du réel proposées à l'*infans* pour qu'il les utilise ou non, en les modifiant éventuellement dans la créativité de l'espace potentiel. Cette créativité ne met pas en péril le narcissisme maternel. C'est ainsi que l'*infans* passera de la parole comme vérité révélée à la parole comme médiation symbolique. Faute de cela, c'est l'enfermement imaginaire dans la violence du couple dyadique mère-enfant. C'est dans ce registre qu'il faut entendre cette injonction de Lacan (1958) « Le moi de l'analyste doit occuper la place du mort dans le jeu de bridge » sous peine de reformer le couple dyadique, c'est-à-dire l'enfermement dans la violence de l'interprétation maternelle originelle. Quand l'un des éléments du couple dyadique est supprimé, l'autre subit seul les effets mortifères de cette violence. En l'occurrence si le premier élément du couple dyadique est le côlon-rectum et les fèces de Madame V., le second élément en est le mari.

Restent maintenant en place Madame V. qui va bien, le petit

Pierre qui a grandi et dont elle semble avoir accepté l'humanité et ... le médecin homéopathe — membre du groupe Balint que j'animais — à qui elle confie le soin de me donner de ses nouvelles. Tout se passe comme si ayant éradiqué de façon sacrificielle expiatoire les deux éléments du couple dyadique nécessaires à la réalisation forclusivie incestueuse, Madame V. rétablissait la continuité symbolique, homogène à la castration de son histoire. Elle accepte son fils dans ses défauts et ses qualités, elle établit entre elle et moi la bonne distance en n'omettant pas d'y installer ce médecin homéopathe dont on pourrait dire qu'il occupe dans la castration symboliquement la place de père et de fils : père symbolique entre elle et Pierre, fils symbolique du père que je peux pour lui représenter analytiquement ; et je suis moi-même bien entendu , dans le transfert, pour ce médecin homéopathe que j'écoute, fils de Lacan, lui-même fils de Freud.

## Ange, Gertrude... le poids de la Parole

Ange est un jeune homme de 18 ans, que nous avons vu pour une gynécomastie droite.

Il a été opéré il y a deux ans, pour une gynécomastie unilatérale gauche.

« *On m'avait promis* », dit-il, « *que ça ne reviendrait pas.* » Cependant, quelques mois plus tard, apparaît une gynécomastie droite.

Ange refuse catégoriquement la nouvelle intervention chirurgicale proposée, ainsi que tout médicament. Il accepte simplement, je le cite : « de se faire voir régulièrement la poitrine par les médecins. » Il regrette d'avoir accepté l'intervention sur le sein gauche. « J'aurais dû garder ma poitrine », ajoute-t-il.

Il exerce le métier de cuisinier. Quand nous l'avons vu, il était vêtu d'un pantalon unisexe, « rose bonbon », d'une chemise, j'allais dire d'un corsage, de même teinte. Il tenait à la main un panier identique à celui qu'utilisent les femmes.

Il parle volontiers de lui. Il est le dernier d'une famille de dix enfants. Sa mère est morte peu après sa naissance ayant juste eu le temps de le prénommer Ange. Enfant, il jouait souvent, et volontiers, avec des filles, se déguisait en fille avec de la poitrine.

L'aînée de sa fratrie est une fille de quinze ans plus âgée que lui. Ne se succèdent ensuite que des garçons, au grand désespoir de sa mère qui aurait préféré des filles.

Sa sœur lui a souvent répété qu'il était l'ultime tentative de sa mère pour avoir une fille et qu'à sa naissance elle avait été fort déçue. C'est alors qu'il a cette phrase étonnante : « ma sœur m'a dit : si tu avais dû naître, on t'aurait appelée Brigitte ».

« Si tu avais dû naître... » Nous lui répétons cette phrase qu'il s'étonne d'avoir prononcée.

Garçon, il n'existait pas dans le désir de sa mère morte, il ne pouvait vivre que fille, d'où son refus de toute intervention sur la gynécomastie et sa décision de garder la poitrine.

« Le symptôme psychosomatique », dit Caïn (1971), « a un sens qui s'articule avec l'histoire affective du sujet ». Pour Ange, en tout cas, sa gynécomastie semble inscrire dans son réel corporel le désir de sa mère d'avoir une fille.

La mort de celle-ci rend impossible toute remise en cause de sa parole. Prisonnier de cette parole, dont la sœur aînée paraît être la gardienne vigilante, il ne peut exprimer de refus. On pourrait dire que pour vivre il n'a d'autre issue que de réaliser le désir maternel, de l'inscrire dans son corps, faute de pouvoir le récuser dans un discours.

« Le symptôme psychosomatique », dit encore Caïn (ibid.) « met le réel en cause. » Cela nous conduit à notre deuxième observation.

Gertrude est une petite bonne femme, d'une soixantaine d'années, sèche, au visage ingrat. Elle est hospitalisée dans le service d'hépto-gastro-entérologie pour exploration et traitement d'une diarrhée chronique apparue il y a environ six mois.

Au premier abord, on ne retient d'elle que son air fermé, buté et un pansement à l'œil droit. Je l'écoutais, en compagnie d'un stagiaire de sixième année de médecine.

Le début de l'entretien s'avère difficile. Gertrude répète un discours stéréotypé sur les nombreux examens subis, la liste impressionnante de médicaments administrés, mais elle ne dit rien d'elle.

Après l'avoir laissé dérouler son discours, nous lui soulignons qu'elle a, jusqu'à présent, peu parlé d'elle. Peut-être pourrait-elle situer le début de cette diarrhée, décrire ses souffrances, tout ce qu'elle ressentait dans son corps, qu'elle le dise avec ses mots.

Gertrude reste silencieuse, interloquée et dit, comme en soliloquant : « C'est la première fois que je vois un examen médical pareil... vous savez, je ne suis pas folle. »

Nous apprenons alors que sa diarrhée avait commencé, il y a six mois, faite de selles liquides, sans pus ni sang. Elles

ont été d'emblée douloureuses, avec des épisodes paroxystiques. « C'était comme des contractions, comme si quelque chose de moi s'en allait. »

Entre les épisodes paroxystiques elle se sentait ballonnée, avec une impression de pesanteur dans tout le bas-ventre.

Tous les examens cliniques et complémentaires s'avèrent négatifs. Tous les traitements sont sans résultat. Elle nous apprend aussi qu'elle est veuve, qu'elle a eu deux enfants dont le dernier, comitial et handicapé mental, est mort subitement six mois auparavant dans des conditions pénibles, des suites d'une ponction lombaire. Elle l'avait quitté une demi-heure auparavant et, quand elle revint, sans que quiconque l'en eût avertie, elle l'a trouvé dans sa chambre raide mort, recouvert d'un drap blanc.

Elle a alors *une crise de nerfs*. Arrive une infirmière qui lui aurait dit, piégée peut-être par sa propre angoisse, ou sa propre culpabilité : « Bon, il est mort, qu'y pouvons-nous ? » Puis quelques minutes après... « Alors, que faites-vous ? Vous le prenez ou on l'envoie à la morgue ? » Mais, précise la malade, « pas un mot d'explication, pas un mot de compassion ».

Folle de douleur, elle emmène son fils.

S'installe un long silence que nous respectons. Puis j'interpelle Gertrude sur le pourquoi de son pansement à l'œil droit. Elle signale que, quatre ou cinq mois après le début de sa diarrhée, est apparu un petit *bobo* à la cornée de l'œil droit. Depuis, elle harcèle le médecin ophtalmologiste pour qu'il énuclée cet œil (ce que, fort heureusement, il a refusé en lui affirmant que c'était guérissable et qu'une greffe de cornée était à envisager). Gertrude suivait cependant très irrégulièrement les soins prescrits.

Je lui dis alors, comme dans un *flash*, parce que je le ressentais empathiquement, empathie qui selon moi correspond à ce que Freud appelle une *identification à l'émoi* qu'il nous dit de nature hystérique et dont Lacan fait une identification fanstasmatique : « Vous aviez deux enfants et vous y teniez comme à la prune de vos yeux. »

Gertrude me regarde longuement, intensément, silencieusement, son visage s'anime, s'éclaire, se réchauffe... Elle laisse tom-

ber : « En tout cas, cette histoire d'œil, ils sont tous contents de me le sauver, sauf moi. »

J'arrête là l'entretien... Dans les jours qui suivent, sans traitement, la diarrhée et son accompagnement douloureux cessent, Gertrude accepte une mutation en ophtalmologie.

Un mois plus tard, elle revient en consultation dans le service « pour me donner de ses nouvelles » dit-elle.

Au cours de cet entretien, elle déclare : « Vous savez, perdre un enfant, je ne sais pas s'il y a plus douloureux que cela. Si au moins on m'avait expliqué ce qui est arrivé, si au moins on m'avait parlé, peut-être que ça m'aurait aidée... »

Oui, peut-être que la parole, dans le champ du transfert, l'aurait aidée à faire son deuil, c'est-à-dire assumer symboliquement la séparation et la perte.

Faute de discours, elle ne pouvait dire sa perte qu'avec son réel corporel, sur le mode de l'*imaginisation*, avec sa diarrhée accompagnée de pesanteurs et de coliques expulsives. D'ailleurs en l'écoutant je pensais « comme dans un accouchement » sans le lui dire évidemment. Mais elle n'est pas entendue. Sa plainte insiste. C'est alors la surenchère de l'œil, avec sa demande d'énucléation, répétition de l'effraction de l'imaginaire dans le réel de la perte d'une partie d'elle-même avec la mort de son fils.

En lui formulant qu'elle tenait à ses enfants « comme à la prune de ses yeux » je lui permis par cette métaphore, de faire passer sa plainte de la répétition pure et simple à la représentation. Elle engageait ainsi un processus de deuil, c'est-à-dire l'instauration d'un espace de parole et de réparation, qui n'est pas celui de la fusion avec son fils ni celui de la séparation radicale d'avec lui ; c'est un espace où par sa propre parole, adressée à l'Autre (garant du pacte) dans le transfert, Gertrude s'insère comme sujet entre symbolique et imaginaire. Elle reprend ainsi le jeu du petit-fils de Freud qui, sûr de ce pacte de parole, garant de l'alternance de la présence et de l'absence de la *Chose*, s'amuse à mettre en représentation le deuil à accomplir de la *Chose* pour qu'elle devienne la mère ; il nouait ainsi au réel de son être et de la *Chose* aussi bien l'imaginaire que constitue l'anticipation de l'absence dans la présence et de la présence dans l'absence

que les signifiants *Fort* et *da* le représentant comme sujet de son manque à être.

On peut aussi s'interroger sur ce qui aurait pu arriver si un chirurgien avait accepté de lui enlever l'œil. Cette intervention aurait définitivement fixé sa perte dans le réel, rendant par là-même tout deuil impossible. En n'opérant pas, il avait laissé la place libre à la répétition de la plainte dans le transfert, c'est-à-dire cet espace où celui à qui s'adresse la plainte ne se considère que comme le transitaire de l'inouï de celle-ci.

Une telle éventualité ne pouvait se présenter pour Ange. L'*infans* est pris dans la violence de l'interprétation et de l'anticipation de l'Autre maternel. Par cette violence, cet Autre injecte dans l'*infans* des signifiants qui baliseront son désir, le soumettant par là-même à la violence de l'interprétation et de l'anticipation, lui enjoignant de demander ce qui lui est offert et rien d'autre. Il importe pour l'*infans* dans la dialectique *illusion-désillusion* que constituent les soins maternels, dans l'espace potentiel ainsi créé, de remettre en question et l'interprétation et l'anticipation, passant ainsi d'une parole comme vérité révélée à une parole comme médiation, une parole relativisée. C'est à cette condition qu'il peut désirer en tant que sujet sans reproduire fidèlement le désir de l'Autre qu'indiquait la violence de l'interprétation de l'Autre maternel. Il s'agit là du processus de séparation qui engendre et les objets *a*, *objets-cause-du-désir* et les objets du désir. Ange semble dans l'impossibilité de se déprendre de la fusion dans le regard de l'Autre, dans l'impossibilité de constituer ce regard de l'Autre comme objet à jamais perdu, boussole impossible, Autre à jamais barré. D'où la nécessité dans laquelle il se trouve, par sa gynécomastie, véritable specularisation du regard de l'Autre, d'interroger le regard médical comme miroir fusionnant qui lui renverrait l'image féminine que lui enjoint sans contestation la violence de l'interprétation et de l'anticipation de l'Autre, maintenant radicalement Autre absolu de par sa mort. La parole de sa sœur le lui rappelle sans cesse, lui interdisant par là-même l'accès, dans l'espace du transfert, au transitaire de son inouï.





## Marie-Françoise, Pierre ou deux histoires d'air

Marie-Françoise est une frêle jeune fille, asthmatique et chaste. Elle est la cadette d'un frère de 10 ans son aîné, frère dont elle est la mascotte. Elle vit entourée de papa handicapé, grand blessé de guerre, et de maman, femme vertueuse et diligente, partageant son temps entre les soins de son foyer et les bonnes œuvres de la paroisse. Marie-Françoise a de fréquentes crises d'asthme qui ont débuté vers l'âge de 6 ans. Malgré tous les traitements désensibilisateurs aux nombreuses allergies qu'on lui découvrait, ses crises d'asthme étaient fréquentes et impressionnantes. Elle m'est adressée pour psychothérapie par un médecin allergologue. Elle a alors 25 ans. Elle se présente, dépressive, les yeux baissés, le geste mesuré, avec la retenue et la vêtue d'une jeune fille à peine sortie de son pensionnat religieux. Elle était bien sûr anhelante, faisant entendre un bruit de pigeonier. La psychothérapie fut brève... et sa conclusion, pas de mon fait. Marie-Françoise était amenée à se déplacer assez fréquemment avec ses père et mère pour rendre visite à des parents habitant une bourgade rurale. Comme d'habitude, le moindre changement de lieu occasionnait une nouvelle crise d'asthme plus ou moins dramatique (allergie à la poussière, pollens ou autres acariens oblige). Comme d'habitude, le vieux médecin de cette bourgade rurale à qui elle avait alors affaire et qui la connaissait bien, savait arranger les choses. Mais un jour, pour son malheur ou son bonheur, Marie-Françoise rencontra le jeune remplaçant du vieux docteur ; il prit peur, l'adressa à l'hôpital de la petite ville la plus proche. Elle tomba sur un jeune interne inexpérimenté qui s'affola et qui, dans un projet d'éventuelle réanimation res-

piratoire, l'in...l'entuba. L'expression de Marie-Françoise fut : « Il m'a entubée ».

Le résultat fut spectaculaire : l'asthme cessa définitivement et elle se transforma ; la sage petite fille devint la coquine effrontée, séduisante et séductrice, prise d'une véritable boulimie d'amants. Elle me confia qu'elle était cependant frigide mais qu'elle éprouvait une satisfaction de l'ordre de l'orgasme à tenir longtemps captif entre ses mains le pénis en érection, au point de ne pouvoir s'en déprendre. La psychothérapie cessa sur l'interprétation... en acte que lui fit un de ses amants en lui offrant une prothèse pénienne dont elle pouvait s'appareiller et en lui signifiant la suprême jouissance qu'il éprouvait à la voir ainsi pourvue.

On lit couramment que l'asthme est une maladie psychosomatique et que, comme telle, elle n'a pas la valeur métaphorique d'un symptôme, d'une formation de compromis entre le désir et son interdit. Le cas de Marie-Françoise semble contredire la rigidité de cette affirmation et situe le *symptôme-asthme* dans une dynamique transférentielle. Quelle valeur symbolique a pu avoir le geste médical du jeune interne qui l'a — selon son dire — entubée alors que jusque là le vieux médecin n'osait pas la toucher ? Dans l'observation de Dora, Freud (1905) a montré le déplacement symbolique qui existe entre la perception par Dora du pénis en érection de Monsieur K. sur son pubis, et le symptôme laryngé qu'elle a ensuite présenté. On peut aussi formuler l'hypothèse que cette intubation-entubation a pu fonctionner pour Marie-Françoise comme le geste de défloration par le sorcier ou le shaman qu'indique Freud dans son texte sur *Le tabou de la virginité* (1917).

En tout cas, la conclusion de cette histoire (dans laquelle il me semble n'avoir fonctionné que comme tiers-témoin, occupant cependant dans le transfert le lieu de l'Autre) situe le symptôme, sa disparition et son remplacement par la conduite que l'on sait comme un des modes de réponse de Marie-Françoise au désir de l'Autre.

Ce ne fut qu'une brève rencontre. Comme quoi, dès qu'il est question d'amour, il ne faut jamais jurer de rien.

Cette observation m'évoque aussi l'histoire de Pierre qui présentait entre autres symptômes une obstruction nasale qui ne cédait qu'à l'emploi du médicament *Aturgyl*® et qui résistait à l'usage de tous les autres médicaments, de nom différent comportant cependant le même principe actif. Il parlait sans arrêt de sa dépendance à ce médicament *Aturgyl*®. Lors d'une énième séance, il raconte un rêve ayant pour décor un site de montagne où je passais habituellement mes vacances. Il gravissait, heureux, respirant sans aucune gêne et à pleins poumons, une colline au sommet de laquelle sur un champ l'attendait sa mère ; elle lui dit : « Es-tu sûr de ne pas avoir oublié ton *Aturgyl*® ? » Il se réveille aussitôt dans les affres d'une sévère obstruction nasale. Je lui renvoie alors : « Nature-Gil » ; cela le met en fureur, attribuant cette ponctuation à ma participation à la « connerie lacanienne ». Après un long silence, il énonce : « Gilles est le professeur de danse de ma mère. Un jour qu'il se présentait à elle sans sa coque, elle lui fit cette injonction : "Allez donc, Monsieur, sur le champ remettre votre coque". » Je lui souligne alors le signifiant « champ », ce qui provoque de sa part un travail sur l'équivalent champ-chant (*canta canta galinetta*) et de dire que sa mère n'arrêtait pas de lui souligner la ressemblance de son nez avec le tarin de de Gaulle, de Gaulle qui occupait une place importante dans l'histoire familiale. Le symptôme d'obstruction nasale disparut.



## Colette ou l'impossible séparation de l'impossible enfant

Colette, 23 ans, de taille moyenne, soignée dans sa mise simple, teint pâle, pommettes rouges, cheveux roux frisés bien disciplinés, l'air tantôt grave, tantôt vif et pétillant lorsqu'elle s'anime en paroles qu'elle déverse en flots.

Colette souffre d'une constipation chronique ; elle est entrée pour exploration dans le service des maladies de l'appareil digestif. Cette constipation s'est installée, dit-elle, d'une part après la mort de son père d'un cancer du poumon, d'autre part après une mononucléose, la *maladie du baiser*. Elle a depuis, dit-elle, perdu « l'envie ».

Du fait de sa maladie, elle ne peut maintenant « vivre la vie que les jeunes filles de son âge vivent ». Elle reste auprès de sa mère qui elle-même consacre presque tout son temps à sa propre mère quasiment aveugle depuis la mort de son fils « Ça s'est porté sur ses yeux ».

Colette se souvient que déjà, enfant, alors qu'elle n'avait pas « ce problème », timide, elle avait beaucoup de difficultés à vivre la vie sociale de son école ; elle restait dans un coin et ne participait pas comme si elle « n'était pas en vie ». Une fois elle a eu une amie, une fille « retardée » qui n'arrivait pas à apprendre à lire ; de Colette on disait qu'elle avait deux ans de retard.

Déjà à sa naissance elle était en retard ; elle est restée une journée de plus (ou de trop) dans le ventre maternel. Sa mère avait peur qu'elle ne fût anormale.

- Anormale : Colette demande très souvent s'il est normal que ? ... notamment à propos de son corps et de son fonctionnement.

- Anormale, la croyait sa mère quant au sexe, d'où une visite chez un gynécologue à l'âge de 15 ans. Cette visite fit mettre le père en colère.
- Anormale, pour sa mère, cette constipation : « *Il faudrait la désinfecter* » ou « *lui mettre un anus artificiel comme à Monsieur X., le voisin.* »
- Anormale, sa cousine, fille de la sœur de sa maman à qui, petite, on aurait fait une piqûre dans la tête contre la vermine intestinale. Elle est depuis ce jour aveugle et anormale.

Colette dit de son père qu'il lui expliquait les choses de la vie et favorisait ses sorties avec son frère aîné. Ce dernier l'emmenait *en boîte*. Mais, c'est aussi son *jeune* (terme utilisé parfois dans le Midi pour désigner le petit ami) qui la faisait sortir. Il avait passé son permis de conduire grâce à elle et grâce à lui elle allait ici et là. Leurs relations sexuelles n'étaient pas satisfaisantes du fait, disait Colette, de sa constipation. Mais Francisco, son *jeune*, ne lui en voulait pas. Il comprenait ; lui-même n'avait-il pas souffert, entre autres, de spasmodie ?

Mais Francisco l'avait quittée. Alors elle avait fait une tentative de suicide en « s'empoisonnant avec des cachets ».

Maintenant, comme lorsqu'elle était petite, elle « existe sans exister ». Elle a l'impression de tourner en rond, de ne pas trouver la sortie. Elle se souvient pourtant d'une fois où, à sa demande, son frère aîné l'avait emmenée non pas dans une boîte du coin, mais dans une plus fameuse et là elle s'était sentie exister. Elle avait dansé... « elle s'était vidée ».

Colette est restée jusqu'à 7 ou 8 ans dans la chambre de ses parents. Elle dit n'en avoir aucun souvenir : rien vu, rien entendu.

À ce propos, il est intéressant de noter qu'à la dixième planche du T.A.T. elle répondra : « *Une femme et son mari... je n'ai pas d'imagination.* »

À l'âge de 8 ans, elle a occupé la chambre du frère cadet effroyablement jaloux d'elle qui allait lui-même occuper la chambre de l'aîné, jeune marié : « Cela s'est passé comme ma mère l'avait dit. »

Colette dit alors avoir eu des peurs épouvantables dans cette chambre, en faisant la différence entre elle et les enfants qu'on habitue jeunes à être seuls et à se débrouiller. C'est à ce moment que Colette évoque le souvenir de son père qui faillit l'écraser, ne l'ayant pas vue, en reculant en voiture alors qu'elle se trouvait dans sa poussette : « Ma mère l'a vu et a crié à un ouvrier pour qu'il arrête mon père. Une autre fois la même chose est arrivée à notre chien ; en reculant mon père ne l'avait pas vu et l'a écrasé, ses boyaux ont éclaté. »

Toujours associativement, Colette évoque l'infection de sa grosse rate « mononucléosique » avec des médecins autour d'elle qui n'y comprenaient rien mais qui finalement l'ont guérie avec des piqûres. Elle insiste sur sa constipation qui la fait enfler du visage et du ventre :

- du visage : avant elle ressemblait à son père, elle était belle ; maintenant, elle ressemble à sa mère ;
- du ventre : *« Je me sens deux fois enceinte ; mais je ne peux l'être parce que cela risquerait d'être dangereux pour le bébé à cause des toxines et puis on ne peut pas être à la fois enflée des matières qu'on ne fait pas et d'un bébé qui doit grossir pendant 9 mois et que l'on doit garder dans son ventre. »*
- Impossible séparation de l'impossible enfant. Colette n'a-t-elle pas dit avoir été gardée un jour de plus (ou de trop) dans le ventre de sa mère. De toute façon, Colette n'a pas d'envie et puis *« elle ne voit plus rien »* , avant elle *« voyait »* 5 jours, puis 3 jours, puis 2 jours, maintenant elle ne *« voit »* plus ses règles.
- Voir : Mot qui revient très souvent dans le récit de Colette :
  - sa cousine, devenue anormale et presque aveugle après une piqûre contre la vermine.
  - son père ne l'avait pas « vue » et a failli l'écraser, comme il ne « verra » pas le chien dont les boyaux éclateront.
  - sa grand-mère, devenue aveugle après la mort d'un fils, oncle de Colette : « Pour ma grand-mère, ça s'est porté sur les yeux alors que pour ma mère, quand elle a perdu son frère, ça s'est porté aux intestins. Cela lui a desséché



les intestins. Pour moi, on dit que c'est depuis la mort de mon père en 1984 que je ne "vois" plus rien et que je suis constipée. »

Colette ne « voit » plus, est malade des intestins. Sa mère, elle, a toujours vu et veut voir. « Elle a vu mon père qui en reculant allait m'écraser ; elle a vu mon père écrasant le chien ; elle veut toujours voir. Elle veut voir mes radios ; je lui ai dit "non" ; ça l'a rendue furieuse, elle m'a disputée et mise dehors. »

Il est à noter que Colette continue à vivre chez sa mère dont elle ne peut se distancier, dont elle ne peut se séparer. Colette dit : « Ma mère est toujours sur moi, elle était toujours entre moi et mon *jeune*. Si je ne lui obéis pas, elle me dit : "Tu n'es plus comme avant, je ne m'occuperai plus de toi". »

Tout se passe comme si Colette n'intéressait sa mère qu'obéissante et malade. À ce propos, Colette évoque les liens entre son père et sa mère : sa mère était toujours en train de « gueuler » contre son père, alors qu'il était bien portant, mais s'en était affectueusement occupée alors qu'il avait besoin d'une bouteille d'oxygène pour respirer.

Et Colette fut très étonnée d'apprendre de sa mère tout récemment, qu'entre ses parents, du côté sexuel, « ça fonctionnait bien », étonnée que sa mère ait pu avoir avec son père d'autres relations que des relations de force et de soins.

D'ailleurs, qu'est-ce qu'une femme pour Colette ? Elle en dessine le corps, réduisant l'appareil génital à un ou deux ovaires, hypertrophiant les intestins.

À son père, il fallait l'assistance de la mère de Colette et d'une bouteille d'oxygène pour respirer. À Colette, il faut des laxatifs réclamés par sa mère aux médecins à cor et à cri. La mère visualise et règle le fonctionnement de ses intestins comme elle lui interdit et annule toute vie génitale.

L'histoire de Colette suscite quelques réflexions.

Colette dit qu'elle n'a plus d'envie. Pourrions-nous dire qu'elle n'est pas encore en vie, prise qu'elle est dans le rapport que sa mère entretient avec les fèces ? Freud (1917) sur les transpositions des pulsions énonçait l'équivalence symbolique argent,

pénis, fèces, cadeau, enfant, tous ces termes ayant un rapport à la castration dont Dolto (1984) dit, à propos de l'analyse, qu'elle est *symboligène* ; il faut s'en déprendre pour, du côté de la mère donner la vie, et, du côté de l'enfant, accéder à la vie. Entre Colette et sa mère quelque chose a raté dans cette équivalence symbolique. A manqué, et manque, encore l'usage tranquille de la métaphore qui permet la *déprise* d'avec l'objet-voix, l'objet-regard, l'objet-sein, l'objet-fèces. Cette *déprise*, radicale, engendre le manque et le désir qui de métonymie en métaphore, et à l'occasion de rencontres toujours un peu ratées fait que l'amant, le désirant, l'Erastes des grecs, ne phagocyte pas l'élu de son désir, l'Eromenos ; et vice-versa il importe en effet que dans cette rencontre désirante, voire amoureuse, chacun ne soit pas figé dans la position de l'Erastes ou de l'Eromenos. Cette métaphore organisatrice de la déprise est nodale de l'œdipe ; elle fonde la castration symbolique à l'origine du désir, par le pacte de la parole qu'elle instaure au-nom-du-père. Elle permet à l'*infans*, désenglué du caprice maternel, de désirer pour son propre compte c'est-à-dire de construire son psychisme, psychisme que Winnicott (1949) nomme aussi l'élaboration (symbolique) de l'imaginaire du corps vécu. Il le construit dans ce que Winnicott (1951) appelle l'*espace potentiel* apprenant ainsi à être *seul*, à *côté de l'autre... comme après l'orgasme*. Ce qui permet de ne pas vivre le monde extérieur comme dangereux ni avoir à se poser sans arrêt des questions sur le comment et le pourquoi. Ce questionnement incessant sur le comment et le pourquoi que Winnicott (1949) nomme l'*esprit* (*Mind*) nous le trouvons chez Colette qui sans arrêt pose des questions sur le mode : « est-il normal que ?... » Winnicott (*ibid.*) soutenait que le symptôme psychosomatique est fait pour compenser la séduction du psychisme par l'esprit.

La tranquillité et la liberté nécessaires au désir que garantit le pacte de parole lui ont manqué. La mère lui a toujours décrit le père comme peu fiable et même dangereux. Il lui importait d'être vigilante. D'ailleurs il a failli la tuer comme il a écrasé le chien. Il lui a certes parlé des « choses de la vie » ; il a bien sûr favorisé ses sorties avec le frère aîné, mais il n'a su et pu rompre le lien mortifère l'enchaînant à sa mère. On peut se demander si sa mère

n'est pas pour Colette le faux objet transitionnel et si les fèces ne sont pas pour elles deux l'Objet-fétiche qu'elles se disputent et qu'il ne faut surtout pas montrer. Rappelons que la mère a eu les « intestins desséchés » après la mort de son frère, qu'elle n'a de cesse de visualiser l'intimité du fonctionnement intestinal de sa fille et même de la faire pourvoir d'un anus artificiel (pour-voir).

Pourrions-nous dire que tout se passe comme si Colette et sa mère subissaient la passion d'un même objet, les fèces, avec cependant quelques différences en ce qui concerne chacune d'elles ? Colette se range du côté des femmes qui ne voient pas, ce qui lui est bien commode puisque ne voyant pas, elle ne sait pas. Elle se situerait donc par là du côté de l'ignorance.. Sa mère, elle, a bon œil et a toujours cette furieuse envie de voir. « Dans l'image, ce qui est visé est en principe le non-spécularisable » (Lacan, 1949) c'est-à-dire la tentative impossible de trouver le regard comme objet *a*, comme l'impossible objet de l'impossible trouvaille. Colette, assignée à résidence par sa mère à une identification à ses fèces, se refuserait-elle, pour sa propre survie, à travers celles-ci, à donner à sa mère la jouissance interdite de l'inaccessible trouvaille, sous peine de sombrer toutes deux dans le délire ? En fait, le refus de Colette lui permet dans une pseudo-obsessionnalité, de disposer d'un support imaginaire à son identité, et permet à sa mère de continuer à « désirer ».

## Renée ou l'insupportable du réel de l'absence

Renée a 43 ans, longiligne, le faciès triste, émacié et desséché ; elle est hospitalisée dans le service des maladies de l'appareil digestif pour exploration d'un amaigrissement important accompagné d'anorexie, d'une aménorrhée de plus de six mois, d'une asthénie et d'un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche, semblable à la douleur d'un point de côté éprouvée « quand on pratique la course de fond ».

Anorexie, amaigrissement, aménorrhée sont d'apparition récente ; prépuberté, adolescence notamment auraient toujours été sans aucun problème. Renée est célibataire et farouchement vierge. Elle a exercé jusqu'à l'apparition de ses symptômes la profession d'aide-maternelle dans une école et s'entendait très bien avec l'institutrice et la directrice. Cette dernière ayant changé d'affectation, la nouvelle directrice a muté Renée, en lui supprimant l'accès aux tout-petits enfants ; ceci entraîna un syndrome dépressif et les manifestations somatiques précédemment décrites.

Il faut noter dans les antécédents de Renée qu'elle est une fille de l'Assistance Publique, abandonnée vers l'âge de six mois, recueillie à l'âge de deux ans par celle qui devint sa mère adoptive aimante et qui mourut alors que Renée n'avait que 11 ans. Avant de mourir elle la confia à sa propre fille aînée, plus âgée de 15 ans et déjà mariée. Parlant de celle-ci, Renée me dit : « C'est ma mère et ma sœur ». Elle vit depuis dans le foyer de sa mère et sœur dont elle a élevé les enfants, les considérant comme ses neveux.

Quand je la rencontre, Renée se mure dans un silence presque hostile, dit n'avoir rien demandé et surtout ne plus vouloir se retrouver enfermée en clinique psychiatrique où sa famille l'avait fait entrer pour dépression et par peur de la voir mourir, tant elle se laissait dépérir : « Je ne suis pas folle », dit-elle.

Je lui demande alors de me dire avec ses mots les douleurs ressenties dans son corps. Elle me décrit avec beaucoup de minutie son « point de côté ». Nous parlons de son goût pour la course de fond qu'elle pratique en solitaire et ce depuis son plus jeune âge. Après avoir ré-évoqué avec elle ce qu'a été sa vie, abandonnée par sa mère vers 6 mois, recueillie par sa mère adoptive à l'âge de 2 ans, seule à 11 ans, recueillie à nouveau, heureuse dans son travail avec les tout-petits enfants de 2-3 ans, puis à nouveau sevrée de leur présence et de celle de l'institutrice maternelle si douce avec elle et les enfants, je lui fis remarquer que sa vie était un long parcours, une drôle de course ... Après un long silence, son visage émacié s'illumina d'un triste sourire en me disant : « On ne m'a jamais dit ... et je n'ai jamais cherché à savoir qui était ma mère ». Dénégation ? !

Depuis cet entretien, Renée a accepté de venir en psychothérapie une fois par semaine dans le service. Elle sort de sa dépression ; « le point de côté » a disparu ; bien que l'anorexie persiste, la courbe pondérale s'est améliorée sur un mode sinusoïdal, témoignant de l'attitude stratégique désormais « parlée » qu'adopte Renée face à la nourriture. Renée est toujours en congé de maladie ; malgré plusieurs tentatives de reprise de travail dans son nouveau poste, elle est toujours en butte à l'hostilité de « la nouvelle directrice » qui n'a jamais voulu revenir sur sa décision de mutation.

Dans cette observation le symptôme anorexique et son contexte dépressif apparaissent comme la réponse à la réactivation d'un vécu de perte et d'absence. « La nouvelle directrice » a ravivé chez Renée le morcellement de la continuité des soins décrit par Winnicott (1989). Il ne restait plus à Renée que « l'investissement de l'absence » dont parle Brusset (1985).

Par identification à ces tout-petits enfants et à l'institutrice, elle devenait la mère du tout début de l'existence, mère qu'elle

n'avait pas eue ; devenant cette mère, elle créait l'enfant qu'elle aurait pu être. Tout se passait comme si, dans cette relation aux enfants et à l'institutrice, Renée réélaborait dans un jeu signifiés-signifiants, ses *proto-représentations* (Pinol-Douriez, 1984) et retrouvait la possibilité de représenter et de se représenter.

Cette dynamique de l'enfance comme représentation d'elle-même, la construction fantasmatique de la relation objectale avaient été brisées par le changement d'emploi signifié par la nouvelle directrice, la plongeant dans l'anorexie, le dépérissement et la dépression mélancolique.

Il faut aussi nous interroger sur l'éventuelle valeur métaphorique de ce « point de côté », survenant au repos, qui inquiétait Renée beaucoup plus que son amaigrissement considérable. Cette sensation de souffle coupé, de pâleur et de douleur de l'hypocondre gauche ne rappelleraient-elles pas la forme blanche du spasme du sanglot, forme féminine, dont on sait qu'il peut apparaître chez l'enfant de 6 mois-1 an, toujours situé dans un contexte relationnel et cédant au traitement de ce contexte (Kreisl, 1974). Le fait de parler la douleur de Renée l'a fait disparaître exactement comme le spasme du sanglot peut céder à la mise en mots de la relation mère-enfant. Serait-il audacieux de supposer qu'un spasme du sanglot accompagné d'une conduite anorexique serait survenu chez Renée vers l'âge de 6 mois et n'aurait pas trouvé de résolution parlée du fait de l'abandon ? Renée aurait alors enfoui cette conduite au sens où le dit Brisset (1964) et l'aurait intégrée dans la construction fantasmatique de sa relation d'objet et de sa corporéité. Cette conduite aurait été réactivée par la cassure imposée par la directrice et l'impasse relationnelle qui s'ensuivit, plongeant à nouveau brusquement Renée dans l'archaïque inouï de cette impasse. La disparition du symptôme-douleur « point de côté » pourrait alors s'expliquer par l'établissement d'un lien transférentiel convoquant cet inouï et lui ouvrant un espace de parole.

Le sens psychique ne peut s'exprimer que par la souffrance organique au niveau d'une zone sensible .

Cette notion de zone sensible (dont fait état Brisset, 1964), véritable *méiopragie d'appel* dans la construction de la corporéité,

pourrait être l'unique mode et lieu de réponse, chaque fois que la relation à l'Autre réactive l'originelle impasse relationnelle.

## Pedro ou l'insupportable du réel du sexe

Pedro est un jeune homme de 25 ans, à la barbe de prophète, étudiant en théologie d'une des nombreuses sectes, suivi dans le service pour un ulcère gastro-duodéal douloureux et térébrant. Il était soigné jusque là avec des pansements gastriques, quelques anxiolytiques et du *Dogmatil* dont on sait l'action anti-ulcéreuse et neuroleptique.

Il arriva un jour qu'à la consultation hospitalière publique, il rencontra un praticien frais émoulu dans ses convictions psychosomatiques, à la relation de cause à effet facile. Ce praticien, l'interrogeant sur ses antécédents, apprit que Pedro était encore puceau et, comme il venait de lire le texte de Freud sur la névrose d'angoisse, il attribua à l'ulcère une étiologie sexuelle ; il conseilla donc à Pedro pour toute thérapeutique d'aller voir un film X. Celui-ci, obéissant et soi-disant déculpabilisé, s'y rendit. Il revint le lendemain dans le service complètement délirant, armé d'un couteau : insupportable horreur de la castration. C'était Sodome et Gomorrhe ... il était l'ange exterminateur.

La conclusion de cette histoire fut la cessation et la guérison définitive de son ulcère et son hospitalisation dans un service psychiatrique pour un état délirant dont il n'est pas sorti .





## II

# **Recension critique de différents travaux sur la question psychosomatique. Essai de théorisation**

Le mot « accent » en hébreu se dit taam. Il est très important de penser au sens réel de ce mot. Il signifie le goût de ce qu'on a dans la bouche, le goût de ce qu'on mange. C'est la saveur et c'est aussi une métaphore buccale et corporelle. Et, pour moi, c'est une véritable parabole du rapport entre le corps et le langage, car c'est ce que fait la Bible.

---

M. Meschonnic, Le Monde 2, 5 février 2005,  
p. 22.



Heinroth (1818) a introduit le premier l'expression *psychosomatique* pour désigner des troubles corporels dont l'origine psychique serait déterminante, (cité par Deutsch in *The psychosomatic concept*, 1953).

Deutsch (1953) utilise le terme *médecine psychosomatique* pour souligner et confirmer la dichotomie entre psyché et soma en considérant que les facteurs psychiques seraient à l'origine de certaines maladies bien précises, alors que les facteurs somatiques seraient indiscutables pour d'autres affections. Ce terme d'affection psychosomatique, dès son origine, cristallise un dualisme corps-esprit.

Lalande (1956) définit ainsi le dualisme : « doctrine qui dans un domaine déterminé, dans une question donnée, quelle qu'elle soit, admet deux principes irréductibles. Par exemple : dualisme moral de la nature et de la grâce, de la passion et de la liberté, dualisme psychologique de la volonté et de l'entendement ». Nous pourrions poursuivre dualisme de l'inné et de l'acquis, de la cause et de l'effet, du lésionnel et du fonctionnel, du végétatif et du relationnel, etc. Se rattachent aussi à ce problème du dualisme d'autres concepts à traits d'union : cortico-viscéral, organo-dynamique... Il en résulte, en médecine, l'utilisation de deux concepts symétriques : somato-psychique et psycho-somatique, l'intention du clinicien étant d'assigner aux troubles qu'il constate un point de départ causal. Est somato-psychique un trouble dont le départ est organique et l'aboutissement psychique : par exemple une douleur organique produisant de l'anxiété, psychique, c'est un système organiciste. Ce postulat organiciste est encore plus apparent dans le terme cortico-viscéral : il n'y est question que de cerveau avec des localisations corticales, sous-corticales... et l'on réalise ainsi le tour de force d'éviter le terme psychique. La maladie mentale peut être alors

définie comme une *somatose* à symptomatologie psychique. C'est dans le courant organiciste qu'il faut situer l'accent mis par la médecine sur les liens existant entre les grandes fonctions du corps et la vie affective. Sont situés dans cet axe les travaux de Pavlov et de Cannon centrés sur la physiologie de la vie émotionnelle.

Il est classique de citer les travaux de Pavlov (1904) à partir de recherches expérimentales sur la physiologie animale, en particulier sur le rôle des stimuli psychiques dans la sécrétion gastrique du chien.

À partir de ces expériences, il a élaboré une conception rigoureuse, mais limitée, des automatismes de base, des réactions psychophysiologiques et des comportements.

Cannon (1929) a mis en évidence (à partir de recherches en physiologie) les modifications fonctionnelles apportées par les incidents de la vie émotionnelle. Il s'est particulièrement attaché à l'étude des processus digestifs et vasculaires et aux perturbations humorales. Il a démontré le rôle déterminant que joue le système neurovégétatif (sympathique et parasympathique) comme chaînon intermédiaire entre la vie émotionnelle et les troubles physiologiques.

Il faut aussi citer les travaux de S. Wolf et H.G. Wolf (1943) sur la fonction gastrique chez l'homme. Grâce à une observation privilégiée sur un malade porteur d'une fistule gastrique, visible à l'examen direct, ils ont pu préciser les corrélations existant entre telle ou telle émotion, et telle ou telle activité motrice ou sécrétoire de l'estomac.

On sait maintenant que le système nerveux végétatif constitue un grand système organo-dynamique, rendez-vous biologique de toutes nos émotions, de tous nos conflits les plus profonds et les plus intimes.

Il est d'ailleurs courant d'entendre dire par les malades : « c'est mon sympathique qui ne va pas ».

Ce système nerveux végétatif met en jeu deux éléments d'actions contraires : le premier, orthosympathique ou adrénotrope, veille à la dépense. Le second ou ergotrope, parasympathique,

freinateur, inhibiteur, modérateur, trophotrope, économise les dépenses.

L'organisme se comporte toujours comme un tout et non comme une série d'organes et de processus indépendants.

L'être humain possède divers moyens pour réaliser l'intégration parfaite de ces différents éléments. Ces moyens sont hiérarchisés.

Schématiquement, à la base, est le milieu intérieur, avec les liquides interstitiels et les liquides circulant dans le système vasculaire. Sa constance est relative et suffit pour assurer l'unité physico-chimique.

À un niveau plus élevé et plus nuancé, se situe l'intégration hormonale. Les sécrétions endocrines agissent assez rapidement pour donner une unité d'action aux multiples constituants de la vie végétative. Cette unité d'action conditionne la vie du « somapsyché ».

Le système nerveux est le supérieur hiérarchique. Il a pour rôle de maintenir l'homéostasie du milieu intérieur. Il relie promptement, en le coordonnant, le fonctionnement de nos différents organes. Il perçoit toutes les excitations, celles du monde intérieur comme celles du monde extérieur. Il y répond très rapidement, soit de façon motrice, soit de façon sécrétoire, sensitive ou psychique. Il donne à l'organisme humain, par cette intégration active, son individualité. Dans cette intégration active, il faut souligner le rôle princeps, joué en particulier par l'hypothalamus et le cortex.

L'hypothalamus est considéré comme un premier centre régulateur de l'humeur, comme un relais vers le cortex frontal. Il apporte à celui-ci toutes les incitations de la vie pulsionnelle et émotionnelle.

Les travaux de Pavlov, Cannon et Wolf s'appuient sur ces notions et constituent une orientation de recherche vivante et féconde, mais du seul point de vue d'une physiologie élargie. Cette physiologie nous renseigne sur le *comment* de ce qui se passe mais ne nous éclaire pas sur le *pourquoi*.

On sait aujourd'hui (Gachelin, 1986 ; Villemain, 1989) que le fonctionnement du système immunitaire est intégré dans celui du système neuro-endocrinien selon des interactions bilatérales. Les réactions immunitaires peuvent être dirigées contre les cellules sécrétrices d'hormones, les neuro-transmetteurs ou leurs récepteurs. Ce serait le mécanisme à l'origine de nombreuses maladies, telles que les thyroïdites, l'hyper-thyroïdie, le diabète insulino-dépendant, la myasthénie et probablement la sclérose en plaques.

Depuis longtemps déjà on avait pu constater que des chocs psycho-affectifs graves pouvaient déclencher des aménorrhées définitives et des maladies auto-immunes comme la maladie de Basedow. Ceci est à la base de cette nouvelle discipline appelée neuro-psycho-immunologie, étudiant comment et pourquoi, par le biais du stress, le système nerveux et les hormones peuvent profondément modifier le fonctionnement du système immunitaire. Le stress résulterait de la non-élaboration mentale du traumatisme interne ou externe. Cela le situerait dans le registre freudien des névroses actuelles, notamment la névrose d'angoisse. L'élaboration mentale, c'est-à-dire l'intégration de *l'ici et maintenant* dans l'histoire singulière du sujet est l'enjeu de la psychanalyse.

Le champ initial de la recherche psychanalytique a été constitué par l'hystérie de conversion, c'est-à-dire une affection caractérisée de prime abord par l'existence de troubles survenant dans le corps, sans la moindre lésion organique. La conversion est donc l'un des premiers concepts de l'analyse et elle concerne un symptôme corporel. Elle est selon Pieron (1957) : « l'expression d'une motivation refoulée dans un symptôme somatique ». Janet (1903), comme précurseur, a su voir que les émotions répondaient à une réaction de l'ensemble de l'être vivant mais c'est Freud qui a démontré qu'un symptôme corporel pouvait avoir une dimension symbolique, un sens et une valeur expressionnelle reliables à un contenu psycho-sexuel inconscient. Il y a possibilité d'expression du conflit sur un mode corporel. C'est à partir du concept de conversion que les psychanalystes se sont intéressés à cette question du psychosomatique.

Freud (1895) à propos de la *névrose d'angoisse* distingue les troubles somatiques opaques, dénués de sens, liés à une névrose actuelle ou à une névrose traumatique, des symptômes psychonévrotiques de type hystérique. Cette distinction fondamentale contient en puissance toutes les interrogations concernant le fait psychosomatique. Ayant posé le problème des névroses actuelles, sans lui donner de développement particulier, il a laissé de côté les troubles somatiques proprement dits quand ils ne lui paraissaient pas entrer dans le cadre de la conversion hystérique. Mais il n'a pour autant jamais abandonné la notion de symptôme somatique opaque, dénué de sens.

Federn (1913) a été le premier disciple de Freud à s'intéresser aux symptômes somatiques.

Groddeck (1923) insiste sur la toute-puissance de la pensée dans les troubles du corps. Il étend la théorie de la conversion hystérique à toutes les réactions somatiques, conçue cependant plutôt sur le mode d'un symbolisme fonctionnant comme un prêt-à-penser c'est-à-dire plutôt sur le mode d'une objectivation, obturant par là-même l'appropriation subjective des mythes dans la discursivité de la pensée désinsérée de tout lien transférentiel. Ce discours de Groddeck est un discours de maître dont l'effet sur le patient semble plus proche de l'hypnose que de l'analyse du transfert ...

Deux notions centrales permettent de comprendre la façon dont Groddeck appréhende le sens du monde. Ses activités littéraire et médicale en découlent. La première est la notion du monde de l'enfance qui est pour lui le paradigme de la santé. Il faut toujours retrouver le lien avec la nature enfantine, nature première de l'être humain. La seconde notion relie l'être humain à la nature, au monde qu'il nomme *Dieu-nature*, en empruntant l'expression à Goethe, notion qu'il conceptualisera plus tard sous le vocable du *ça*.

La vie adulte constitue le négatif de l'enfance :

- enfant, l'être humain était rassasié ; adulte, il est affamé et avide ;



- enfant, il était dans le giron maternel ; adulte, il en est chassé et méprise tout autre refuge ;
- enfant, il se croyait aimé par une mère aimante ; adulte, il la considère comme n'importe quel autre être humain, elle représente pour lui un traître ;
- enfant, il était l'innocence même ; adulte, il devient un monde de méchanceté, désillusionné, avec un besoin infini de se venger.

L'enfance est non pas le paradis sur terre mais symbole et lieu de plénitude de l'être, intégrité de soi, harmonie avec la nature, réconciliation avec la nature humaine. L'adulte est en désaccord avec sa nature parce qu'obéissant à des conventions. Etre enfant, c'est être un avec *Dieu-nature*. Il en sortira la force qui opère des transformations à l'intérieur de l'être humain et lui permet d'être créateur.

Ce *Dieu-nature*, ce *ça*, n'est ni un concept, ni une hypothèse, mais une expérience, un projet dans lequel s'inscrit l'existence. C'est le *ça* qui gouverne notre vie et non pas le Moi qui lui n'est qu'artifice, instrument au service du *ça*. Le *ça* est un chemin tracé à l'existence de chacun et que chacun doit retrouver.

Le rôle du médecin n'est pas d'accumuler des connaissances qui ne seront jamais que fragmentaires, mais d'utiliser ces connaissances toujours enrichies au service de la thérapeutique. Groddeck se situe dans la droite ligne de la tradition hippocratique qui fondait la thérapeutique sur le *primum non nocere* et le respect de la *natura medicatrix*. Le rôle du médecin est de soigner, non de guérir ; le pouvoir de guérison appartient à la nature de chacun, qu'il soit malade ou bien portant. Soigner consiste à aller dans le sens de la nature, à la servir en imitant les processus de guérison qui lui sont propres, en libérant des forces de vie dans ce qui a une allure de mort... Pour ne pas faire perdre au malade confiance en ses propres forces, une qualité essentielle du médecin doit être la discrétion. La vérité ne doit pas être assénée au malade, afin de ne pas l'effrayer. D'où la prudence dans le diagnostic et sa révélation, diagnostic qui doit « embrasser l'être humain dans son entier ainsi que ses conditions d'existence » (Groddeck, 1913).

Le médecin ne doit pas traiter les organes mais l'être humain, la maladie mais le malade. Hippocrate soutenait : il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ; Galien : il n'y a pas de malades, il n'y a que des maladies. Groddeck dépasse ces deux positions contradictoires en considérant la maladie comme un symptôme qui renvoie à l'être humain qu'est le malade. Maladie et malade ne sont plus des termes opposés, mais révèlent le conflit humain masqué par le symptôme. La maladie devient une qualité de l'être humain. Le médecin doit croire inébranlablement dans les capacités de guérison de son patient. La vie est l'espoir. Reste le devoir quand il n'y a plus d'espoir.

La maladie n'est pas une fin en soi mais un moyen nécessaire à l'organisme pour pouvoir se maintenir en santé. Elle n'est pas à craindre. Elle constitue une ressource parfois coûteuse de l'organisme. Intimement liée à toute l'existence humaine, elle permet à l'homme d'atteindre certains buts comme la mort lorsque celle-ci devient plus attirante que la vie. Le champ de la maladie ne doit pas être délimité en fonction de normes établies, comme par exemple l'absence de symptômes, mais en fonction de l'état subjectif du patient. Pour Groddeck (1913) : « Quand quelqu'un se sent malade, on doit le traiter en malade, même si on ne trouve rien de pathologique sur lui et en lui ».

La tâche du médecin consiste, en même temps que de donner des soins, à découvrir le sens de la maladie afin, dans une position chamanique, d'en libérer son patient. En effet, la maladie peut être aussi un piège dans lequel celui qui tombe peut laisser la vie. Mais elle a aussi un rôle initiatique, elle est un moyen de retrouver en soi l'enfance et la violence de ses passions.

Groddeck s'est intéressé à ce qui sous-tend toute technique visant à opérer un changement par une manipulation psychique. En 1913, Groddeck, qui avait lu Freud avec admiration et réticences, mais qui ne l'avait pas encore rencontré et ne lui avait pas écrit, l'avait vivement attaqué dans son livre *Nasamecu*. En 1917, il lui écrit et expose comment il a découvert les concepts de la psychanalyse à partir de sa réflexion sur les affections organiques. Groddeck en effet se posait la question de son identité, son savoir-faire rejoignant, selon lui, le savoir analytique freu-

dien. Dans sa lettre à Freud, Groddeck revient sur « son jugement téméraire » porté sur la psychanalyse en 1912. Il lui fait part de son cheminement, à partir de la révélation de l'inconscient par le symbolisme des symptômes de sa patiente, Mlle G. Il explique à Freud ce qu'il entend par le *ça* :

À mes — ou dois-je dire à vos — conceptions, je suis arrivé non par l'étude de névroses mais par l'observation de maux qu'on a coutume d'appeler corporels. Ma réputation médicale, je la dois initialement à mon activité de thérapeute physique, plus particulièrement de masseur. En conséquence, ma clientèle est sans doute d'une autre nature que celle des psychanalystes... La conviction s'était arrêtée en moi que la distinction de l'âme et du corps est uniquement une distinction de mots, non pas d'essence... Il va de soi que cette idée non plus je ne puis la revendiquer comme ma propriété ...

La psychanalyse, si je comprends bien, travaille pour l'instant avec la notion de névrose. Je présume toutefois que, pour vous aussi, se trouve, derrière ce mot, la vie humaine toute entière. En tout cas, il en va ainsi pour moi. Le *ça*, qui se tient en connexion mystérieuse avec la sexualité, l'Eros ou quel que soit le nom qu'on veuille lui donner, forme aussi bien le nez que la main de l'être humain, ainsi qu'il forme ses pensées et ses sentiments ; il se manifeste aussi bien comme pneumonie ou cancer que comme névrose obsessionnelle ou hystérie ; et de même que l'activité du *ça* ressortant comme hystérie ou névrose est l'objet du traitement psychanalytique, de même l'est aussi le défaut cardiaque ou le cancer. En soi, les différences d'essence n'existent pas, qui pourraient nous forcer à faire ici, et non là, l'essai de la psychanalyse. C'est bien plus, uniquement une question pratique, une question d'appréciation personnelle, où l'on veut cesser de traiter psychanalytiquement. J'emploie le terme traiter, parce que je ne crois pas que l'activité du médecin s'étende plus loin que le traitement ; la guérison, ce n'est pas lui qui l'assure, mais justement le *ça*.

Voici donc le point où je doute si j'ai le droit de me poser publiquement en psychanalyste ou non. Il n'est pas possible, dans le développement de ces idées qui sont bien, au fond, les vôtres, d'employer une autre nomenclature que celle établie par vous. Elle n'est pas à remplacer et suffit aussi à mon dessein, sitôt que

la notion de l'inconscient est élargie. (Première lettre à Freud, 27 mars 1917, in *Ça et Moi*).

Freud lui répond :

Je vous fais manifestement un grand plaisir si je vous repousse loin de moi, là où se trouvent les Adler, Jung et autres. Mais je ne puis le faire. Je dois vous réclamer, dois affirmer que vous êtes un superbe analyste qui a saisi l'essence de la chose sans plus pouvoir la perdre. Celui qui reconnaît que transfert et résistance sont les axes du traitement, celui-là, que voulez-vous, appartient irrémissiblement à la troupe sauvage. Et qu'il appelle l'*ics ça* cela ne fait pas de différence.

Par cette réponse, Freud installe d'emblée Groddeck en situation d'analysant (comme c'était d'ailleurs la demande de Groddeck), le reconnaissant comme analyste ou proche des analystes dans la mesure où il poursuit son œuvre d'analysant du fait même qu'il se met en demande transférentielle par rapport à Freud, mais non point comme unique.

Groddeck (1923) expose à l'aide des concepts freudiens sa conception psychosomatique. La réponse freudienne ne se fait point attendre et, en 1923, année de parution du *Livre du Ça*, Freud publie *Le Moi et le Ça*, mettant en place la seconde topique, renforçant le corpus théorique déjà institué. Il met en opposition non pas l'inconscient et le préconscient mais un moi d'un seul tenant et un refoulé qui en est clivé. Cependant pour lui cela ne résout pas non plus la difficulté. Le moi, aussi, est pareillement profondément inconscient, et confluant pourtant avec le noyau du refoulé. Il semble donc que la représentation plus correcte soit celle-ci : les articulations et les différenciations n'ont de valeur que dans les couches relativement superficielles, elles n'en ont pas en profondeur, profondeur pour laquelle le *ça* groddeckien serait la désignation correcte.

Il y a une différence entre le *ça* groddeckien et le *ça* freudien. Pour Groddeck, si le *ça* peut se révéler dans toutes sortes de manifestations de vie conscientes ou inconscientes, saines ou malades, on ne peut l'appréhender dans sa totalité. Le *ça* est

comme la vie ou comme la mort, il ne se laisse ni réduire ni analyser ; tout au plus peut-on l'influencer par la psychanalyse.

La conception freudienne du *ça* ne rejoint donc pas celle de Groddeck pour qui le *ça* englobe la totalité de l'être humain, réduction de l'univers ; le conscient, l'inconscient, l'âme et le corps, le psychologique et le physiologique constituent des manifestations du *ça*.

Selon Lalive d'Epinay (1983) : « Le projet freudien pourrait se résumer ainsi, selon les mots mêmes de Freud : "Wo es war, soll ich werden", là où ça était, je dois devenir... »

Le projet groddeckien pourrait, si on reprend les termes de Freud, se formuler ainsi : « Wo ich war, soll es werden », que l'on peut restituer par ces paroles de Groddeck, adressées à ses patients : « L'essentiel pour vous est d'écarter le Moi et d'acquiescer de la compréhension pour le *ça* ». (Lalive d'Epinay, *ibid.*).

Lalive (*ibid.*) souligne aussi que ce projet reprend la dialectique goethéenne du *Stirb und Werden* : *meurs et deviens*, à laquelle Groddeck se réfère constamment. Guérir serait advenir à la mort du moi.

Groddeck (1920) souligne le caractère double du symbole qui à la fois révèle l'inconscient et agit sur lui. Selon lui, le symbole structure toutes les productions du *ça*, qu'elles se présentent sous la forme de rêves, de mythes, de religions, de folklores, de cultures, de symptômes, etc. La maladie a une fonction symbolique et toute culture a ses maladies, toute civilisation a sa médecine. Ce qui importe dans le symptôme, c'est le symbolisme autour duquel il s'est organisé et pourra être déconstruit. Un symbole induit des transformations au niveau somatique ou dans la pensée consciente ou inconsciente.

La mobilisation du symbole peut entraîner des changements. Le 27 mai 1917, Groddeck écrit à Freud et lui relate le cas suivant :

Un de mes patients souffre de saignements de la rétine. Curieusement, ils interviennent toujours en automne. Il est apparu que le malade, très intelligent mais inculte — il a seulement appris à 18 ans, en autodidacte, à lire et à écrire — voyait quotidiennement,

étant enfant, un aveugle dont les villageois racontaient qu'il était devenu aveugle à cause d'un blasphème. Mais, ce que le malade avait totalement oublié, c'est qu'à l'âge de 9 ans, il avait jeté bas de sa croix, à coups de pierres, un Christ en bois à la sortie du village. La force avec laquelle tout le processus oublié a dû agir apparut en ce que le patient s'évanouit à la communication de cet incident. Il y avait, au reste, des complexes d'Œdipe et de castration, ai-je besoin d'ajouter. Depuis cette communication, il n'est plus survenu de saignement pendant cinq ans, à l'exception d'un tout petit qui eut lieu la veille du recrutement pour le service ; et cela, à un carrefour en face d'un Christ crucifié. De surcroît, il apparut encore que l'homme avait à nouveau complètement oublié cet événement d'enfance ; et même, que ma communication ne parvint pas à raviver son souvenir, qui ne se rétablit que quelques jours après.

Pour Groddeck (1920), une très grande sensibilité aux symboles rend malade, une insensibilité totale aux symboles empêche de se soigner, notamment par la psychanalyse. Toute l'existence humaine s'insère dans un cadre pré-établi, le symbolisme dans lequel se trouve pris le *ça* se confondrait avec lui. Il écrit ceci :

Savoir que nous sommes vécus par le *ça*, détruit toute une série de concepts avec lesquels nous avons coutume de penser. J'ai déjà relevé qu'il n'existe pour le *ça* ni corps ni âme, car tous les deux ne sont que des modes de manifestation de cet inconnu ; que le moi, l'individualité deviennent douteux puisque le *ça* peut être décalé dès la fécondation et, par-delà, dans la chaîne de tous les aïeux.

D'aucuns ont voulu rapprocher cette position de Groddeck de celle de Lacan (1953) qui définit l'inconscient, structuré comme un langage, qui dit du désir qu'il est toujours désir de l'Autre.

Ce qui fait la différence avec l'approche groddeckienne, c'est l'accent mis par Lacan sur la barre qui sépare radicalement la chaîne des signifiants de la chaîne des signifiés, sur *le point de capiton* qui, autour de la métaphore, stabilise le glissement du signifié sous le signifiant, réalisant par là-même l'appropriation.

tion subjective des symboles, mythes, légendes, traditions, par le biais du trait unaire et de la singularité du fantasme.

Groddeck théorise une conception psychosomatique qui s'appuie sur une mythologie psychophysiologique de l'individu. Pour lui, chaque élément, organe, cellule ... a des fonctions différentes, selon qu'on le considère comme tout ou partie. Il peut être à la fois autonome ou agir sur, ou être influencé par le reste de l'organisme. L'œuf humain, donc l'enfant à venir, résulte de la fusion de deux cellules, l'une masculine, l'autre féminine. Il en découle pour Groddeck (1933) que toutes les cellules issues de l'œuf fécondé conservent des potentialités masculines et féminines. Elles sont bisexuelles, tout en étant cellules-filles de la première cellule. Il en résulte trois pôles : masculin, féminin et neutre résultant de la combinaison des deux. Nous avons là une trinité comme celle de père, mère, enfant. Toute vie humaine, au niveau cellulaire, organique, psychique s'organise autour de cette trinité. Les cellules sont bisexuelles dans leur fonction au sens où « fécondées » elles absorbent des substances — rôle féminin — et en produisent d'autres — rôle masculin. Les organes, de même, sont bisexuels dans leur fonction : par exemple, le poumon qui se remplit d'air et l'évacue.

Mode d'être masculin ou mode d'être féminin ne constitue qu'une des possibilités d'expression du mode d'être enfantin. L'adulte est un individu *disséqué en sexe* (Groddeck, 1933). Adopter une position strictement féminine ou masculine, c'est se châtrer de sa bisexualité et renoncer à une grande partie de ses potentialités enfantines. Les différentes virtualités bisexuelles de l'être humain s'actualisent dans toutes sortes de créations comme dans toutes sortes de maladies. Le symptôme constitue alors, sous la forme d'un compromis, un accomplissement du désir bisexuel. La maladie est création originale de l'homme, manifestation de vie, même si elle peut conduire à la mort. Elle est souvent mode d'expression coûteux pour l'individu et pour la société. Elle est souvent aussi solution de dernier recours à un problème que la conscience ne peut traiter. Elle représente, sur le mode du symbole, un conflit intime, en essayant de le résoudre

en le déplaçant. Elle a pour fonction d'empêcher le refoulé d'arriver à la conscience. Quand le simple malaise ne suffit pas à résoudre le conflit, le *ça* produit des maladies plus graves et plus longues et, si cela ne suffit encore pas, il a enfin recours à la mort : « car ne meurt que celui qui veut mourir, celui à qui la vie est devenue insupportable » (Groddeck, 1923).

Quand il y a maladie, il y a toujours enjeu et celle-ci révèle toujours un double aspect : elle est à la fois souffrance et satisfaction. Souvent la souffrance est la satisfaction recherchée : punition pour l'accomplissement d'un désir interdit. La maladie constitue aussi le dernier refuge de la liberté de l'individu, quand la vie lui est devenue trop insupportable. Elle sert à maintenir, de manière plus ou moins heureuse et réussie, l'être humain en santé.

Cependant, si la maladie donne la solution à certains problèmes, elle en crée d'autres. Originellement tentative d'échapper à un danger, elle est aussi un piège dans lequel tombe celui qui y a recours. Ce piège peut être mortel. Le projet de Groddeck est de déjouer toutes ces précautions contre soi-même et le monde extérieur que constitue la maladie, et de permettre à l'homme d'en vivre plutôt que d'en mourir. Les causes physiques de la maladie seront traitées par les soins médicaux qui aideront le processus de guérison. Les causes psychiques seront traitées par le médecin et le malade en comprenant la signification du symptôme, en dégageant sa valeur de symbole, seule démarche qui permet d'abandonner le symptôme et de changer de langage. Pour cela, il faut réconcilier l'adulte avec l'être enfant, en le rendant proche de sa sexualité polymorphe, en lui restituant sa liberté de jouer avec. Il s'agit moins de changer la maladie que de changer l'attitude de l'être humain vis-à-vis d'elle. Il y a pourtant un risque à comprendre la maladie : celui d'être trop proche avec ce que l'humain a d'inhumain. La maladie est ouverture sur soi, mais elle est aussi refuge contre ce qui fait peur en soi, (je dirais le réel en soi). Guérir, c'est courir le risque de perdre ce refuge et d'être confronté au déchaînement de ce qui fait peur. Le pari de Groddeck (1933) est de rendre l'être humain lucide sur la signification de son existence, sur le fait qu'il ne saurait échapper à la mort, tout en le délivrant de sa peur d'être confronté



à tout ce qu'il y a en lui d'humain et d'inhumain : « Adhérer à ce destin avec une mélancolie joyeuse, c'est le devoir de l'être humain et la force de l'être humain ».

Ce pari de Groddeck fait penser à la position de Lacan (1948, pp. 123-124) concernant la crainte narcissique de la lésion du corps propre :

Nous ne croyons pas vain d'avoir souligné le rapport qui soutient avec la dimension de l'espace une tension subjective, qui dans le malaise de la civilisation vient recouper celle de l'angoisse, si humainement abordée par Freud et qui se développe dans la dimension temporelle. Celle-ci aussi nous l'éclairerions volontiers des significations contemporaines de deux philosophies qui répondraient à celles que nous venons d'évoquer : celle de Bergson pour son insuffisance naturaliste et celle de Kierkegaard pour sa signification dialectique. À la croisée seulement de ces deux tensions, devrait être envisagée cette assumption par l'homme de son déchirement originel, par quoi l'on peut dire qu'à chaque instant il constitue son monde par son suicide, et dont Freud eut l'audace de formuler l'expérience psychologique si paradoxale qu'en soit l'expression en termes biologiques, soit comme « instinct de mort ». Chez l'homme « affranchi » de la société moderne, voici que ce déchirement révèle jusqu'au fond de l'être sa formidable lézarde. C'est la névrose d'auto-punition, avec les symptômes hystérico-hypocondriaques de ses inhibitions fonctionnelles, avec les formes psychasthéniques de ses déréalisations de l'autrui et du monde, avec ses séquences sociales d'échec et de crime. C'est cette victime émouvante, évadée d'ailleurs, irresponsable, en rupture de lien qui voue l'homme moderne à la plus formidable galère sociale, que nous recueillons quand elle vient à nous, c'est à cet être de néant que notre tâche quotidienne est d'ouvrir à nouveau la voie de son sens dans une fraternité discrète à la mesure de laquelle nous sommes toujours trop inégaux.

Lacan (1955, pp. 348-349) ajoutait d'ailleurs à propos du moi de l'analyste qu'« il ne doit connaître que le prestige d'un seul maître : la mort, pour que la vie, qu'il doit guider à travers tant de destins, lui soit amie. »

Entre Groddeck et Lacan toute la différence, et elle est de taille, réside dans cette croisée de ces deux tensions, à partir de laquelle doit être envisagée cette assomption par l'homme de son déchirement originel. En fait nous pourrions dire qu'il y aurait maladie quand le sujet ne serait pas capable d'intégrer ses propres signifiants dans la chaîne des symboles en vigueur dans son milieu culturel.

La valeur symbolique que Groddeck confère à la maladie permet à l'homme une médiation qui peut le mener vers la guérison mais, ajoutons-nous, à la condition de se situer dans cette croisée. Le symbole est alors un moyen terme entre lui et la maladie permettant de se réconcilier avec ce qui était étranger en lui et de s'y reconnaître.

Lalive d'Epinay (1983) situe avec pertinence ce travail de reconnaissance et d'intégration de la psychosomatique quotidienne dans le champ que Lévi-Strauss circonscrit à la cure chamanistique. Ce champ donne accès à la fonction symbolique, fonction qui permet à Lévi-Strauss comme à Lacan, de définir la fonction de l'inconscient. L'incantation constitue le moyen de cette cure chamanistique. Son premier rôle est d'offrir un support à la représentation du conflit évoqué. Dans *L'efficacité symbolique* (1949), Lévi-Strauss analyse un texte magico-religieux, incantation prononcée chez les indiens Cuna de Panama afin d'aider un accouchement difficile. Il s'agit d'un récit fabuleux, voyage vers le séjour de *Muu*, qui a outrepassé ses attributions et s'est emparé du *purba* ou *âme de la future mère*. Ainsi le chant consiste entièrement en une quête : quête du *purba* perdu, qui sera restitué après maintes péripéties telles que démolition d'obstacles, victoire sur des animaux féroces, et, finalement, un grand tournoi livré par le chaman et ses esprits protecteurs à *Muu* et à ses filles, à l'aide de chapeaux magiques dont celles-ci sont incapables de supporter le poids. Vaincu, *Muu* laisse découvrir et libérer le *purba* de la malade ; l'accouchement a lieu, et le chant se termine par l'énoncé des précautions prises pour que le *Muu* ne puisse s'échapper à la suite de ses visiteurs. Le combat n'a pas été engagé contre *Muu* elle-même, indispensable à la procréation, mais seulement contre ses abus ; une fois ceux-ci

redressés, les relations deviennent amicales, et l'adieu de *Muu* au chaman équivaut presque à une invitation : « Ami nele, quand reviendras-tu me voir ? ... » *Muu* n'est donc pas une force foncièrement mauvaise, c'est une force dévoyée. L'accouchement difficile s'explique comme un détournement, par l'*âme* de l'utérus, de toutes les autres *âmes* des différentes parties du corps. Celles-ci une fois libérées, l'autre peut et doit reprendre la collaboration.

La mythologie invoquée par le chaman participe de la conception qu'a la tribu de l'univers. La parturiente y adhère et y participe d'autant plus que les thèmes mythiques mêlés aux thèmes physiologiques lui permettent une représentation de ce qu'elle ne peut imaginer.

Groddeck procédait de même dans ses conférences psychanalytiques à l'usage de ses patients. Ses conférences lui fournissent, comme au chaman, l'incantation, support à son projet. Comme le chaman, Groddeck fournit à son patient un langage exprimant immédiatement des états informulés. Cette expression verbale permet de vivre et d'ordonner une expérience actuelle anarchique et ineffable, débloque et réoriente, dans un sens favorable, le processus physiologique.

Lévi-Strauss (1949) souligne aussi que, dans l'incantation, le rythme de la parole et ses variations ont un impact précis. Ils abolissent la distinction entre monde réel et monde imaginaire, mettent le sujet dans une transe hypnotique qui lui permettrait l'intégration du conflit.

Groddeck recherche aussi, comme le chaman, cet effet de parole dans ses deux grands textes incantatoires : *Les conférences psychanalytiques* (1916) et *Le Chercheur d'âme* (1921). Dans ces textes, le médecin s'efface et laisse parler le *ça* : « Il est acteur au double sens du terme : agit et agissant sur. Il est dépossédé de sa personne, cependant que la situation est maîtrisée par le rituel de son discours, et son rythme. Cette dépossession de soi, alliée à la maîtrise de ce que la dépossession de soi laisse apparaître permet l'émergence de l'art, qui opère un changement. C'est ainsi que le texte a une fonction poétique en même temps que le "délire" exprimé ou la mythologie invoquée ont une fonction esthétique, thérapeutique... » (Lalivé d'Épinay, 1983, p. 102).

Je pense en effet que l'acte poétique a pour fondement un réel éprouvé, lieu d'où parle le poète, faisant resurgir, à son insu, un refoulé ; il le fera dans et par la parole, parole qu'il travaillera et pétrira comme une pâte.

Comme le chaman le faisait depuis toujours, Groddeck conjugait dans sa pratique deux procédés et processus thérapeutiques : la mise en scène mythologique du conflit et le rythme incantatoire de la parole. Ces deux procédés se retrouvent dans le psychodrame thérapeutique (notamment le N-doep africain) et la relaxation.

Tout psychodrame est mise en scène devant des spectateurs, témoins et adhérents au discours de la représentation et du dépassement des conflits.

La relaxation, outre l'effet incantatoire qu'elle doit au *terpnos logos* (voix monocorde psalmodiée, hypnotisante) fournit également au malade un ensemble de représentations imaginaires communes à tous, à partir desquelles il peut déconstruire et reconstruire ses propres représentations corporelles. Tel est le sens des travaux de Schultz (1956) et de la conceptualisation psychanalytique élaborée par Sapir et son école (1975), donnant au spectaculaire de l'hypnose une efficacité symbolique.

Winnicott (1949) soutient que « la maladie psychosomatique est faite pour compenser la séduction du psychisme par l'esprit ». Tout individu doit toujours être étudié dans sa totalité et l'on doit considérer son développement à partir des tout premiers débuts de l'existence psychosomatique. Les troubles psychosomatiques se situeraient selon Winnicott à mi-chemin entre le psychisme et le physique. « Le terme psychisme signifie l'élaboration imaginaire de parties, de sensations ou de fonctions somatiques, c'est-à-dire d'une pleine conscience physique. » Cette élaboration imaginaire dépend évidemment de l'existence et du bon fonctionnement d'un cerveau mais le psychisme ne saurait être localisé dans le cerveau. Les aspects psychiques et somatiques de la personne qui se développe sont pris dans un processus de rapports mutuels. Pour qu'il y ait santé dans le développement originaire de l'individu, il faut qu'il y ait *une continuité d'existence*. Cette *continuité d'existence* que nous pourrions

rapprocher du concept de *la lalangue* de Lacan (1973-1974), est assurée par l'environnement qui au début se veut parfait, c'est-à-dire celui qui *s'adapte activement* aux besoins du nourrisson. Ce nourrisson, c'est le psyché-soma. Quand l'environnement est défectueux par défaut d'adaptation, il empiète sur le psyché-soma, c'est-à-dire le nourrisson qui se trouve forcé de réagir. Il en résulte une perturbation de la continuité d'existence du nouvel individu. À ses débuts, le bon environnement psychologique est un environnement physique, que l'enfant soit *in utero* ou qu'il soit porté, soigné... Ce n'est que progressivement que l'environnement acquiert une qualité nouvelle, définie comme affective, psychologique, sociale. C'est ainsi « qu'apparaît la bonne mère ordinaire avec son aptitude à s'adapter activement aux besoins de son bébé, aptitude prenant sa source dans la dévotion qu'elle lui porte. Cette adaptation est facilitée par son narcissisme, son imagination et ses souvenirs qui lui permettent, par le moyen de l'identification, de savoir quels sont les besoins de son bébé ». Ce moyen de l'identification, et particulièrement celui que Freud nomme l'identification à l'émoi et dont il fait une identification hystérique, identification fantasmatique pour Lacan, me paraît primordiale, tant pour l'enfant que pour sa mère.

Rapidement le besoin, absolu au début, d'un bon environnement devient relatif. La bonne mère ordinaire est suffisamment bonne pour que le nourrisson devienne capable par son activité mentale de pallier les déficiences de la mère, transformant ainsi un environnement suffisamment bon en un environnement parfait. Cela lui permettrait de faire face à ses pulsions, de répondre aussi aux types les plus primitifs de besoins du moi, de se construire donc une représentation corporelle, d'élaborer imaginairement les parties, les sensations, les fonctions somatiques, c'est-à-dire de se constituer un psychisme par cette activité mentale transformant un manque relatif d'adaptation en une adaptation réussie.

On peut donc dire que l'esprit a, parmi ses origines, un fonctionnement variable du psyché-soma en rapport avec la menace qui pèse sur la continuité d'existence suivant chaque échec de l'adaptation active de l'environnement. On peut aussi dire que le psychisme est la conséquence de cette adaptation plus ou moins

réussie. Cette adaptation réussie ne peut l'être qu'étroitement articulée à cette fonction maternelle « d'assurer la défaillance graduelle de l'adaptation selon l'aptitude croissante de chaque nourrisson à compenser un échec relatif par l'activité mentale ou la compréhension » (Winnicott, 1949). Ceci permet au nourrisson (le psyché-soma, répétons-le) une tolérance à la fois vis-à-vis des besoins du moi et vis-à-vis de la tension pulsionnelle. Dans cette hypothèse, le psyché-soma se développe harmonieusement ; le développement nécessaire de l'esprit (activité mentale, compréhension intellectuelle) va de pair avec le développement du psychisme, élaboration imaginaire du corps vécu. Si le nourrisson subit un comportement maternel désordonné, il se trouve contraint, pour rétablir l'environnement parfait dont il a besoin, de réagir par une hyperactivité du fonctionnement mental. L'hypertrophie mentale qui en résulte, si elle se poursuit, engendre un discord entre le développement de l'esprit et celui du psychisme. Il en découlera une opposition entre l'esprit hypertrophié et le psyché-soma ; la fonction intellectuelle de l'individu usurpe la fonction de l'environnement. Le fonctionnement mental devient une chose en soi qui remplace la bonne mère et ne la rend plus nécessaire. La psyché est *séduite* par l'esprit et rompt sa relation intime primitive avec le soma. Il s'ensuit une association psyché-esprit pathologique. L'individu a tendance, alors, à localiser forcément l'esprit à l'intérieur de la tête (comme un ennemi que l'on doit localiser pour le maîtriser), ce qui, pour Winnicott, constituerait une source importante de maux de tête psychosomatiques. « La dépression menace ou même intervient parce que l'individu a tout le temps besoin de trouver quelqu'un d'autre qui rende réel ce concept du "bon environnement" afin de pouvoir revenir au psyché-soma dépendant qui constitue le seul point à partir duquel il peut vivre. Dans ce cas, "ne plus avoir d'esprit" devient un état désiré... Dans cette perspective, nous nous apercevons que l'un des buts de la maladie psychosomatique est de retirer le psychisme de l'esprit et de le faire revenir à son association intime et primitive avec le soma. Le trouble somatique a la valeur positive de compenser une "séduction" du psychisme par l'esprit ». (Winnicott, *ibid.*).

Cependant, Winnicott ne dit rien du pourquoi de la localisation du trouble somatique.

Garma (1957) se situe dans la lignée de Groddeck. Il traite la symptomatologie somatique à l'instar de la symptomatologie mentale et utilise des interprétations de type kleinien. Il intitule ses recherches en psychosomatique digestive « la théorie de la mère mauvaise internalisée, agressive sur le plan digestif, agissant chez un sujet en régression instinctuelle, orale, digestive. » Ses travaux font référence à la notion d'introjection. Ce terme a été introduit par Ferinzi en 1909 en symétrie avec celui de projection. Freud (1915, *Pulsions et destins des pulsions*) adopte ce terme et l'oppose très nettement à la projection (le *moi-plaisir purifié* se constitue par une introjection de tout ce qui est source de plaisir et par une projection au-dehors de tout ce qui cause du déplaisir). Dans *Die Verneinung* (1925) il souligne que « le moi-plaisir originaire veut s'introjecter tout le bon et rejeter de soi tout le mauvais ». L'opposition introjection-projection s'accomplit d'abord sur le mode oral avant de se généraliser. Laplanche et Pontalis (1968) soulignent la distinction entre incorporation et introjection :

En psychanalyse, la limite corporelle est le prototype de toute séparation entre un intérieur et un extérieur ; le processus d'incorporation se rapporte explicitement à cette enveloppe corporelle. Le terme d'introjection est plus large : ce n'est plus seulement l'intérieur du corps qui est en cause, mais l'intérieur de l'appareil psychique, d'une instance ...

Pour Abraham et Torok (1987, p. 262) « Le passage de la bouche pleine de sein à la bouche pleine de mots s'effectue au travers d'expériences de bouche vide. Apprendre à remplir de mots le vide de la bouche, voilà un premier paradigme de l'introjection. On comprend qu'elle ne peut s'opérer qu'avec l'assistance constante d'une mère possédant elle-même le langage », c'est-à-dire d'une mère elle-même soumise à la castration symbolique.

Il faut souligner que l'introjection, cependant, reste marquée par son prototype corporel et se traduit dans des fantasmes

construits autour d'objets partiels ou totaux. Selon Klein (1932), après le stade fusionnel, les premières représentations du nourrisson sont celles de l'aliment, du sein de la mère ; elles sont bonnes quand elles s'accompagnent d'un sentiment de satisfaction et de plénitude, mauvaises dans le cas contraire. En ce cas, l'*infans* ressentirait la mère comme lui administrant de mauvais aliments, le suçant, le mordant ; il vit donc sa mère sur le même mode sadique-oral, puisqu'il voulait aussi la mordre et la dévorer. Klein fait d'ailleurs de la représentation de la « mère mauvaise internalisée » l'origine du *Surmoi*. Devenu adulte, le sujet, selon le stade pulsionnel oral agressif, peut, soit être resté fixé à la phase orale aggressive, soit régresser selon des événements extérieurs significatifs. Il essaiera d'assimiler ses agressions en fonction de son histoire sur le mode de la digestion du corps étranger. Il y aura réactivation des représentations inconscientes de la mère terrifiante qui prive d'aliments, déchire, mord, etc.

Garma (1957) élabore une théorie psychosomatique de l'ulcère gastro-duodéal. Le pré-ulcéreux doit d'une part se soumettre de façon punitive à une situation désagréable comme à un mauvais aliment, et d'autre part, il se doit de digérer cela sans rien en faire voir. Il en résulte une simultanéité des représentations mentales et des fonctions organiques. C'est ainsi qu'une grande angoisse peut figer et faire pâlir. L'estomac, lui aussi, réagit en pâissant, c'est-à-dire en s'immobilisant et en sécrétant moins. La colère peut provoquer le rougissement et l'hyperactivité. L'estomac, lui aussi, s'hyperhémie, sécrète davantage et se contracte. L'hyper-activité gastrique de l'ulcéreux correspond à un effort pour vaincre les inhibitions réactionnelles aux représentations pulsionnelles, digérer les substituts d'objets interdits représentés par les aliments équivalents du mauvais sein. Ces tendances orales agressives s'opposent à la soumission infantile. Cela entraîne le remords qui retourne l'agression contre l'agresseur, en l'occurrence l'estomac. Garma interprète l'ulcère beaucoup plus à partir du masochisme que du sadisme.

Alexander (1943) critique cette utilisation, considérant qu'il y a là usage de concepts valables dans un domaine, transposés dans un autre où ils ne le sont pas. Il évoque l'existence de



*types spécifiques de conflits* à l'origine d'un certain nombre d'affections psychosomatiques. Pour que le trouble corporel apparaisse, il faut la conjonction de trois facteurs : un type spécifique de conflit, une prédisposition particulière du corps, une situation actuelle de conflit. Le terme psychosomatique définirait la tendance à comprendre toutes les données d'une situation dans l'unité dynamique de l'organisme. On peut dire en ce sens que toutes les maladies sont psychosomatiques. La maladie, même d'expression organique, signifie insécurité, malaise général, douleur, changement de vie, traitement plus ou moins douloureux. Le mot psychosomatique s'applique aussi à tous les syndromes fonctionnels que la clinique relie aux problèmes émotionnels. Ce mot s'applique enfin à des maladies qui exprimeraient un style particulier de personnalité telles l'asthme, l'ulcère gastro-duodéal, la RCH, le psoriasis... Les problèmes émotionnels en constitueraient le dénominateur commun.

Piéron (1957) définit *l'émotion* : « ce mot du langage commun s'applique en psychologie à une réaction affective d'assez grande intensité dépendant d'un centre diencephalique et comportant normalement des manifestations d'ordre végétatif. Les émotions fondamentales, en dehors de l'émotion choc, comportent la joie, le chagrin, la tristesse, la peur, la colère, l'amour, le dégoût, etc. »

Phénoménologiquement, les émotions constituent des épisodes saillants de notre vie affective. Elles entraînent des perturbations à la fois psychologiques et physiologiques. Ces différentes perturbations constituent l'expression de l'émotion. L'émotion peut se présenter comme une émotion choc, avec un caractère de soudaineté, d'intensité et de violence. Un exemple en est la colère ou la peur intense qui produisent un état d'agitation, un comportement anarchique. Le sujet peut se livrer à des actes impulsifs ou être paralysé. Il y a des émotions douces telles la joie, l'attendrissement. Elles peuvent aussi être violentes, mais elles ont en général une action favorable sur l'organisme. La passion a la violence et l'intensité d'une émotion choc, mais elle est plus durable. Elle est aveuglante, partielle et exclusive.

Il y a enfin des états plus durables que certains appellent *sentiments* pour les différencier de la soudaineté et de l'intensité des

états affectifs ci-dessus décrits. Ce peuvent être la sympathie, des sentiments affectueux. Ce peuvent être aussi une situation de contrainte permanente, des épisodes pénibles, longs et répétés, des sentiments afflictifs plus ou moins profonds, tels que des événements familiaux graves, déception professionnelle, sociale, déception sexuelle, etc.

Quels qu'ils soient, émotions chocs, passions, sentiments, tous ces phénomènes affectifs s'expriment par des processus psychophysiologiques. Un stimulus affectif violent provoque une réponse immédiate et variable. Le sujet peut manifester un comportement de surprise qui peut éventuellement être un stade préparatoire au comportement de peur et de colère quand le stimulus est perçu comme une menace.

Quand le stimulus émotionnel est particulièrement pénible, il peut se produire, selon le degré d'émotivité du sujet, une syncope précédée de malaises divers. La perte de connaissance peut même entraîner une perte du contrôle sphinctérien. Les manifestations physiologiques de la réponse émotionnelle sont sous la dépendance des systèmes nerveux autonomes ortho-sympathique et para-sympathique, eux-mêmes subordonnés à des centres situés à la base du cerveau et dans la région hypothalamique. Ils constituent un système de contrôle et de régulation de l'expression émotionnelle.

De façon très schématique, et en émettant quelques réserves, on peut dire que le système nerveux ortho-sympathique et le système para-sympathique fonctionnent en antagonistes. Le système ortho-sympathique est ergotrope ; il oriente vers l'action. La stimulation d'une fibre ortho-sympathique libre à sa terminaison des médiateurs de type adrénalinique qui agissent sur l'organe innervé. La stimulation du système ortho-sympathique excite la médullo-surrénale qui sécrète elle-aussi de l'adrénaline. Ces décharges d'adrénaline entraînent une réaction d'éveil, inhibent l'activité gastro-intestinale, accélèrent le cœur, la respiration, facilitent l'irrigation musculaire et préparent l'organisme à l'action.

Le système para-sympathique est un système trophotrope. Il a pour médiateur l'acétylcholine. Il a une activité anabolique par

la stimulation de la digestion gastro-intestinale. Il a une activité de protection (contraction des muscles de Reissen des bronches pour éviter l'entrée des substances irritantes), il favorise un régime de détente en ralentissant le cœur, la respiration, stimule l'activité gastro-intestinale. Quand ces réactions sont extrêmes, on obtient la syncope.

Selon Alexander (1943), d'une façon générale, sous l'influence prépondérante du para-sympathique, l'individu abandonne ses problèmes extérieurs et se retire dans la profondeur de son existence végétative, tandis que sous la stimulation de l'orthosympathique, il néglige ou inhibe ses fonctions pacifiques de reconstruction et de croissance et porte toute son attention vers la solution des problèmes que lui posent les conditions de milieu.

Les manifestations périphériques de l'émotion dépendent donc de l'action du système nerveux végétatif sur l'organisme en son entier. L'émotion est intégrée dans la vie psychique par certaines zones du cortex cérébral, par l'hypothalamus, véritable cerveau végétatif au niveau duquel système cérébrospinal et système végétatif entrent en rapport intime. Le cortex temporal jouerait un rôle dans la peur, le cortex frontal, dans la douleur.

À la réponse émotionnelle immédiate, fait suite une réponse secondaire de nature différente. En général, un sentiment de détente fait suite aux émotions agréables. En même temps, s'installe une impression de bien-être, de satisfaction.

Mais la réponse émotionnelle secondaire ne découle pas de manière rigide de la réponse immédiate. Elle peut être inadaptative dans certains cas. Aux états de peur et de colère intense fait suite généralement une période de récupération avec sentiment de fatigue, apathie, dépression.

Pour prolonger ou provoquer les effets secondaires agréables des émotions, ou au contraire pour éliminer les effets négatifs de celles-ci, l'organisme développera des habitudes émotionnelles afin d'adapter notre conduite. Les habitudes émotionnelles ont en effet une valeur adaptative même si elles conditionnent une inadaptation (la timidité peut être dans certains cas une conduite adaptative pour limiter les effets de l'anxiété).

Une situation identique peut déclencher, chez plusieurs sujets, des émotions différentes. Des situations différentes peuvent déclencher une émotion identique chez un sujet déterminé. Toujours phénoménologiquement parlant, les déterminants des émotions paraissent provenir du stimulus ou dépendre de l'individu qui y est exposé. La plupart des stimuli émotionnels semblent appris en général par le conditionnement. Beaucoup de situations qui sont des stimuli pour des émotions négatives auraient été associées dans le passé du sujet à un stimulus non conditionnel déclenchant des émotions pénibles. Les conditionnements s'établissent en général très facilement pour les émotions négatives et une fois établis, leur extinction est beaucoup plus difficile que leur création. Chez l'homme adulte, les stimuli peuvent être des mots, des phrases, des attitudes d'autres personnes etc.

Dans la constitution de l'état émotionnel, le stimulus lui-même ne joue qu'un rôle déclenchant d'une série d'associations qui évoquent des situations antérieures à valeur émotionnelle. C'est ainsi que se constitue une *disposition émotionnelle*, basée sur des stimuli passés. Elle a une action sélective sur la perception de notre entourage. Elle nous fait attribuer une valeur de stimulus à tel ou tel élément du milieu.

La disposition émotionnelle dépend de l'histoire personnelle du sujet, de la structure de sa personnalité, mais dépend aussi de facteurs psycho-physiologiques que l'on appelle émotivité.

L'émotivité est la propriété fondamentale qu'a l'individu de réagir de manière psychique ou somatique à des stimuli physiques ou à des modifications de sa situation organique ou psychique. Elle est l'aspect le plus fondamental de l'affectivité (faite, elle, de toutes les réactions physiques et psychiques de l'individu devant toutes les situations occasionnées par la vie, qu'elles soient celles du monde extérieur ou du monde intérieur de l'organisme). On ne peut dissocier l'affectivité de l'activité pulsionnelle, de la pensée et de l'action.

Dans la vie affective, l'émotivité est limitée exclusivement aux réactions suscitées par des modifications brusques et immédiates de la situation du sujet. Elle embrasse, non seulement

les manifestations psychiques de ces réactions, mais aussi leur concomitant somatique, neuro-végétatif et expressif.

Il est bien entendu qu'il s'agit là, répétons-le, d'une approche phénoménologique de la vie affective.

Toujours dans le cadre de cette approche, Dupré (1925) a fait une très belle description de l'hyper-émotivité. Toutes les réactions émotionnelles sont excessives, tachycardie, rougeur ou pâleur, sudation, polyurie, spasmes coliques, spasmes faciaux et respiratoires, spasmes du rire et du pleurer. Selon lui, l'hyper-émotivité peut exister dès la naissance et paraître une disposition constitutionnelle. Elle se retrouve dans les expressions cliniques : obsessionnelle, anxieuse, hypocondriaque, etc. Elle peut aussi être occasionnée par des chocs affectifs, des ébranlements nerveux graves, tels que commotion cérébrale, des fléchissements de l'état général dans les états de fatigue par exemple, dans les intoxications (alcool, café, etc.), dans les modifications humorales, menstruation, puberté, ménopause, basedow.

L'émotion violente est biologiquement traumatisante. Elle modifie le pouls, la tension artérielle, la température, l'équilibre hydrominéral, la réserve alcaline, la formule sanguine, la sécrétion des stéroïdes urinaires... Si l'on sacrifie l'animal dans la phase d'alarme d'un choc émotif, on trouve comme dans tous les autres stress une hypertrophie des surrénales, une atrophie aiguë thymo-sympathique, des ulcérations gastro-duodénales. C'est ce que montraient les travaux de Selyé et de ses collaborateurs (1946). Ces réactions biologiques de l'émotion-choc ne se produisent pas en cas de destruction ou de blocage par neuro-lytiques du complexe diencéphalo-hypophysaire.

Les états de tensions émotionnelles engendrés par des situations conflictuelles ont des effets moins spectaculaires certes, mais sont cependant traumatisants et provoquent toutes sortes de perturbations fonctionnelles et même organiques. Les réponses végétatives aux stimuli émotionnels peuvent être divisées, selon Alexander, en deux grandes catégories correspondant aux deux attitudes émotionnelles primordiales : d'une part, la préparation à la lutte ou à la fuite en cas de nécessité (système

ortho-sympathique), d'autre part, la suspension totale de l'activité dirigée vers l'extérieur (système para-sympathique).

Quand un sujet est inhibé ou réprime sans cesse des impulsions d'hostilité ou d'auto-affirmation et ne réalise pas le comportement de lutte ou de fuite, il n'empêche que l'organisme demeure dans un perpétuel état de préparation, sans que les processus végétatifs mis en branle puissent se décharger dans l'action. Dans cet état de préparation chronique, sans aucun aboutissement, le retour à la normale ne se fait pas. Il peut en résulter des troubles comme l'hypertension artérielle chronique, des céphalées, ...

D'autres sujets se détachent émotionnellement de l'action, sont désespérés, appellent au secours. Leur organisme effectue un retrait végétatif et réagit de façon complètement inadéquate. Les sujets qui effectuent ce retrait végétatif font le contraire de ce qu'exige la situation ; l'exemple en est l'individu atteint de diarrhée au moment où le danger commande qu'il intervienne de façon appropriée :

Le vaste groupe de ce qu'on appelle les troubles fonctionnels du tractus gastro-intestinal appartient à ce chapitre. Toutes les formes d'indigestion nerveuse, de diarrhée nerveuse, de cardio-spasme, les formes variées de colites, certaines formes de constipation sont des exemples démonstratifs (Alexander, 1943).

Il ne faut cependant pas croire que le système nerveux ortho-sympathique et le système nerveux para-sympathique fonctionnent de manière absolument antagoniste. Chaque modification d'une partie du système nerveux autonome provoque instantanément des réactions compensatrices au niveau du système opposé. Ce n'est qu'à son début que le trouble peut être dû à une réponse purement ortho-sympathique ou para-sympathique.

Remarquons aussi que la prépondérance ortho-sympathique ou para-sympathique n'est pas le signe permanent de l'individu, mais seulement un état passager. Les comportements émotionnels qui en sont la cause peuvent se trouver chez la même per-

sonne dans différentes périodes de sa vie et même dans certains cas, on peut les rencontrer simultanément.

Le passage de l'émotion à la lésion n'est donc qu'un cas particulier d'une loi très générale qui postule qu'un désordre neuro-végétatif entraîne des manifestations fonctionnelles. Ces manifestations fonctionnelles, par leur intensité ou leur répétition, s'organisent et même s'organisent. Cette découverte n'est pas récente, comme en témoignent les travaux de Raynaud (1862) qui mettait à profit les découvertes de Claude Bernard (1858) sur les nerfs vaso-moteurs. La maladie de Raynaud, qui est une gangrène symétrique des extrémités, est due à un spasme de petits vaisseaux, lequel dépend de l'excitation des nerfs vaso-moteurs ortho-sympathiques. Cette affection, vasculaire et organique dans ses manifestations, se trouve en réalité être une *névrose du système végétatif*. Le trouble fonctionnel, par sa répétition, a créé la lésion.

De nombreux autres travaux ont été réalisés dans ce domaine. Reilly a démontré qu'une irritation non spécifique du système végétatif peut engendrer des lésions intestinales qui vont de la stase à l'œdème, la leucodiapédèse, l'érythrodiapédèse jusqu'à l'infarctissement avec ses conséquences ulcéraires et nécrosantes.

Certes, l'émotion, qu'elle soit violente ou rentrée, n'est pas la cause unique de toute la pathologie neuro-végétative. Des épines irritatives locales, telles l'arthrose rachidienne, peuvent provoquer d'importantes perturbations neuro-végétatives. L'émotion demeure cependant une des causes essentielles de cette pathologie.

Les premiers psychanalystes, qui se sont intéressés aux pathologies corporelles à partir d'une approche phénoménologique, pourrions-nous dire, et sur un mode d'une causalité quasi-linéaire, avaient voulu étendre la conception de l'hystérie de conversion à toutes les formes des troubles psychogènes du corps, même ceux qui se déroulent dans les organes viscéraux. Pour ces auteurs, une hémorragie intestinale aurait une signification symbolique, semblable au système de conversion.

Cependant, les organes viscéraux étant contrôlés par le système nerveux autonome sans connexion directe avec les processus conceptuels, Alexander (1943) estime qu'il faut réserver le terme d'hystérie de conversion aux expressions symboliques des contenus psychiques se manifestant seulement dans le domaine d'innervation volontaire, (tels le langage, les grimaces, le rire, les pleurs) et dans le domaine de l'innervation sensorielle. Les viscères tels le foie, l'estomac, etc. n'expriment pas symboliquement des idées, mais sont influencés par toutes les tensions émotionnelles susceptibles de se répandre dans toutes les parties du corps, par l'intermédiaire des voies cortico-thalamiques et des fibres autonomes.

À l'état normal, après le relâchement de la tension émotionnelle, les fonctions somatiques reviennent à leur équilibre antérieur. Toutefois, quand ces stimulations ou inhibitions des fonctions végétatives deviennent chroniques et excessives, on les considère alors comme des névroses d'organes avec apparition de troubles fonctionnels. Ce sont des troubles causés en grande partie par des impulsions nerveuses ayant pour origine les processus émotionnels modulés par les aires corticales et sous-corticales du cerveau.

Dans le trouble fonctionnel, il n'y a pas de lésions anatomiques et seules la coordination et l'intensité des fonctions sont perturbées. Mais, réversibles dans un premier temps, ces perturbations entraînent à la longue des désordres organiques sérieux associés à des modifications morphologiques. C'est ainsi que l'hyperactivité du cœur entraîne une hypertrophie du myocarde, que la paralysie hystérique d'un membre peut entraîner une dégénérescence des muscles et des articulations à la suite de leur immobilisation.

L'appareil digestif constitue un des domaines privilégiés de la médecine psychosomatique. Il est bien connu qu'un étudiant a souvent, à l'approche des examens, de l'anorexie, des nausées ou de la diarrhée. L'homme d'affaires peut avoir de l'indigestion, des brûlures d'estomac ou des maux de ventre au moment d'entrevues décisives ou de difficultés financières. Même l'enfant, quand il a de la peine à s'adapter à la vie scolaire, peut avoir



des vomissements au moment de partir pour l'école. Physiologiquement, cela s'explique par le fait que l'appareil digestif est l'un des plus richement innervés du point de vue végétatif avec d'importantes connexions viscéro-cérébrales. En outre, le fonctionnement du tube digestif revêt une importance émotionnelle primordiale et ce, dès les premiers jours de la vie.

Alexander (1943) conçoit donc dynamiquement ce qui est à l'origine de l'instauration d'un trouble du corps puisqu'il met la notion de conflit au premier plan, avec l'intervention de la notion de terrain ou de complaisance somatique. À mon avis, la situation actuelle de conflit peut, à la limite, être référée à la névrose actuelle freudienne compte tenu de ce que Freud (1895) considère comme à l'origine de cette pathologie : une insuffisante élaboration psychique de la libido. Selon Alexander (1943) la maladie somatique naîtra de la conjonction qui s'établira entre la sensibilité propre du sujet, sa prédisposition somatique et la réactivation ou la surcharge que constitue la situation présente à vivre. Alexander insiste particulièrement sur l'importance des différences individuelles. Bien que mettant au premier plan la notion de conflit, Alexander me semble cependant plus proche de Janet que de Freud.

Janet, dès 1903 (*Les névroses*), refuse d'expliquer la maladie par la lésion ou par la psychogénèse pure et introduit le terme de *maladie fonctionnelle*. Il parle d'*altération fonctionnelle*. Il s'agit de fonctions qui ne s'exercent pas, du moins dans leurs parties supérieures tandis que leurs parties inférieures, élémentaires, continuent à s'exercer normalement. Janet prend l'exemple de l'alimentation qui doit s'adapter à des circonstances particulières, par exemple à des rites sociaux, au *dîner en ville*, qui correspondent à la partie hiérarchiquement supérieure de la fonction. Il en est de même des fonctions sexuelles. Même si le physiologiste ne soupçonne pas que ces phénomènes fassent partie des fonctions sexuelles de l'humanité, il y a une pathologie des fiançailles et une pathologie du voyage de noces. C'est justement sur cette partie supérieure des fonctions et sur leur adaptation aux circonstances présentes que portent les névroses.

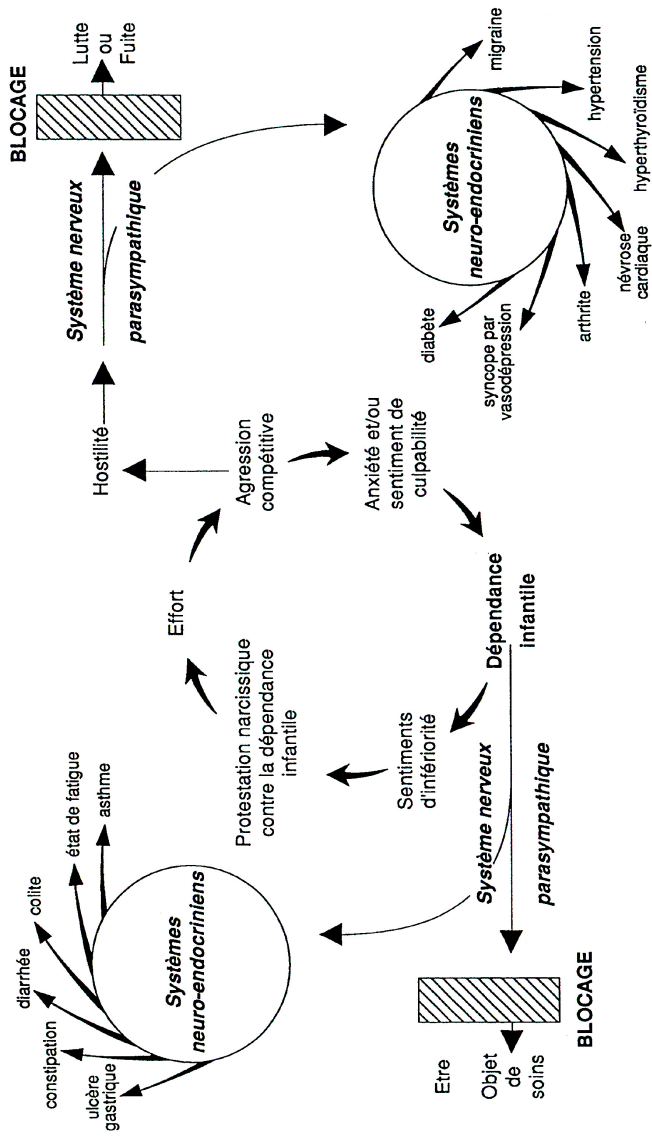


Illustration schématique du concept de la spécificité dans l'étiologie du trouble des fonctions viscérales.

(F. Alexander, 1943, *La médecine psychosomatique*, Petite bibliothèque Payot, 1962, p. 53).

Il considère les névroses comme des troubles ou des arrêts de l'évolution des fonctions. D'où, selon lui, la différence entre les détériorations des fonctions anciennes, caractéristiques des démences, et les arrêts d'évolution, caractéristiques des névroses. Face à ces phénomènes négatifs, il y aurait aussi des phénomènes positifs. Ceux-ci se manifestent à la place des activités altérées ou supprimées. L'agitation physique et mentale et surtout l'émotivité se développeraient à la place des opérations supérieures. Rappelons que, pour lui, l'émotivité n'est que la tendance à remplacer les opérations supérieures par l'exagération de certaines opérations inférieures et surtout par de grossières agitations viscérales. Cet arrêt d'évolution et l'activité régressive qui en résulte seraient dus à ce que Janet (1903) appelle *tension psychologique*. Le degré de la tension psychologique ou l'élévation du niveau mental se manifestent par le degré qu'occupent dans la hiérarchie les phénomènes les plus élevés auxquels le sujet puisse parvenir. On pourrait comparer l'arrêt de développement de la fonction à l'agénésie d'un organe et ce, malgré le caractère dynamique et conditionnel introduit par la notion de *maladie fonctionnelle*. Qu'il s'agisse de trouble lésionnel ou fonctionnel, la maladie est une entrave à l'existence du sujet et ne représente pas autre chose dans son existence.

Les découvertes de Freud renverseront cette perspective : les névroses, les psychoses, les perversions ne seront plus considérées comme un manque ou une incapacité conduisant le sujet à mener une existence tronquée, mais elles sont les manifestations-mêmes de l'existence du sujet qui demandent pour être déchiffrées dans le champ du transfert, un lieu d'adresse et un bon entendeur.

Si Alexander (1943) insiste particulièrement sur l'importance des différences individuelles, Dunbar (1944) critique ce qui fait la spécificité individuelle de chaque cas. Elle soutient qu'il existe des profils psychologiques qui seraient associés à un type particulier de maladies du corps (personnalité du diabétique, de l'hypertendu, du coronarien, etc.) L'expérience nous montre qu'il s'agit d'une approche de type phénoménologique globalisante

dans laquelle, les individus pris un à un, ne se conforment pas. Alors que Alexander situe la maladie psychosomatique dans la décharge impossible de l'énergie par les voies motrices et mentales, Dunbar soutient qu'il existe une personnalité prémorbide conditionnant et l'apparition d'une somatose et sa localisation dans l'organisme. La qualité de la personnalité a davantage d'importance pour la localisation de la maladie que la nature de l'émotion. Notons cependant que Dunbar met l'accent sur la situation d'un vécu émotionnel dans son rapport au système inconscient-conscient. L'exclusion d'un conflit hors de la conscience créerait une sorte de court-circuit par des mécanismes sous-corticaux. Enfin la maladie peut aussi être d'origine exogène. Une agression externe rencontre une personnalité qui fragilise un lieu déterminé de l'organisme, préparant le terrain de la somatisation.

Engel (1958) parle de perte d'objet, réel ou imaginaire. Il insiste sur les sentiments de perte d'aide et de perte d'espoir qui lui font suite comme éléments déchainant la maladie. Il étaye sa théorie par l'utilisation de la statistique qui montrerait une augmentation significative du taux de mortalité de l'entourage proche du sujet, avec apparition de la maladie dans l'année qui suit le décès.

Mistcherlich (1956) développe la théorie d'une défense biphase. Les troubles psychosomatiques apparaîtraient quand les patients présentant des problèmes névrotiques ne sont plus capables d'utiliser des mécanismes de défense psychique pour faire face à une perte d'objet.

Toutes ces théories appréhendent les troubles à partir du même modèle : le conflit intra-psychique. Les malades psychosomatiques apparaissent comme souffrant de névroses sévères. Nous retrouvons la dichotomie entre psyché et soma puisque des facteurs psychiques seraient à l'origine de certaines maladies, alors que des facteurs somatiques le seraient pour d'autres affections. Il nous faut cependant objecter qu'il n'y a pas de vie psychique sans la relation aux autres (rivaux potentiels et néanmoins interlocuteurs, voire partenaires obligés) et à l'Autre.

Balint (1957) tente de réduire cette dichotomie en mettant l'accent sur la relation soignant-soigné, relation qui semble souvent avoir un rôle déterminant sur l'amélioration de l'état pathologique du soigné. Il indique deux conditions indispensables à toute relation thérapeutique : que le thérapeute ne soit pas nocif pour le patient et que le patient ne soit pas nocif pour le thérapeute. Sa théorie du *défaut fondamental* (1971) est une hypothèse intéressante concernant l'origine de la maladie.

Balint soutient que la relation duelle primitive mère-enfant n'a pas de structure commune avec les relations pré-œdipiennes ou œdipiennes. Cette relation trouve sa structure essentielle dans la disparité de ces deux êtres liés par l'*unité duelle*. Dans cette optique, le *courant de l'attente* est à sens unique. L'enfant, en effet, ne saurait concevoir que son *objet* puisse pourvoir à autre chose qu'à ses besoins et qu'il agisse au nom d'intérêts qui lui soient propres. Le *défaut fondamental* procède de l'inexprimable de tout le vécu traumatique de l'enfant provoqué par l'adulte (mère ou substitut), du fait de ses attitudes ou de sa langue conventionnelle. Le *défaut fondamental* renverrait à ce qui, pour certains psychanalystes, serait un non-langage.

Ainsi ce que le patient atteint (comme tout un chacun) de ce *défaut fondamental* tenterait de communiquer par un message quasi-indéchiffrable serait de l'ordre de : « Que le thérapeute, cette fois, ne vienne pas me faire défaut ! »

La théorie du *défaut fondamental* s'articule à la notion de création : création artistique, photographique, acquisition d'un *insight*, maladie comme création. En ce sens, Balint s'interroge sur deux phénomènes primordiaux : les phases précoces de l'entrée dans la maladie physique ou psychique et la guérison spontanée d'une maladie. À partir de là, il élabore trois notions nouvelles :

- celle des *pré-objets*, présents dans la zone de création, tellement primitifs qu'on ne peut les considérer comme *organisés*. Ce n'est que lorsque le travail de création a réussi à les rendre *organisés* (ou entiers) qu'une véritable organisation œdipienne, verbale, peut s'établir entre eux et les

objets externes. Cette formulation correspond étroitement à la notion de *période inorganisée de la maladie*, connexe de celle de *compagnie d'investissement mutuel*.

- celle de l'existence permanente d'interactions primitives et consubstantielles entre le *défaut fondamental* et la création. Il en découle une source matricielle des maladies, à un niveau très archaïque. Les *maladies cliniques* pourraient être considérées comme les symptômes ou les exacerbations de la *Maladie fondamentale* déclenchée par les différentes crises du développement de l'individu, qu'elles soient externes ou internes, psychologiques, biologiques, ...
- celle du silence du patient. Selon Balint, le patient silencieux fuirait quelque chose, mais aussi vers quelque chose. Cette fuite serait dirigée vers un état où le patient se sentirait en sécurité relative. Cela permet d'aborder la question de la régression. Balint donne à la régression spontanée et unitaire son sens paradoxal de forme de vie. En ce sens, la régression est une initiative thérapeutique ou plutôt une initiative pour vivre.

Balint pose, comme situation originelle, la situation à deux personnes. C'est par *simplification* que l'on aboutit à une situation à une seule personne. Cette *simplification* détermine la *zone de création*. Elle ne peut être le vécu éprouvé d'une situation réelle. Elle est une fantasmatisation s'opérant par un retrait de la réalité. Cela permet à Balint d'énoncer que la *zone de création* se détermine quand le sujet se détourne de la réalité (c'est la fantasmatisation). Mais la simplification ne saurait néantiser la réalité d'un vécu antérieur qui, dès le départ, est toujours duel.

On peut se demander si cette situation originelle à deux personnes n'est pas elle aussi une simplification car, entre l'enfant qui deviendra l'adulte et l'autre, qu'il soit maternel, paternel, fraternel, qu'il exerce une fonction de soin, une fonction d'autorité ou de subordination, il y aura toujours entre eux, et d'entrée de jeu, le champ de la parole et du langage, qui n'est pas sans lien avec ce que Freud appelait l'*Autre scène*.

Rappelons aussi que pour Freud (1900) tout rêve a pour fond, pour décor, l'image archaïque du corps.

Selon Balint, il y aurait dans la prime enfance :

- des reliquats de l'investissement primitif de l'environnement, transférés sur des objets en voie d'émergence.
- d'autres reliquats de l'investissement primitif retirés sur le moi, jouant le rôle de *consolateur* secondaire face aux frustrations. Il s'agit d'investissements narcissiques ou auto-érotiques.
- des réinvestissements émanant du narcissisme secondaire du moi.
- enfin une autre forme d'investissement aboutissant au développement de structures *ocnophiles* et *philobates*. Ces structures seraient des cas particuliers du *défaut fondamental*.

L'*ocnophile* est celui qui réagit à l'émergence des objets en s'y agrippant, en les introjectant. Le *philobate* surinvestit ses propres fonctions du moi, développant ainsi des aptitudes à subvenir seul à ses besoins, avec une aide nulle ou minime de ses objets.

La *zone de création* et le complexe d'Œdipe s'édifieraient sur les bases du *défaut fondamental*. La création est caractérisée par l'absence de tout objet externe. Cela laisse entendre que le processus de création peut susciter un objet interne, particulièrement la maladie qui fonctionnerait là comme création.

La transformation du pré-objet en objet véritable dépend de l'existence de chaque sujet. Balint suppose trois situations chronologiques successives et différentes : le sujet seul avec son souci, le sujet avec son pré-objet, le sujet avec le pré-objet rendu *entier* ou *organisé*. Le sujet ne peut se saisir qu'en rapport avec ce qu'il crée. Quand il établit un rapport avec sa création, le temps existe et il devient le sujet de son existence temporalisée. Balint souligne que la création s'avère être, dans certains cas, pire que la réalité à laquelle le sujet voulait échapper. C'est le cas de certaines maladies.

Von Uexküll (1962) introduit la théorie des unités fonctionnelles ou circulaires combinée avec le concept de stress de Selyé (1946). Il y intègre l'apport de différentes disciplines : psychologie, linguistique, biologie, pour constituer une théorie psychoso-

matique incluant la dimension somatique et psychique, en négligeant cependant la dimension métapsychologique.

Les travaux de Alexander ont été repris par un groupe d'auteurs français qui ont signé leurs œuvres en commun : Marty, Fain, David et de M'Uzan (1963).

Leur première démarche est de faire de la conversion un mécanisme uniquement névrotique. Ils introduisent dans le champ psychosomatique un autre concept, celui de *somatisation*.

Ce concept désigne un *passage*, l'aboutissement d'un processus. Ces auteurs définissent la somatisation essentiellement par des *carences* :

- Carence des relations objectales avec un transfert très rudimentaire et un dialogue pauvre.
- Carence dans le sens : « Le symptôme psychosomatique est bête ».
- Carence de la fonction symbolique : le malade psychosomatique ne peut, de ce fait, obtenir de satisfaction narcissique. Cette dimension symbolique qui fait défaut dans le mode d'activité mentale, est considérée par ces auteurs comme la caractéristique des patients psychosomatiques les plus purs. Elle a été dénommée *pensée opératoire*. Il ne s'agit pas d'une pensée rudimentaire, car elle peut même être féconde techniquement, mais il lui manque, selon Marty et de M'Uzan, toujours la référence à un objet intérieur vivant.
- Carence de la vie fantasmatique, le fantasme est écrasé. David parle d'ailleurs de fantasmothérapie comme traitement psychosomatique.
- Le matériel recueilli au cours des entretiens n'a aucune valeur étiologique puisque le symptôme n'a pas de sens. On voit donc qu'il s'agit là surtout d'une théorie du déficit. Le champ psychosomatique serait déficitaire quant à la mentalité normale, quant à la névrose et quant à la psychose.

Cette conception semble très proche de la conception de Janet (1903) qui considère les névroses comme des troubles ou des arrêts de l'évolution des fonctions. Cet arrêt d'évolution et l'activité régressive qui en résulte pourraient être comparés à l'agénésie d'un organe. La conception de Marty semble aussi être très



proche de celle de Dunbar (1944) qui soutient qu'il existe une personnalité pré-morbide.

Aux conceptions de Marty et de l'école psychosomatique de Paris, Valabrega (1966) oppose point par point les critiques suivantes :

- Comment, en ce qui concerne la carence des relations objectives, concevoir l'accessibilité du symptôme psychosomatique, même malaisée ou relative à l'analyse ?
- Quant à l'existence d'une pensée sans fanstasme, elle est difficilement soutenable du point de vue de la théorie psychanalytique.
- On sait aussi que, même dans l'analyse d'une névrose, le symptôme ne prend son sens qu'à posteriori, après la reconstruction analytique et donc dans le champ du transfert.
- Il faut enfin rappeler la description de cures authentiquement analytiques de troubles psychosomatiques, rares, il est vrai.

Aux lieu et place de la définition par la carence, Valabrega propose de reprendre le concept de conversion. Il pense que les domaines respectifs de l'hystérie et de la conversion ne se recouvrent, ni ne doivent être confondus. Il ne supprime pas le concept freudien de conversion, mais essaye de reprendre la théorie au point où Freud s'est arrêté. Il se base pour cela sur l'existence de symptômes de conversion non hystérique, observables dans la phobie, la névrose d'angoisse, la névrose obsessionnelle, l'hypocondrie, la schizophrénie, etc. Il ne lui paraît ni nécessaire, ni suffisant de se limiter à l'hypothèse « d'un noyau hystérique commun à toute névrose » et pense qu'il serait plus exact de parler de noyau conversionnel plutôt qu'hystérique.

En outre, conservant la théorie de l'expression symbolique motrice, il la dépasse en parlant de symbolisations qui peuvent être manifestement viscérales, comme l'avait déjà dit Freud. Ceci fait qu'il n'y a ni équivalence, ni confusion entre symbolisation et motricité. La conversion n'est pas plus le mécanisme spécifique et unique de l'hystérie, que le déplacement n'est le mécanisme unique de la névrose obsessionnelle.

Valabrega sépare donc le champ conversionnel du champ hystérique et introduit le concept de *conversion psychosomatique*. Ceci l'amène tout naturellement à attribuer une place prépondérante au problème du fantasme. En effet, dit-il, cette pauvreté du fantasme psychosomatique, cette *mimique* de fantasme dont parle Marty, comment la concevoir autrement que comme une conversion motrice du fantasme toute instantanée ou temporaire qu'elle puisse être ?

Rappelons que pour Lacan (1957, p. 518) « les contenus de l'inconscient ne nous livrent en leur décevante ambiguïté nulle réalité plus consistante dans le sujet que l'immédiat ; c'est de la vérité qu'ils prennent leur vertu, et dans la dimension de l'être : Kern unseres Wesen, les termes qui sont dans Freud [...]. Entre le signifiant énigmatique du trauma sexuel et le terme à quoi il vient se substituer dans une chaîne signifiante actuelle, passe l'étincelle, qui fixe dans un symptôme, — métaphore où la chair ou bien la fonction sont prises comme éléments signifiants —, la signification inaccessible au sujet conscient où il peut se résoudre ».

Donc parler d'absence de transfert en médecine psychosomatique, c'est s'en tenir à une impression clinique immédiate consciente et j'ajouterai c'est s'arrêter à une description phénoménologique. Ce qu'il faut plutôt voir, d'après Valabrega, c'est que, chez le malade psychosomatique, le symptôme constitue la barrière (je dirai transférentielle) élevée entre lui et le médecin : il s'agit d'une barrière du corps ou de la fonction corporelle. On doit en effet se souvenir, qu'avant l'assomption jubilatoire par l'enfant de son unité devant le miroir, il y a eu toute une période préverbale où prévalait un pré-moi corporel non unifié, mais cependant creusé des premiers rudiments de la vie fantasmatique. C'est cette barrière corporelle qui maintient captifs les fantasmes. Le fantasme est pris dans le symptôme. Selon moi, même si l'enfant ne maîtrise pas encore les outils significatifs de la parole et du langage, il est néanmoins d'ores et déjà pris dans cette mélodie signifiante, créée à trois (la mère, l'enfant et l'Autre) que constitue *la lalangue*, lalangue à partir de laquelle il s'agira d'entendre et de dire, et ce du lieu de son propre corps.

D'où l'intérêt des travaux de Dolto (1984) sur l'image inconsciente du corps.

Brisset (1964) étudie les rapports entre l'hystérie et la pathologie psychosomatique. Il pose la question *d'avoir ou d'être un corps*, d'exister à travers un corps. Etudier les rapports entre l'hystérie et les symptômes psychosomatiques pose le problème de la *somatisation* c'est-à-dire celui des expressions somatiques, pathologiques, considérées par hypothèse comme significantes à l'égard de l'expérience vécue. Si le symptôme hystérique est lisible, le symptôme psychosomatique par contre concernerait plutôt *l'aventure de la perte du sens dans la profondeur de l'organisme*. Brisset constate que l'hystérie de conversion a considérablement perdu de sa fréquence depuis une cinquantaine d'années tandis que les syndromes psychosomatiques paraissent avoir regagné une grande partie du terrain perdu par l'hystérie. Cela s'expliquerait par le fait que l'expressivité hystérique a libre cours dans les sociétés peu évoluées mais serait malséante et culpabilisante dans nos sociétés modernes. Brisset énonce alors sa théorie du « refoulement progressif des affects ... Dans la vie psychique normale, l'émotion peut être vécue comme telle, et exprimée (déchargée) par la parole ou l'activité, sinon elle est refoulée ».

- 1<sup>er</sup> stade du refoulement : hystérie manifeste (crises ou symptômes durables)
- 2<sup>e</sup> stade : crises de somatisation hystéro-anxieuses (troubles fonctionnels, angoisse « *flottante* » )
- 3<sup>e</sup> stade : organisation hystéro-psychosomatique (troubles fonctionnels, douleurs chroniques, asthme, allergies dans leurs formes bénignes)
- dernier stade : somatisation complète (maladie psychosomatique grave).

En conclusion, l'hystérie manifeste d'une part, et la maladie générale d'autre part, se situeraient aux deux extrémités d'une chaîne que constitue le processus de *somatisation*. Ce processus serait graduel et la recherche d'une frontière entre hystérie et maladie serait illusoire.

Cette hypothèse est séduisante et a le mérite de la clarté. Cependant parler du refoulement progressif des affects est une hérésie psychanalytique. Freud (1915) dans sa conceptualisation de l'inconscient, soutenait que seuls les *Vorstellungen* étaient concernés par l'inconscient et subissaient l'effet du refoulement. L'affect doit d'abord être pris en charge par une représentation qui, elle, pourrait être concernée par le refoulement. L'affect fait signe au corps, il est pour Lacan ce qui du corps « pâtit du signifiant ».

Poursuivant ses travaux de 1963 Marty (1976, 1980), quant à lui, essaye de comprendre, d'une part les mécanismes régissant l'état de santé d'un individu et, d'autre part, ceux qui entrent en jeu quand il tombe malade ; il part du principe évolutionniste et met l'accent sur l'organisation et la hiérarchie progressive des fonctions qui se mettent en place au cours du développement : les mouvements progrédients repérables dans l'enfance intègrent toutes les phases de l'évolution libidinale et renforcent la chaîne évolutive centrale, dont l'axe, à proprement parler mental, s'avèrera alors bien développé. Il y aura des points de fixation dont la solidité constituera un des éléments essentiels des possibilités évolutives ultérieures du sujet. Leur nombre et leur intensité se constitueront à travers des mouvements d'organisation ou de désorganisation.

Au terme de son développement (mais y-a-t-il d'une part un terme au développement et, d'autre part, ce concept tient-il suffisamment compte de toutes les potentialités contenues dans la théorie freudienne de l'après-coup ?) l'individu aboutirait à une organisation mentale riche en points de fixation échelonnés tout au long des stades de l'évolution libidinale. Il présenterait alors une organisation mentale repérable relevant d'organisation névrotique ou psychotique franche. Il n'empêche qu'un mouvement d'organisation-désorganisation s'effectuerait à travers des chaînes évolutives multiples. Ces chaînes et dynamismes latéraux constitueraient des échappées sublimatoires, perverses, ou somatiques, précieuses pour l'économie psychosomatique du sujet. Il en résulterait une complexité de divers ajustements conduisant au maintien de l'homéostasie générale (mais

qu'advient-il de *l'au-delà du principe de plaisir* freudien ?).

De nombreux facteurs favoriseront ou empêcheront la constitution de points de fixation spécifiques à chaque individu : facteurs constitutionnels et facteurs dus à l'environnement liés aux particularités des relations primitives avec la mère et aux aléas de l'histoire vécue. L'organisation psychosomatique résulte de l'interaction de tous ces éléments avec leurs caractéristiques propres, leurs lignes de force liées à la qualité et au nombre des points de fixation, leurs failles en rapport avec le code génétique et les avatars de son histoire. Tous ces éléments auront ou non donné des possibilités de rattrapage permettant au programme de développement de s'effectuer et à la vie de se maintenir. La vie, en effet, se maintient en fonction du jeu réciproque des forces qui vont dans le sens de l'organisation fonctionnelle, dirigée par la pulsion de vie, et les forces antagonistes de la désorganisation des ensembles fonctionnels, animée par la pulsion de mort. La sensibilité individuelle aux traumatismes introduit des modifications considérables dans ce schéma. Mais seul le traumatisme interne a valeur en soi. Marty entend par trauma une expérience d'absence de secours dans les parties du moi qui doivent faire face à une accumulation d'excitations d'origine externe, ou interne, accumulation qu'il ne peut maîtriser. Prédomine le point de vue économique avec, au premier plan, la notion d'une surcharge quantitative ou qualitative d'excitations. À cela s'ajoute l'effraction des limites du Moi.

Après un traumatisme, un mouvement de désorganisation atteint les fonctions les plus évoluées, selon une pente contre-évolutive. Ses effets régrédients ne peuvent être arrêtés que par un point de fixation suffisamment solide. Il y aura alors constitution d'un palier de régression favorisant dans un second temps la réorganisation. Marty propose de rajouter aux névroses, psychoses et perversions, les névroses de caractère et les névroses de comportement comme d'autres modes possibles de réponse au traumatisme.

Les névrosés de caractère n'auraient pas constitué de solides points de fixation sur le plan mental et ne présenteraient pas un

fonctionnement psychique continu au niveau des deux systèmes topiques. Leur pré-conscient serait peu perméable et ils auraient un *Surmoi* altéré. Ils manifesteraient des traits de caractère d'importance et de valeur fonctionnelle variables selon les sujets. Cela peut aller d'une organisation mentale avec une frange névrotique dotée de vigueur fonctionnelle jusqu'à des organisations dotées de défenses mentales précaires.

Quant aux névrosés de comportement, ils se spécifieraient dans le recours à l'activité et aux conduites extérieures. Ils n'ont pu se constituer un *dedans* et tout semble se passer au-*dehors*, avec des objets extérieurs nécessairement réels. Quand ces derniers viennent à leur manquer, il peut en résulter des désorganisations somatiques. Ils présenteraient une importante altération de la première topique, avec perte de la valeur fonctionnelle du pré-conscient. Cela s'accompagne de modifications proportionnelles de la seconde topique : moi fragilisé, peu différencié, *Surmoi* fruste, renvoyant à un idéal normatif et socialisé, sans caractéristiques personnelles. Chaque fois qu'ils sont confrontés à un traumatisme, ils ne peuvent mettre en œuvre une symptomatologie mentale positive, puisqu'ils en sont dépourvus. Le mouvement de désorganisation qui en résulte ne peut être arrêté que sur un point de fixation-régression concernant une chaîne somatique avec tous les aléas que cela comporte.

Cette classification nosographique permettrait à Marty (1980) d'envisager les modes de réactions individuelles les plus probables face au traumatisme ainsi qu'une prise en charge thérapeutique modulée selon le système économique du sujet. L'individu serait ainsi saisi dans sa totalité du moment comme dans la dynamique évolutive du déroulement de sa vie. Il importe donc de repérer dans le temps les diverses atteintes somatiques et les différentes manifestations liées au fonctionnement psychique (comportement, caractère). Cela situe la valeur économique d'un symptôme somatique actuel qu'il conviendrait de ne pas réduire trop rapidement, afin de permettre à un sujet, engagé dans un mouvement de désorganisation, de constituer un éventuel palier de réorganisation sur un point de fixation régressive situé sur

une chaîne évolutive somatique « ... Que la visée d'intervention soit prophylactique au cours du développement ou des réorganisations, qu'elle soit thérapeutique dans les désorganisations progressives pour tenter d'arrêter le mouvement contre-évolutif ou dans les régressions pour soutenir les réorganisations fonctionnelles, il convient toujours de veiller à ce que le système fonctionnel auquel on s'intéresse reçoive la quantité nécessaire d'excitations sans se trouver débordé par ces excitations ». Marty parle même d'un dosage des excitations s'accomplissant successivement à deux niveaux par un système fonctionnel donné : au niveau de *l'automaton* qui serait celui du fonctionnement itératif et au niveau de la programmation. Marty parle aussi des perspectives prophylactiques et thérapeutiques qu'ouvrirait son hypothèse sur deux principes fonctionnels inscrits dans l'évolution de l'inconscient.

Que veut dire Marty par *l'évolution de l'inconscient* dont Freud (1915) nous dit qu'il fonctionne selon la logique des processus primaires, et que peut signifier ce *dosage des excitations* ? Entend-il par là une manipulation qui n'aurait rien à voir avec un transfert analysé mais avec la suggestion ? N'oublions pas que, pour Freud, l'inconscient est lieu de mémoire. Plus qu'un réservoir de souvenirs, il est mouvement de création.

Ne pas guérir trop vite un patient de sa symptomatologie peut avoir une valeur secondaire réorganisatrice. C'est dire l'accent mis sur le temps de la régression comme étape indispensable à la réorganisation. Pour cela Marty propose de distinguer quatre systèmes économiques fondamentaux définissant les mouvements évolutifs et/ou contre-évolutifs à l'œuvre chez tout sujet.

- 1 Les désorganisations apparentes concernent surtout les névroses de comportement. Les aménagements mentaux sont d'une précarité telle que les sujets sont totalement démunis quand ils sont confrontés à la disparition physique de leurs objets privilégiés, indispensables à leur fonctionnement. L'apparition de la maladie s'avère d'emblée grave et exige des

mesures thérapeutiques médicamenteuses ainsi que des modifications palliatives de l'environnement.

- 2 Les désorganisations progressives survenant chez les névrosés de comportement et parfois aussi chez les névrosés de caractère. Les mouvements de désorganisation varient selon les individus et les moments de la vie avec une allure lente, des pauses sur des paliers de réorganisation peu solides. La désorganisation peut aboutir à la mort. En règle générale, il y a passage d'une maladie à une autre avec aggravation de la symptomatologie générale.
- 3 Des régressions globales atteignant des structures relativement solides (névrotiques, psychotiques, névroses de caractère à frange névrotique ou psychotique constante). L'équilibre économique est stable, même si le sujet présente une symptomatologie mentale ou somatique grave. Celle-ci n'engage pas le pronostic vital.
- 4 Des régressions partielles qui peuvent se présenter dans toutes les structures. Ce sont des manifestations symptomatiques, transitoires ou durables, mentales ou somatiques. Le mouvement évolutif général n'est pas entravé. Il reste positif, marqué par le travail des pulsions de vie.

Le caractère dynamique évolutif de l'économie du patient psychosomatique va de pair avec l'irrégularité du fonctionnement mental. Chez les névrosés mentaux et les psychotiques bien organisés, cette irrégularité sera moins marquée. Ils peuvent répondre aux traumatismes par l'exacerbation de leur symptomatologie mentale habituelle, ceci les mettant à l'abri d'un mouvement de désorganisation somatique. Pour les autres, l'irrégularité du fonctionnement mental peut être augmentée, déclenchée même par le traumatisme, entraînant la dépression essentielle où pourrait s'installer la vie opératoire.

Le sujet, en état de dépression essentielle, ne perçoit pas celle-ci et ne reconnaît pas le manque et la souffrance. Il s'agit d'un moment en suspens, prélude à une désorganisation. Il importe de mettre en œuvre, rapidement, une prise en charge psychothérapique pour en enrayer l'ampleur. Le sujet fonctionne sur un



mode mécanicisé, avec recours sur le plan mental à la vie opératoire, c'est-à-dire un type de pensée où domine la référence au factuel et à l'actuel. Les problèmes conscients du présent rendraient impossible l'émergence des représentations et des affects liés à la réactivation des traces mnésiques, des souvenirs et des pensées latentes. C'est un sujet sans référence au passé ni au futur, entièrement immergé dans la réalité concrète, surinvestie du présent. En résumé, selon Marty, la symptomatologie mentale ou somatique n'a de sens que rapportée à l'économie générale du sujet. Le point de vue économique importe en premier lieu, mais ne sont exclus ni le point de vue topique, ni le point de vue dynamique. Appréhender l'économie psychosomatique du sujet, c'est replacer ce sujet dans le déroulement de ce qui fait sa vie, compte tenu de ses particularités constitutives génétiques et relationnelles. C'est le situer dans son histoire économique.

Je voudrais insister sur la question du transfert et rappeler que Freud dans *La technique psychanalytique* (1912, p. 51) nous mettait en garde en disant :

N'oublions pas que tout individu, de par l'action concomitante d'une prédisposition naturelle et des faits survenus pendant son enfance, possède une manière d'être personnelle, déterminée, de vivre sa vie amoureuse c'est-à-dire que sa façon d'aimer (*lui et l'autre, libido narcissique et libido d'objet pourrions-nous dire aussi*) est soumise à certaines conditions, qu'il y satisfait certaines pulsions et qu'il se pose certains buts. On obtient ainsi une sorte de cliché (quelque fois plusieurs), cliché qui, au cours de l'existence, se répète plusieurs fois, se reproduit quand les circonstances extérieures et la nature des objets aimés accessibles le permettent et peuvent, dans une certaine mesure, être modifiés par des impressions ultérieures.

N'est-ce pas la définition de l'histoire de tout sujet, celle que réactualise le transfert, celle de sa créativité, ainsi que des répétitions de ses amours, de ses conflits, de ses pertes, de ses deuils ?

S'inspirant des travaux de Marty, Debray (1983, *L'équilibre psychosomatique*) tente d'apprécier les potentialités de vie ou de survie d'un individu à un moment donné de son existence. Elle

s'intéresse aux diabétiques insulino-dépendants, sujets atteints de maladie irréversible, avec d'importantes complications secondaires, se déclenchant très souvent lors d'un brusque changement traumatique de l'environnement. Debray émet l'hypothèse que l'angoisse, signal d'alarme, ne fonctionne pas chez les patients psychosomatiques, empêchant par là toute préparation physiologique et psychique à l'agression. Elle constate cependant qu'il n'y a pas de profil psychologique commun à ces diabétiques et que la maladie est diversement supportée, selon le fonctionnement mental de chaque individu.

Elle dit avoir constaté que la maladie apparaît, mais est circonscrite et assumée, quand la seconde topique est vigoureuse et que la première topique est de bonne qualité fonctionnelle. À l'inverse, le diabète est inassumable et envahissant quand la seconde topique est mal différenciée et que le pré-conscient est de faible valeur fonctionnelle. Par une démarche contre-évolutive, elle tente de repérer les moments d'apparition du diabète (périodes de crises) et de définir les traumatismes précédant l'apparition de la maladie.

Elle constate que le diabétique bien équilibré se rangerait dans le cadre des névroses de caractère, bien ou moyennement mentalisées. Quant au diabétique instable, il présenterait ou une névrose de caractère mal mentalisée ou une névrose de comportement. Elle distingue quatre périodes sensibles selon l'âge d'apparition du diabète : l'âge du conflit œdipien, l'adolescence, la naissance des enfants, les périodes sensibles individuelles (crises du milieu de la vie, crises de l'âge de la retraite). Du fait du conflit œdipien et de l'adolescence, Debray construit l'hypothèse d'une étiologie sexuelle du diabète, le diabète survenant très rarement avant l'âge de deux ans (on peut rétorquer à Debray que Freud qualifiait de sexuels *l'objet oral*, *l'objet anal*...).

Debray souligne aussi l'existence de cas où le facteur sexuel non élaboré se combine à une fragilité narcissique qui ne serait cependant pas responsable de l'apparition de la maladie.

En ce qui concerne la naissance des enfants, le diabète apparaîtrait comme un avatar supplémentaire auquel le sujet doit se confronter. Il y aurait en effet, à ce moment-là, un contexte de

modifications objectives touchant à la répartition des objets privilégiés du sujet, rendant l'organisation mentale plus défaillante. C'est en ce sens que pourrait être saisie la valeur économique du déséquilibre. Il y aurait réponse à l'intrusion traumatique de la réalité extérieure par une aggravation de la réalité d'une atteinte somatique. Il y aurait court-circuit de ce qui pourrait se vivre sur la scène mentale, c'est-à-dire dans un dedans intériorisé où se retrouverait la réalité psychique.

En ce qui concerne le milieu de la vie et l'âge de la retraite, le diabète insulino-dépendant déséquilibré pourrait s'expliquer par le fait qu'avec l'âge, les aménagements défensifs perdent de leur intensité. Le sujet, avançant en âge, se trouverait plus démuni face aux aléas de l'existence et aurait tendance à répondre par des désordres somatiques.

Tout dépendra des qualités du moi. Un individu pourra faire face sans trop de dommages aux aléas de l'existence à la condition que les événements auxquels il doit se confronter ne surviennent pas pendant une phase critique de son évolution, qu'ils ne revêtent pas des caractéristiques quantitatives et qualitatives telles qu'elles débordent totalement ses possibilités d'intégration du moment. Le filtrage des données brutes de la réalité sera directement déterminé par les caractéristiques du moi du sujet ; parfaitement constitué, ce moi permettrait un repérage des différentes instances structurant l'organisation de la seconde topique. Le moi doit effectuer un travail d'ajustement continu dans lequel toutes ses ressources se trouvent engagées quand le *quantum d'affect* atteint un seuil suffisant pour déclencher un signal d'angoisse. D'où les opérations défensives du moi : du point de vue dynamique, apparition des mécanismes de défense ; du point de vue économique, le moi fonctionne comme un facteur de liaison entre les processus psychiques. C'est donc par rapport aux caractéristiques du moi du sujet que peut s'apprécier l'existence de la perméabilité entre les différentes instances et notamment des motions venues de l'inconscient.

Debray dit se référer aux travaux de Freud, Klein, Anzieu, Winnicott, Spitz et émet l'hypothèse que, chez les sujets psychosomatiques, l'angoisse comme signal d'alarme ne fonctionnant

pas, la lutte contre le chaos se ferait par le colmatage, par la réalité des sensations corporelles, comme par celle des objets externes (personnes et choses).

Finalement il semble, dit Debray, que c'est la sexualité bien investie qui protégerait le mieux des désorganisations somatiques en interposant, entre cette éventualité et le sujet, l'écran du désir et du plaisir sexuel mêlés aux sentiments amoureux, s'accompagnant des conflits inter-personnels ou intra-psychiques qui en découlent. L'angoisse de castration peut alors prendre le relais de l'angoisse de mort et de la dépression essentielle.

Célerier (1989) fait remarquer que le saut du psychique dans le somatique n'est mystérieux que si l'on oublie qu'il ne saurait exister de psychique hors d'une trace corporelle, hors d'une décharge de neuro-transmetteurs. Le psychique pourrait se réduire à cette trace, fulgurance traversant des milliers de synapses afin de relier une trace d'affect et une trace de représentation, l'évocation d'un souvenir et l'inscription d'un désir. Mais le psychique peut aussi déborder ces trajets, rejoindre d'autres sites et diffuser au corps tout entier. De récentes études psychophysiologiques démontrent que les systèmes de régulation neurologiques, endocriniens et immunologiques reposent sur des boucles rétro-action réciproque mettant en jeu dans les trois systèmes les mêmes molécules. Ces molécules, neuropeptides et hormones, agissent partout dans l'organisme et par leur biais, les émotions, que Célerier refuse de détacher des affects, se trouvent au centre de tous les équilibres fonctionnels et de leurs désorganisations potentielles. (Mais Célerier parle de *trace d'affect* alors que, selon Freud, l'inconscient n'est pas concerné par l'affect. S'agirait-il alors de la liaison consciente d'une *trace d'affect* à une trace de représentation ?)

Le quand et le comment des désorganisations et des maladies qui en résultent nous sont inconnus. Elles répondent probablement à une multitude de facteurs de fluctuation du système physico-chimique en équilibre instable. Le corps est, par essence, soumis aux agressions externes et internes ; ces agressions rencontrent un patrimoine génétique sensibilisé par l'histoire qui

l'a traversé. Il en résulte des lignes de faille somatique. Mais le corps ne s'est pas remis de la blessure initiale causée par la séparation du premier objet. Le mythe œdipien, constitutif du corps et du sujet, a laissé des lignes de faille psychique. Chaque traumatisme ultérieur, qu'il soit physique ou psychique, remettra en cause les lignes de failles précitées. Elles sont les anciennes voies de somatisation, elles en sont les points de plus grande vulnérabilité. Se constituent des couples fragilité-organisation défensive, prédisposition-événements de vie, structure-histoire. Ces couples inter-agissent tant sur le plan psychique que physique, en n'oubliant pas que la relation du sujet à son corps est tissée à jamais dans sa relation aux autres. D'où la nécessité de toujours se référer au transgénérationnel et au transculturel : fantasmes individuels, mythes familiaux, mythes culturels s'interpénètrent et donnent la clé des déséquilibres psychosomatiques. La force désorganisatrice de l'affect ne peut se comprendre que dans le champ des représentations qui lui donnent sens « La maladie psychosomatique grave est paradigmatique d'un certain type de fonctionnement psychosomatique, miroir grossissant comme les névroses et psychoses confirmées de nos potentialités » (Célerier, 1989).

La somatisation, comme passage par la pathologie corporelle des affects liés à la relation à l'autre, se comprend comme passage obligé par le corps des formes primitives de perception et d'expression de cette relation. L'histoire de la pathologie est celle des avatars de l'attache corporelle de l'affect, quand il entraîne avec lui la représentation hors psyché. La pathologie psychosomatique renvoie souvent à une perturbation du dégagement des soins maternels. Chez les malades somatisants, le processus de refoulement du corporel, au profit d'une pensée elle-même soumise au refoulement, est défaillant. Il y a ratée de la mise en sens et de la mise à distance du corps qui permettrait à l'enfant d'accéder à une vie psychique distincte de l'éprouvé corporel et fondatrice de son identité. L'enfant, libidinalement lié à la mère, est pris dans le monde fantasmatique de celle-ci, un monde déjà marqué du refoulement. La prégnance des affects maternels a

présidé à l'inclusion d'éléments de signifié dans les signifiants, constituant ainsi des signifiants-clés du sujet, d'où la constitution d'unités signifiantes sur le mode d'un noyau entouré de sèmes contextuels.

Dans l'évolution qui mène *l'infans* à la maîtrise du langage, l'affect continue à témoigner dans le corps des représentations conscientes et inconscientes que le sujet s'est formé de lui-même et du lien à ses objets.

Qu'il s'agisse de troubles fonctionnels ou de troubles lésionnels, la vraie question est celle de leur sens et de leur fonction économique. Les symptômes somatiques névrotiques sont rattachables à l'angoisse de castration. Le corps narcissique, lui, est ébranlé par des angoisses identificatoires plus fondamentales que l'angoisse de castration, ébranlant l'identité psychique et touchant à l'identité corporelle. Les maladies psychosomatiques relèvent du corps narcissique. Célerier conçoit la maladie psychosomatique comme mélancolie du corps et l'hypocondrie comme paranoïa du corps. Quant à la perversion, certaines formes serviraient à montrer les liens entre la maladie psychosomatique et l'hypocondrie. L'anorexie mentale, par exemple, montre l'auto-destruction du corps, l'investissement hypocondriaque d'un corps de toute façon mauvais et persécuteur et l'utilisation perverse de ce corps, en voie de destruction, pour faire pression sur l'autre. Dans les psychoses enfin, le corps est partie prenante des angoisses et des constructions délirantes.

Célerier (1989) conclut qu'en matière de maladie « le désir doit rester au-dessus de tout soupçon, qu'il s'agisse du désir du malade, de celui de ses proches ou de ceux qui le soignent... Le corps ne peut être à la merci du désir, comme si la mort devait, contre toute évidence, nous rester extérieure ».

Concernant les rapports du corps, du désir et de la mort, je rappellerai que Lacan (1961-1962) soutient que « si nous ne sommes pas capables de nous apercevoir qu'il y a un certain degré, non pas archaïque à mettre quelque part au niveau de la naissance, mais structural au niveau duquel les désirs sont à proprement parler fous, si pour nous le sujet n'inclut pas dans sa définition, dans son articulation première, la possibilité de la structure psy-

chotique, alors nous ne serons jamais des aliénistes » (*Séminaire L'Identification*, 2 mai 1962, inédit).

Il me semble en effet que les considérations développées par Marty et les auteurs s'inspirant de ses travaux en les prolongeant figent l'œuvre freudienne dans une herméneutique de l'inconscient qui, comme le fait remarquer Rey-Flaud (1994) « occulte la mutation qui marqua l'entreprise théorique de Freud à la suite de sa rencontre avec le fétichisme, consignée en 1909 dans un exposé public. [...] La théorie du refoulement partiel, introduite dans ce texte pour rendre compte du fétiche, détermine en effet la nature inouïe d'un objet élu pour tenir compte du manque de l'objet et qui se voit, du coup, élevé au rang de signifiant de cette chose (*das Ding*) qui avait été posée, treize ans plus tôt, comme irréductible au langage représentatif ».

Le désir du sujet de l'inconscient propose des énigmes et la vérité est que ce désir a été inscrit « dans son histoire, que le sujet crie par son symptôme » (Lacan, 1957, p. 518). Il y a une indestructibilité du désir inconscient qui « s'étiole, au cas extrême par la consommation de l'organisme lui-même » (Lacan, *ibid.*) Cette indestructibilité du désir est fixée dans une mémoire faite de cette chaîne « qui insiste à se reproduire dans le transfert, et qui est celle d'un désir de mort » (Lacan, *ibid.*) et les énigmes de ce désir sont éternellement tendues vers le désir d'autre chose, pris dans les rails de la métonymie « d'où sa fixation "perverse" au même point de suspension de la chaîne signifiante où le "souvenir-écran" s'immobilise, où l'image fascinante du fétiche se statue » (Lacan, *ibid.*).

Le symptôme peut donc, dans le champ du transfert, être considéré comme métaphore ou comme métonymie.

Les travaux de Guir (1983) se situent dans l'approche lacanienne. Les phénomènes psychosomatiques se situent en dehors des structures névrotiques et sont concernés par le réel. Ceci amène à différencier phénomène psychosomatique et conversion hystérique : le phénomène psychosomatique comporterait une lésion qui, lorsqu'elle est réversible, ne l'est jamais instantanément, contrairement à la conversion hystérique. Il y aurait

auto-érotisme sans relation à l'objet. L'induction signifiante n'a pas mis en jeu *l'aphanisis* du sujet, certains signifiants restant bloqués sans pouvoir se raccrocher à d'autres signifiants. Il en résulte une *gélification* du signifiant dans le corps de l'individu, un court-circuit responsable des manifestations lésionnelles. Quand ces signifiants gélifiés seront imposés au sujet, celui-ci répondra dans le domaine du besoin, comme le chien de Pavlov. Le chien de Pavlov, concerné dans un besoin sous la pression de signifiants donnés par l'expérimentateur, n'a aucune idée du désir de celui-ci ; il répond aux stimuli par une fonction physiologique impliquée dans le besoin. Cela ramène le sujet à la situation du bébé dépendant de la mère, situation où désir et besoin peuvent se confondre. Il n'y aurait en quelque sorte plus de dialectique du sujet.

Guir pense que chez le sujet, durant sa vie, certains signifiants mettent à jour le fonctionnement d'un gène ou d'une batterie de gènes qui seront responsables des manifestations lésionnelles : un ou plusieurs phénotypes nouveaux pourront ainsi apparaître dans la vie du sujet.

Un symptôme a lieu, à un moment donné, connecté par voie de signifiante à une zone du corps en état d'activité particulière dans l'histoire du développement biologique ou dans les fonctions homéostatiques de l'individu. Le retour de ces signifiants privilégiera ces fonctions qui deviendront pratiquement autonomes, entraînant des lésions.

Cette connexion, entre un symptôme névrotique et une fonction physiologique, établit le passage entre le désir de l'Autre et la jouissance du corps de l'Autre qui est impossible (point d'articulation où l'analyste doit intervenir).

Il semble que le signifiant impose à un moment donné une autre hiérarchie des fonctions biologiques du corps, mettant à nu de nouveaux phénotypes du corps : réponses inadaptées à une défaillance du langage qui, en fait, porte sur les zones les moins spécialisées du système nerveux. Cette interaction du signifiant sur les organes, répondant par des manifestations phylogénétiques ou embryologiques antérieures, est l'une des démonstrations de ce que le langage n'est pas un organe.



La dynamique de ces affections montre souvent un déroulement en trois temps : séparation brutale d'avec un être cher dans l'enfance, répétition de cette séparation par les faits eux-mêmes ou par un jeu de signifiants, enfin apparition de la lésion (souvent moins d'un an après le second temps).

La séparation repérée dans l'enfance se situe le plus souvent au moment du nourrissement. À la demande de l'Autre, le sujet ne répond pas par un désir mais par un besoin. Ce besoin est alors déclenché et alimenté par les signifiants imposés par l'Autre.

Ce qui est particulier est que le premier traumatisme semble ne pas avoir été dialectisé. L'acte de séparation laisse une empreinte comme induction signifiante, le sujet ne l'ayant pas remarqué.

Lorsqu'un réel extérieur lui rappelle cette empreinte non intégrée, il tombe malade. Il y a donc répétition d'un traumatisme sous-jacent jamais assumé, comme s'il y avait, en quelque sorte, une gélification des signifiants primordiaux reçus des parents, à la rencontre d'un événement dans le réel qui les réactualise.

Les signifiants spéciaux mettant à jour le phénomène psychosomatique seraient au moins de quatre ordres : le soulignage des *signifiants dataux* au sens chiffre, le ravalement du nom propre, l'obligation pour le sujet d'être du sexe opposé, les holophrases.

Il y a chez ces sujets un soulignage très particulier dans le chiffrage des événements de leur vie : un point de fixation du réel par les chiffres sur leur propre corps. Les *chiffres*, s'intégrant dans une constellation d'autres signifiants impliqués dans l'éclosion du phénomène psychosomatique, le corps répond dans un effet d'après-coup à un agencement particulier des paramètres jouant dans ce phénomène. Il semble qu'il y ait une dégradation, une désacralisation du nom propre (ou du prénom), un ravalement de celui-ci dans une lecture courante qui va démasquer le sujet, dans les affections psychosomatiques. Dans beaucoup de cas, le nom propre et le prénom vont faire écho à des signifiants de lieux impartis dans ces phénomènes. Dans les phénomènes allergiques, par exemple, le nom de l'allergène est bien souvent métaphorique du nom de l'individu ; il arrive fréquemment que le nom propre contienne en partie l'appellation de l'or-

gane atteint. Il semble donc que le sujet soit destitué de son nom propre et qu'il se désigne par une nouvelle identité corporelle.

L'injonction « sois un homme » ou « sois une femme » donne une place privilégiée aux signifiants homme et femme. À cette demande de produire éventuellement un nouveau sexe biologique, le sujet répond par la jouissance d'un organe (auto-érotisme) à prendre dans le sens de la souffrance qu'il met à la disposition de l'Autre, à son insu. Il s'agit pour lui, par une réponse aberrante, de se transsexualiser à l'aide d'un morceau de corps qui, dans le fantasme, correspond à ce changement obligatoire de sexe.

Je me demande si cette réponse aberrante dont parle Guir ne peut être considérée comme un morceau du corps, *fétichisé*, véritable métonymie bloquée subissant le destin de l'idéalisation (plutôt ratée).

Lorsque le sujet aborde l'explication *naturelle* de sa maladie, il met en place des signifiants qui sont impartis dans le déclenchement du processus dont l'émergence dans le discours se retrouve dans des holophrases.

Abordant le problème de la localisation des phénomènes psychosomatiques, Guir pense que les localisations anatomiques atteintes renvoient, dans un enchaînement mimétique, au corps d'un membre de la famille ou du conjoint. La zone corporelle, remaniée par la lésion, appelle, invoque un autre corps qui présente au même endroit une marque repérable. Mimétisme qui n'est presque jamais en miroir : une lésion droite renvoyant à une lésion droite.

L'inscription corporelle retrace, en définitive, l'histoire du corps d'un autre. Souvent, il y a polymimétisme, (cas des dermatoses psychosomatiques) : le sujet se fait représentant organique d'une histoire des corps de sa lignée, en écho à l'inscription aberrante des signifiants de sa filiation. L'organe atteint fonctionne comme un organe volé à un autre et tente de jouir comme s'il appartenait à un autre : greffe imaginaire dont l'implantation forcée crée des lésions exprimant l'impossibilité de pénétrer dans la jouissance du corps de l'Autre.

L'objet du mime est souvent une personne dont le sujet a été séparé dans l'enfance. Le sujet va être contraint de s'y apparenter ; le phénotype, apporté par la lésion psychosomatique sous forme de lambeaux d'écriture de chair, l'identifiera à cette personne.

Cet apparemment quasi-organique du patient à un autre sujet de la famille sera soutenu et entretenu par deux faits : le père ou la mère, dans leurs vœux incestueux avec leurs propres parents (grands-parents du sujet, souvent objets du mime) consolident cette plaie et, par un retournement de génération, le patient est mis en demeure d'être le géniteur de ses propres parents (le conjoint du patient renforce cette position insoutenable par les signifiants qu'il représente) ; bien souvent, il y a eu séduction ou jeux sexuels du sujet avec un des grands-parents. Ces faits détruisent encore le repérage symbolique du sujet dans sa lignée.

Une remarque s'impose à Guir, relative à la fonction de la pulsion scopique dans les phénomènes psychosomatiques : dans certaines affections de la peau, la tache cutanée semble avoir pour effet d'attirer et de fixer l'attention de l'entourage, tout en permettant au sujet d'observer les autres le regardant. Fonction de leurre et point de focalisation pour l'autre, la marque cutanée permet d'éviter le croisement des regards et assure au porteur de l'affection une maîtrise sur l'image de l'Autre. Le passage de l'eczéma à l'asthme s'expliquerait par une perte occasionnelle de cette fonction de leurre.

En résumé, pour Guir (1983), les phénomènes psychosomatiques renvoient moins à l'origine qu'à la question de l'émergence du langage chez l'individu. Trace du réel, la lésion psychosomatique est un poinçon corporel de l'histoire familiale. Elle transforme pour un sujet son appartenance symbolique à la lignée en une sorte de filiation quasi-organique. Aux failles du langage en certains endroits du discours, le corps répond d'une certaine façon : la nature et la localisation de ces phénomènes chez le sujet révéleront les vraies structures élémentaires de la parenté au sein de la famille.

Sami-Ali (1985) définit l'inconscient qui n'est pas d'abord une production, un contenu mais une relation à l'Autre. Dès que l'on a affaire avec quelqu'un d'autre, il se crée une situation transférentielle, c'est-à-dire une situation pourvue d'une dimension relationnelle inconsciente. Cette dimension non réductible au contenu symbolique en tant que tel est précisément l'inconscient, selon Sami-Ali. C'est cette dimension qui, globalement, structurera la relation à l'autre. L'autre se trouve pourvu d'un rôle inconscient calqué sur un modèle ancien investi d'autorité renvoyant au *Surmoi*. C'est parce qu'elle est prononcée de cette place que la parole devient opérante, notamment sur le corps et tout le travail sur le corps est une modification aussi bien au niveau des comportements qu'au niveau des productions inconscientes. Ce pouvoir de la parole attribué à l'autre, en particulier au thérapeute, est provisoire ; il a source dans une demande à lui adressée. Sami-Ali compare cette demande à celle du renard de Saint Exupéry disant au petit prince : « Apprivoise-moi. »

La dynamique transférentielle étant régie par l'automatisme de répétition, il y a comme une compulsion à reproduire des modèles d'autrefois. L'action thérapeutique s'appuie sur de tels modèles qui, comme toute formation inconsciente, se trouvent hors du temps tout en s'actualisant dans le temps. Il y a à la fois actualisation d'une relation hors du temps et d'une image hors du temps. Le transfert est caractérisé par cette double tension du temporel et de l'intemporel. Cela fait que la situation thérapeutique est à la fois portée par le transfert et modifiée par la possibilité d'action sur le transfert. Celui-ci est une relation à l'Autre s'inscrivant dans un corps qui n'est pas seulement le corps réel mais aussi le corps imaginaire, actualisation de certaines images du corps représentant à la fois la réalité actuelle et passée du sujet (j'ajouterai tant du patient que du thérapeute).

La problématique psychosomatique, comme la relation entre mouvement et inconscient, se trouve organisée par l'opposition dialectique du corps réel et du corps imaginaire. Sami-Ali déclare, en introduisant cette opposition, se démarquer radicalement de toutes les théories de la psychosomatique issues de l'extension pure et simple du modèle freudien de la conversion hys-

térique qui aboutirait à ne considérer qu'un seul corps qui serait entièrement imaginaire. (Cet a priori du sens se retrouverait par exemple chez Groddeck dans sa conception de la puissance mystérieuse du *ça*, qui serait responsable de toutes les maladies qui ne seraient dès lors que ses modes d'expression).

Sami-Ali met justement en garde contre toute lecture du sens et prend pour exemple le cas d'une jeune femme dont plusieurs parentes sont mortes d'un cancer du sein et qui, présentant une angoisse corporelle très importante, entreprend une psychothérapie. Au cours du travail analytique elle ressent une grosseur au sein qui lui fut interprétée comme signifiant « grossesse » alors qu'il y avait réellement cancer du sein. Pour Sami-Ali le sens d'un lapsus en tant que formation de l'inconscient est l'être-même du lapsus alors que le sens d'un processus cancéreux demeure en dehors de l'étiologie du cancer.

Il ajoute à l'opposition corps réel/corps imaginaire celle du sens primaire/sens secondaire. Il en résulte un modèle de somatisation multi-dimensionnelle permettant d'éviter l'enfermement dans l'hystérie et développant une série d'oppositions dialectiques et la possibilité de penser l'ensemble des phénomènes de somatisation dans une cohérence théorique.

Dans cette façon d'articuler l'ensemble des phénomènes de somatisation, il insiste aussi, par-delà la distinction du réel et de l'imaginaire, sur le rôle du corps en tant que pouvoir originel de projection. Le corps est ce qui permet à la représentation d'exister sur le double plan du réel et de l'imaginaire. Il participe à la genèse de l'espace et du temps car le corps « n'est pas une représentation, une image du corps, mais ce qui permet de se représenter l'espace et le temps et des objets dans l'espace et le temps. » Le rêve, quel qu'il soit, en est l'illustration, n'importe quel rêve. Le sujet qui se voit en rêve n'est pas exactement celui qui rêve ; dans tout rêve il y a une double représentation : « celui qui rêve se rêve en tant qu'objet dans une situation extérieure à lui. Situation qui est l'espace représentant ce que le rêveur pense comme n'appartenant pas à lui. C'est pourquoi l'espace environnant est le rêveur lui-même, une potentialité du rêveur lui-même, un espace corporel comme tout le reste ». L'espace constitue une partie du sujet.

L'espace et les objets de l'espace sont des projections du sujet. Le sujet se trouve partout, au dedans et au dehors comme une multiplicité d'images du double. Le rêve illustre cette conception d'une projection totale du corps comme étant ce qui détermine l'espace et le temps de la représentation. Sami-Ali développe cette conception dans *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie* (1984).

La conceptualisation que fait Sami-Ali du rêve comme projection totale du corps renvoie, selon moi, à ce que disait Freud (1917) dans *Complément Métapsychologique à la théorie du rêve*. Pour lui on peut comprendre également les capacités diagnostiques du rêve qu'on reconnaît généralement en les tenant pour énigmatiques ; des souffrances corporelles débutantes sont souvent ressenties plus tôt et plus clairement qu'à l'état de veille et toutes les sensations corporelles du moment se présentent grossies à une échelle gigantesque. Ce grossissement est de nature hypocondriaque, il présuppose que tout investissement psychique a été retiré du monde extérieur sur le moi propre, et il rend alors possible la reconnaissance précoce des modifications corporelles qui, pendant la veille, seraient encore quelque temps passées inaperçues. Cela voudrait dire que le corps du rêve parle, avant même que le moi du sujet ne puisse le dire par le moyen de ses organes.

Cette conception du corps dans sa représentation de l'espace, du temps et des objets dans l'espace et le temps conduit Sami-Ali à concevoir le plaisir comme étant d'abord la création d'un temps imaginaire prolongeant le rythme corporel.

Selon le modèle freudien de la psychopathologie, toute formation symptomatique, névrotique ou psychotique, résulte d'un refoulement, de son échec ou de sa forclusion. Toute la psychopathologie freudienne est basée sur cet échec. La différence entre une phobie, une hystérie de conversion et une paranoïa se constituera uniquement par le mode du retour du refoulé ou du forclos et par le travail psychique l'accompagnant, le précédant ou le suivant. Quand il y a refoulement permanent du rêve et des équivalents du rêve, il n'y a pas échec du refoulement mais refoulement réussi. La porte se ferme définitivement. Il y a refoulement réussi,

non d'un contenu particulier, mais de la fonction même du rêve s'étendant également à l'ensemble de la fonction imaginaire et se mettant en place précocement, continûment, durablement. Le rêve et ce qui en tient lieu dans la vie consciente se trouvent dévalorisés au profit d'une adaptation qui valorise le réel, s'accomplissant au détriment de la subjectivité (cette conception de Sami-Ali est pour moi à rapprocher de celle de la pensée opératoire de l'Ecole de Paris) et pour Sami-Ali celui qui ne rêve pas n'est pas forcément malade mais reste disposé à des somatisations organiques plus ou moins graves. La pathologie est somatique, échappant au modèle freudien de la psychopathologie.

Aulagnier (1985) propose trois formulations rendant compte de la relation entre psyché et réalité, entre psyché et espace somatique propre :

- la réalité est régie par le désir des autres ; cette conception se produit dès l'enfance, toujours active chez l'adulte. Cette formulation de la réalité pour l'enfant s'établit par la perception de signes rendant un désir visible pour le regard. Le sujet, plus tard, ne pourra cohabiter dans un même espace socio-culturel avec ses partenaires qu'en adhérant au consensus majoritaire.
- La réalité est conforme à la connaissance donnée par le savoir dominant d'une culture. Il n'y a ni de réalité naturelle, ni de réalité purement sensorielle.
- La réalité est, en dernière analyse, *inconnaissable*. Freud insiste sur le reste qui se dérobe indéfiniment à la prise de conscience. La définition lacanienne du concept du réel va aussi dans ce sens, le réel étant ce qui résiste à la réalité en tant que réalité de l'humain et pour l'humain.

Les deux premières formulations supposent la reconnaissance de l'existence d'un ailleurs par la psyché. Avant, espace psychique et espace somatique sont indissociables ; tout ce qui affecte la psyché répond au seul postulat de l'auto-engendrement. Le premier représentant de la reconnaissance d'un ailleurs est le sein, vécu comme extérieur. Cela ouvre dès lors au sujet un nouvel espace de réalité.

Aulagnier (1985) avance l'hypothèse suivante : l'action senso-

rielle auto-engendre la réalité et servirait de *sélecteur* et de *pont de passage* entre la réalité psychique et les autres espaces (dont l'espace somatique fait partie). Les signes captés par l'activité sensorielle du sujet font partie du fantasmable, de l'interprétable. La présence ou l'absence de ces signes exercent un pouvoir de modification sur l'environnement, le corps et l'état psychique.

Activité sensorielle, pouvoir du désir, énoncé culturel sur le corps donnent lieu à la fois à trois représentations du corps et aux trois formes de connaissance qu'en donne la psyché. Notre relation au corps et à la réalité dépend de notre manière d'entendre, de déformer ou de rester sourd au discours d'ensemble. Les discours mythiques, religieux, scientifiques imposent des modes de construction de la réalité en fournissant au sujet des éléments de connaissance plus ou moins fragmentaires, lui permettant de disposer d'un discours théorique sur le corps. La découverte freudienne à propos du rêve permettrait d'aborder ce que notre corps rend visible dans le registre de l'émotion et de la souffrance somatique, pour tenter d'en saisir le rôle dans la constitution du *corps latent* qui en est le double psychique. L'évolution de la vie somatique est accompagnée des représentations successives du corps ; ce corps cependant restera à chaque fois conforme aux mobilisations inconscientes décidant des causalités auxquelles le sujet impute les événements marquants de son vécu. C'est le choix causal qui, à son tour, décide de la place qu'occupera le corps dans l'histoire en devenir de son temps et de sa vie.

Ainsi le *Je* ne peut être qu'en devenant son propre biographe et sa biographie ; il tient un discours pour rendre parlant son propre corps, à partir des inscriptions et des modifications qu'il peut décoder comme marques visibles d'une histoire libidinale, toujours mouvante. Le *Je* impute une même fonction relationnelle et une même causalité aux expériences et éprouvés, même si le corps les a vécus dans des situations différentes. Cela permet la mise en place de points de capiton reliés par un fil rouge grâce auquel le sujet s'orientera dans son histoire.

Le « *Je* » peut ignorer les affects d'envie, de haine, d'amour mais garde un rapport privilégié avec l'émotion, elle-même



en étroite connexion avec le sensoriel. L'émotion met en résonance deux corps ; elle se donne au regard de l'autre et modifie l'état somatique du sujet qui regarde et du sujet qui la ressent. Plaisir et souffrance, tous deux nécessaires et incontournables, véhiculent des messages capables de modifier la réalité somatique et/ou l'environnement, cela dès l'enfance. Ils induisent des réponses dans le registre de l'identification (occuper momentanément la place de l'enfant souffrant et/ou tenter d'abolir la souffrance) ; ces réponses mises en paroles permettront au sujet de garder sa souffrance en mémoire. La *mise en histoire* de la vie somatique exige la présence d'un biographe car la souffrance ne suffit pas, il faut aussi tenir compte de la réponse de l'Autre ; ainsi s'effectue le passage du corps sensoriel au corps relationnel. Le corps relationnel permet à la psyché de conférer une fonction de messenger aux manifestations somatiques et permet aussi une lecture des réponses faites au corps.

Aulagnier (1985) retient trois hypothèses :

- L'acte inaugural de la vie psychique pose un état de *mêmeté* entre ce qui advient dans une zone sensorielle et sa manifestation dans l'espace psychique.
- Le *Je* ne peut ni habiter ni investir un corps dépossédé de l'histoire de son vécu. Le support est ce qui advient dans la zone sensorielle ; l'image est ce qui se manifeste dans l'espace psychique et il y a toujours le risque de découvrir la non-conformité entre l'image et le support (c'est ce qui peut arriver à la future mère quand elle imagine son enfant).
- Le processus d'identification débute quand la psyché peut et doit penser son corps, l'Autre et le monde. Le corps pourra alors devenir le représentant de l'Autre et le témoin de son pouvoir de modification sur la réalité quand la relation entre le sujet et l'Autre devient trop conflictuelle. La relation *Je-corps* en se substituant à la relation *Je-Autre* reprendra à son compte un même conflit.

Lorsque l'autre s'occupe de votre corps, le corps lui redonnera sa place de médiateur relationnel ; lorsque l'autre reste aveugle et sourd ou si ses réponses sont inadéquates, se posera la question de la substitution, provisoire ou permanente. En cas de

substitution provisoire entre l'autre et le corps (tout sujet y fait appel), la psyché, dans le meilleur des cas, occupe la place de réparateur du corps, le temps de surmonter le danger ou de mobiliser les défenses.

La substitution permanente offre trois tableaux :

- La psychose où l'Autre et le corps sont des destinataires interchangeables.
- Le corps enjeu et médiateur unique de la relation : la souffrance du corps et son mauvais fonctionnement occupent la même fonction relationnelle que la jouissance. La souffrance supporte et alimente un conflit permanent garantissant la permanence de la relation.
- Moins fréquemment, le rapport au corps propre s'inscrit dans un rapport global à la réalité et rappelle que si réalité et pouvoir ont la première place, ceci est la conséquence du peu d'investissement dont elle jouit.

Aulagnier (1985) élabore sa première hypothèse à partir de l'originaire, primaire et secondaire. Elle considère l'activité du primaire comme celle d'un *metteur en scène*, l'activité du secondaire comme celle d'un *metteur en sens*. Le présupposé de ces deux activités est la mise en vie de l'appareil psychique que nous devons à nos sens. L'originaire, quant à lui, ne peut utiliser que le produit de la métabolisation que la psyché fait subir aux informations fournies par l'activité sensorielle. Si personne n'est là pour jouer le rôle d'émetteur et de sélecteur de ces premières informations, elles ne pourront se transformer en informations psychiques. Pour que la vie somatique soit préservée, il faut que l'environnement satisfasse les besoins incontournables du soma ; pour que la vie psychique soit préservée, il faut que l'environnement psychique respecte des exigences tout aussi incontournables et agisse sur cet espace de réalité sur lequel le nouveau-né n'a aucune prise directe. C'est généralement la mère qui prend en charge cette double fonction ; cependant environnements physique et psychique porteront l'empreinte du discours culturel dont fait partie le discours paternel.

Parmi les stimuli captés par nos récepteurs sensoriels, certains seront à la source d'un éprouvé sensoriel ayant le pouvoir d'irra-

dier l'ensemble des zones. Les processus représentatifs font que l'objet n'existe psychiquement que par son pouvoir de modifier la réponse sensorielle (et donc somatique) et agit sur l'éprouvé psychique. Dans la construction de l'originaire, les effets de la rencontre prennent la place de la rencontre. Ceci explique pourquoi plaisir et souffrance ne peuvent se présenter à la psyché qu'auto-engendrés par son propre pouvoir. L'émetteur, généralement la mère, est partie prenante dans la qualité, la fréquence des stimuli qu'elle émet. Ces stimuli dépendent à leur tour de ce que la mère veut transmettre ou de ce qu'elle transmet malgré elle.

Plaisir et souffrance sont l'*existant psychique* qui anticipe et pré-annonce l'*objet-mère*. Avant que le regard ne rencontre un autre, la psyché se rencontre et se reflète dans les signes de vie qu'émet son propre corps.

De tout cela, Aulagnier tire la conclusion que le *pictogramme de l'objet-zone complémentaire* est le seul dont dispose le processus originaire. Peu importe le temps pendant lequel le processus originaire est le seul à pouvoir transformer les signes de la vie somatique en signes de la vie psychique. En fait son activité persiste toute notre existence. Les matériaux dans lesquels puisent les processus originaires, primaires et secondaires sont comparables à des langues ayant chacune ses propres lois syntaxiques.

Se référant à la proposition freudienne de *source somatique de l'affect*, Aulagnier parle de *source somatique de la représentation psychique du monde*. Cette proposition permet de souligner que tout ce qui existe ne devient tel pour le processus originaire que par son pouvoir d'affecter l'organisation somatique. Ceci est à rapprocher du pictogramme mais en insistant sur le fait que nous ne pouvons imaginer cet être psychique que de l'extérieur. Nous ne pourrions jamais, de l'intérieur, penser et fantasmer les faits somatiques comme seuls représentants du monde et la vie psychique comme seul reflet de cet effet du corps. Cette construction permet de comprendre le rôle que peut jouer ce qui s'est organisé lors du temps psychique précédant le regard sur le monde. La représentation du vécu somatique est le dernier recours permettant aux processus primaires et secondaires de fantasmer, penser

leurs relations à cette seule construction psychique par laquelle des traces du monde continuent à exister pour la psyché. L'autisme, la psychose nous montrent les conséquences de la disparition du signe relationnel dans son capital représentatif. On peut se demander quelle différence existerait pour Aulagnier entre le signe qui représente quelque chose pour quelqu'un et le signifiant qui représente le sujet pour un autre signifiant.

Que la maladie ait ou non une étiologie organique, l'enfant impute ce qui lui arrive à ce qui se joue dans son environnement psychique. Aulagnier insiste sur les conséquences d'un discours qui, par ses blancs, dépossède l'enfant de l'histoire passée du corps de l'*infans* qu'il a été. La souffrance est importante car elle est auto-informante. Le corps souffrant (atteinte organique ou psychique) aura un rôle déterminant dans l'histoire que l'enfant va reconstruire du devenir de ce corps et de lui-même. Alors que l'expérience du plaisir donne lieu à une seule demande (que rien ne change), l'expérience de la souffrance donne lieu à des demandes et des réponses polymorphes. L'enfant tente bien souvent de se servir d'une souffrance à source somatique pour obtenir une réponse qui lui montre ainsi l'usage qu'il peut en faire. L'enfance passée, le sujet aura d'autant moins recours à son corps comme transmetteur privilégié des messages qu'il aura pu diversifier les destinataires et les objets de sa demande. Pour qu'aboutisse cette double diversification, il importe que le corps ait comme référent un *corps psychique* dont l'histoire prouve l'amour qu'on lui a porté, la reconnaissance et la valorisation de son identité sexuelle. Dans le cas contraire, les *maladies* dont continue à souffrir le *corps psychique* reprennent pour le compte de ce même *corps* la surdité et la cécité maternelles. (J'ajouterai que dans ce cas il y a échec du processus de métaphorisation originellement initié par le fait que la mère parle l'enfant et parle à l'enfant. La conséquence en est la prédominance du métonymique aux dépens du métaphorique, la prédominance du signe aux dépens du signifiant).

Pour Aulagnier, il n'y a pas plus de corps sans Autre qu'il n'y a de *corps psychique* sans cette histoire qui en est son *ombre parlée*. L'ombre peut être celle qui protège de la lumière trop crue ou

celle qui annonce la tempête, bénéfique ou maléfique. Toutefois, c'est une ombre indispensable car sa perte impliquerait celle de la vie sous toutes ses formes.

J. Caïn (1990) parle de la « chose psychosomatique ». Pour montrer comment s'est faite l'évolution du concept psychosomatique, l'idée lui était venue au départ de reprendre un texte ancien paru en 1971 sous le titre *Le symptôme psychosomatique* et de le commenter.

J. Caïn (1990) situe la maladie psychosomatique dans l'ambiguïté de la relation entre Corps et Histoire. Le corps fait des histoires et il a aussi une histoire. L'histoire du corps de l'autre implique forcément le nôtre. Il est le résultat de la projection de notre désir. L'histoire du corps est, comme toutes les autres histoires, un récit fait après-coup à partir d'observations, perceptions, souvenirs, dans un continuum allant de la fusion originelle aux tentatives d'individuation. L'histoire du corps est toujours prise dans un discours.

Toute histoire présente toujours des points obscurs, des énigmes. Au terme d'un long et fécond cheminement dans son questionnement sur les maladies psychosomatiques, J. Caïn (ibid.) en arrive à mieux poser les questions avec l'idée, aussi folle peut-être, que des problèmes non résolus pouvaient être plus proches de la vérité psychosomatique que des théories parfaitement codifiées qui ferment et enferment. Il postule que le corps et son histoire ont affaire avec la nosographie, avec la psychose, avec le temps, avec l'économie, avec la sensorialité, autant de dénominations qui s'articulent autour du contre-transfert...

En ce qui concerne la nosographie, elle a une fonction purement médicale. Elle est faite pour que soient comparées des observations à l'intérieur d'un discours réservé à une classe professionnelle d'initiés. Il en résulte toute une série de classifications de signes, symptômes, syndromes, maladies. Mais dans cette classification, le corps de l'homme qui crie, qui souffre, qui saigne, qui jouit, n'a pas de place. Le symptôme médical se rapproche du signe qui devient symptôme à l'intérieur du discours nosographique. Quant au symptôme en psychanalyse, il est à la fois satisfaction érotique, expression d'un mécanisme de défense

et signal protecteur, il a une valeur relationnelle. Pour J. Caïn (1990), le symptôme psychosomatique, s'il n'a certes pas de spécificité absolue, est malgré tout marqué de deux empreintes particulières : sa valeur fantasmatique primitive ou secondaire, et son appartenance à un certain type de nosographie.

Les fantasmes des malades dits psychosomatiques sont *corporels et primaires*, non organisés en schèmes comme les fantasmes originaires, mais caractérisés par une dominance de l'agir. Ces fantasmes sont mouvements de vie et de mort dont le scénario n'est pas encore écrit, ou lisible par le sujet et par l'autre. Tout cela est dangereux pour le moi qui ne peut se défendre contre leur irruption. Le fantasme du malade psychosomatique court-circuite l'activité psychique secondaire susceptible d'établir des symptômes défensifs psychonévrotiques habituels. Le corps est alors utilisé à nouveau pour lutter contre une énergie sans représentants psychiques, au lieu même d'où est partie cette énergie.

Quant au point de vue nosographique, il organise certes le recueil des plaintes en signes, symptômes, syndromes et maladies, mais la plainte du sujet exprime la façon dont son moi réagit à un malaise corporel. L'analyste ne saurait entendre l'énoncé de cette plainte que dans la mesure où elle est faite à la fois pour l'autre et à la fois pour l'énonciateur. Toutes plaintes, toutes douleurs corporelles sont destinées aux autres mais il peut, à l'extrême, exister des douleurs dont la fin est en soi, malaises narcissiques n'ayant affaire qu'avec le moi, souvent les plus mortifères.

Ce que souligne J. Caïn ne concerne-t-il pas d'ailleurs le problème de l'hypocondrie ? Je pourrais dire qu'il peut exister aussi des douleurs sans plaintes quant à la souffrance psychique, douleurs ne concernant ni l'autre ni l'énonciateur.

L'écoute de la plainte corporelle permet, selon J. Caïn, un premier critère de classification du symptôme, d'après sa qualité transférentielle, allant du degré zéro (psychotique ou narcissique) au maximum du symptôme hystérique.

Un second critère de classification fait intervenir l'objectalisation et l'activité fantasmatique agie. Par exemple, dans le cas

d'un patient venant dire : « J'ai le diabète... comme mon père », la destinée du terme *diabète* n'est plus médicale, stricto sensu, mais se réfère à l'histoire du sujet, en tant que pièce du puzzle.

Un troisième critère de classification tourne autour de la notion de dedans et de dehors. Il y a des maladies organisées autour de ce qui se voit, cachées dans un intérieur dont elles ne sortent pas. Il y a des maladies qui traversent l'enveloppe du dedans au dehors, ou vice-versa. Il y a enfin celles qui utilisent les orifices naturels faisant communiquer le dedans et le dehors. Cela renvoie selon moi à ce que Freud (*La Dénégation*, 1925) élabore concernant jugement d'attribution (Moi-plaisir primitif) et jugement d'existence (Moi-réalité) à partir de la question du dedans et du dehors.

Cette classification ne vise pas à créer une nouvelle nomenclature mais situe le sens de la maladie organique de façon dynamique, sur un mode relationnel.

Les rapports du corps et de son histoire avec la psychose constituent l'axe de la seconde démarche de J. Caïn. Il n'est pas rare de constater des balancements entre la R.C.H. par exemple et un syndrome psychotique, le syndrome organique cessant au moment où apparaît la psychose. Ces constatations cliniques ont très vite conduit les analystes à chercher un lien entre ces deux affections dont l'une désorganise psychiquement, l'autre lésant gravement le corps. J. Caïn (1971, p. 164) cite les travaux de Sperling (1949) qui, comparant les enfants psychotiques et les enfants psychosomatiques, écrivait :

Les mères d'enfants psychosomatiques semblent éprouver le besoin de garder leur enfant dans un état de dépendance afin de satisfaire leur propre besoin de type prégénital. Elles ne les acceptent que malades, elles les rejettent s'ils sont bien portants. Au contraire, les mères d'enfants psychotiques les rejettent d'emblée et de tels enfants n'ont rien à gagner à être malades somatiquement parlant. L'enfant psychosomatique est réduit par sa mère à accepter la gratification de ses exigences infantiles ; en même temps ses pulsions destructrices trouvent une expression organique et n'atteignent pas le niveau de la conscience. Lors-

qu'un sujet ainsi conditionné perçoit une menace à sa relation maternelle ou à son symbole inconscient, il réagira sur le mode psychosomatique ... Une altération spécifique de cette relation peut induire le passage de l'une à l'autre. Une fois la relation psychosomatique interrompue, le malade peut trouver un substitut à l'objet perdu ou au contraire abandonner et, si la déception est trop sévère (avec la mère ou son substitut), l'enfant se retirera de la relation objectale réelle, et s'instaurera une brèche d'ordre psychotique dont le degré de gravité et la nature dépendront du degré et de l'intensité des pulsions destructrices.

Il y aurait donc un traumatisme identique à l'origine dans la psychose et dans la maladie psychosomatique. Seules différencieraient l'attitude de la mère et la nature du lien à son enfant.

J. Caïn (1971) dénonce, non sans raison, l'apparente séduction de cette conception qui risque d'expliquer le trouble lésionnel par le placage pur et simple de la théorie psychanalytique des psychonévroses. Sperling (1949) par exemple utilise même le terme de conversion à propos de la maladie psychosomatique.

Il y a certes superposition dans la genèse et dans le sens de la maladie corporelle grave et de la psychose mais nous ne savons pas pourquoi l'expression diffère, psychique dans un cas, somatique dans un autre.

J'avancerai une autre lecture de la théorie de Sperling. La mère d'un enfant psychosomatique, elle-même carencée dans sa maturation libidinale orale et anale, s'identifiant à son enfant, confondant ses besoins et ceux de son enfant, se soignant à travers lui, ne lui permettrait pas d'organiser les représentations de ses propres deuils autour du signifiant phallique. L'enfant psychosomatique construirait sa réalité à la fois sur un mode homogène à la castration et aussi sur un mode hétérogène relevant de la psychose. Cela peut renvoyer à la conception de la forclusion localisée développée par Nasio (1987). La maladie psychosomatique pourrait être alors considérée comme une défense contre la psychose. Le comportement reste normal tant que le sujet réagit par sa maladie somatique, véritable fantasme corporalisé et localisé. Cela peut rejoindre aussi la conception développée par Winni-



cott (1949) : la maladie psychosomatique est faite pour compenser la séduction du psychisme par l'esprit.

J. Caïn (1990), pour mieux repérer dans l'histoire précoce de l'enfant ce qui peut déterminer son avenir psychotique ou lésionnel somatique, fait appel aux travaux de Aulagnier (1979) et de Mac Dougall (1974). Selon Aulagnier, « le corps va se présenter à la connaissance et à l'investissement par deux voies :

— en tant que source, lieu et instrument de plaisir du *Je* ; c'est le corps-plaisir de l'enfant, c'est l'avoir premier du *Je* ;

— en tant et pareillement que corps-souffrance, c'est par là que le corps se révèle définitivement extérieur, différent du *Je*. Il devient objet autonome. »

Il y aura antinomie entre corps-réel et corps-pensée à l'occasion de l'éprouvé du corps-souffrance, d'où une relation de persécuté-persécuteur entre le *Je* et le *corps*. Cela peut aboutir à une psychose ou à une maladie psychosomatique grave. Cette assertion de Aulagnier demande, me semble-t-il, une explicitation complémentaire sur la nature de ce *Je*. S'agit-il du sujet grammatical ? S'agit-il du sujet du désir inconscient ? Ce *Je* est-il synonyme du *Moi* ?

Quant à Mac Dougall (1974), elle remarque que la somatisation est plus fréquente que la névrotisation, ce qui pourrait être le signe d'une certaine réussite. Le corps, selon elle, se présenterait sous trois aspects : névrotique, psychotique et psychosomatique. Le corps psychosomatique serait caractérisé par une conservation dans l'inconscient d'éléments qui, dans le passé, auraient favorisé la voie psychosomatique, conservation différente de ceux qui ont été élaborés, symbolisés et qui ont été refoulés, constituant ainsi un capital psychique pouvant être réactualisé en symptômes névrotiques.

Mac Dougall (*ibid.*) met aussi l'accent sur l'importance de la nomination des parties du corps de l'enfant par la mère. Quand la mère est sourde psychiquement aux douleurs morales de son enfant, il y a rupture entre *corps* et *psyché*, terrain propice aux éclosions psychosomatiques pathologiques, en lieu et place d'aménagements psychiques.

La troisième démarche de J. Caïn (1990) interroge les rapports du corps, des histoires et du temps. Il remarque que si le sujet vivant a un début et une fin, c'est bien dans et par son corps, à l'inverse du désir qui peut survivre plus ou moins longtemps dans l'autre. Le temps serait contenu dans notre corps par au moins deux moments précis, deux dates facilement repérables : celle de la naissance et celle de la mort, la vie se situant dans l'entre-deux de ces dates, marquée par le rythme de ses manifestations corporelles et érodée par l'usure. L'histoire du développement de l'enfant nous montre qu'il y a une succession temporelle de zones érogènes qui constituent autant d'inscriptions corporelles de départ, qui vont persister. Le temps s'inscrit dans le corps de la façon la plus organique selon trois types :

- 1 Les rythmes de type biologique, de plaisir, ajoutés comme ceux du toxicomane, du malade sous médication.
- 2 La répétition, point commun de tous ces rythmes qui, par leur perpétuel retour, les apparente à la pulsion de mort.
- 3 L'usure enfin qui élimine progressivement les rythmes du corps.

Temps et corps sont cliniquement reliés par ces trois éléments qui ont en commun la discontinuité. La notion de corps naît d'une succession d'arrêts. Cette discontinuité du signal s'intègre aussi dans la discontinuité de l'investissement pulsionnel. Cela fait que toute coupure constitue un trouble dans la continuité narcissique. Le temps pour le plaisir et le temps pour l'angoisse incluent nécessairement le corps. La coupure et l'alternance qu'elle entraîne dessinent dans le corps des avant et des après qui pourtant se jouent toujours dans le maintenant. Seulement dans l'élaboration secondaire se crée une histoire mais, pour l'inconscient, l'histoire est de l'ordre de l'éternité.

Le problème se pose de savoir quels sont les rapports du parcours du temps au corps et celui du temps de l'organisation mentale. Evolution, régression, fixation ou mieux encore organisation, désorganisation, réorganisation sont des mots-clés qui donnent aux pulsions de vie et de mort un destin spécifique dans un jeu de mouvement évolutif et contre-évolutif. J. Caïn (1990)

met particulièrement l'accent sur la question des régressions, une des manifestations essentielles que fait l'histoire entre le temps et le corps, ce qui ne serait pas sans rapport avec l'amour. J'ajouterai qu'il y a régression quand il y a retour dans le présent de signifiants pour lesquels il y a prescription : telle en est la définition lacanienne.

Dans un quatrième point, J. Caïn (*ibid.*) s'interroge sur les rapports entre psychosomatique et économie. Dans le rapport de la pulsion à ses représentants, le trop-plein d'énergie non ou mal utilisée s'exprimerait sous forme de symptômes. Il s'agirait d'une manifestation énergétique se jouant dans l'actuel, au sens où Freud (1895) parle de névroses actuelles. Dans les mécanismes de somatisation, J. Caïn (*ibid.*) s'intéresse à l'agir non symbolisé. Quand il n'y a pas de mots pour penser l'émotion, le patient est muet sur lui et sur sa relation à autrui, qui ne peut être qu'opératoire, faute d'une activité métaphorique. La quantité d'énergie dépasse toute capacité de défense du moi. Il ne lui reste plus qu'à nier toute représentation. Le rôle psychique de l'affect resterait blanc, laissant persister une énergie sans support représentatif que l'on peut considérer comme l'entrée dans un agir corporéisé, une expression purement somatique sans valeur métaphorique (expression corporelle purement métabolique pourrais-je dire) d'une quantité d'énergie sans représentation. Le corps malade construirait une réalité en dehors de tout fantasme, pur agir interne, en miroir, d'un passage à l'acte externe totalement insensé. Mac Dougall (1974) expliquait cette anomalie par des troubles relationnels survenus pendant la petite enfance. Les enfants sont perpétuellement *alexithymiques*, n'ayant pas de mots pour dire leur émotion et étant donc obligés de l'agir. Manquerait particulièrement selon J. Caïn (1990) l'humour, cette possibilité mentale métaphorique qu'a l'homme de trouver une issue à une situation particulièrement angoissante.

Une cinquième partie permet à J. Caïn (*ibid.*) de mettre en articulation le corps et le regard. Le regard est apparu très tôt comme constituant de l'objet visé. Rappelant Winnicott, J. Caïn souligne que l'enfant regarde sa mère et que ce qu'il voit, c'est lui-même. Il est évident dès lors que si la mère est trop enserrée dans la rigidité de ses défenses, le bébé ne recevra pas en

retour ce qu'il est lui-même. Il regarde mais il ne se voit pas lui-même. Il importe d'articuler ceci dans le cadre de la répétition qui réactivera ces originaires moments de désarroi. Le regard de l'autre maternel, lui-même soumis à la loi symbolique constitue le corps érotisé de l'autre (*l'infans*) , comme objet de désir et comme objet désirant. Toutes ces expériences font trace. Autour de ces traces s'élaboreront et se structureront les fantasmes premiers. Le manque y est inclus (du fait, selon moi, de la transmission primordiale par la mère de la métaphore paternelle comme lieu d'adresse de son manque qui donc fait partie de la *behajung* originaire), manque que J. Caïn (*ibid.*) articule, lui, à l'expérience du décalage entre ce qui est contenu dans la pulsion et ce que celle-ci rencontre. Ce manque et l'espace vide qu'il crée (que le sujet cherchera toujours à combler), contiennent en germe toutes les formes de mécanismes de défense, du refoulement au déni, sans oublier l'après-coup, concept qui s'applique à toutes les manifestations de l'histoire d'un sujet, quel que soit le type de psychonévrose et des mécanismes de défense.

Seule l'énonciation des associations du patient témoigne de la vérité du sujet dans la rencontre transférentielle. Il y a danger à plaquer du sens, à vouloir à tout prix donner une logique cartésienne à ce qui n'obéit qu'à la logique de l'inconscient, qui est, je le souligne, la logique de l'amour. J. Caïn (*ibid.*) illustre ceci en relatant le cas d'une analysante, Justine, qui, mariée depuis dix ans et n'ayant jamais eu d'aventures, avait rencontré un ami qui lui plaisait beaucoup. De retour chez elle, elle imagina le plaisir de la retrouvaille, envisagea l'éventuelle culpabilité qu'elle éprouverait de tromper pour la première fois un mari, se disant en elle-même : « tant pis ». Elle eut alors deux nuits agitées, fit un rêve quelques heures avant d'aller rejoindre cet ami et ensuite l'analyste. Mais elle se réveilla avec un herpès génital important, avec un œdème lui déformant le haut des cuisses. Elle annula le rendez-vous avec l'ami en disant : « C'est le destin ».

Ce qu'il me paraît important de souligner, c'est, premièrement la chronologie des actes que prévoit Justine : d'abord la rencontre délictueuse avec l'ami, ensuite la rencontre avec l'analyste. C'est, deuxièmement, l'importance du rêve relaté, elle qui, souligne

J. Caïn (1990), ne se souvenait pas de ses rêves. Pourrais-je dire que tout se passe comme si, pour l'herpès, elle se refusait à s'offrir à l'amant et offrait à son analyste un rêve, le rêve d'une maison familiale ou domicile actuel, bâtiment fermé où il faudrait entrer. Tout cela a un caractère dangereux, inexplicable pour la rêveuse. En tout cas J. Caïn (*ibid.*) n'est pas dupe, à preuve la phrase qui suit la relation du rêve : « D'elle ou de moi, sur l'heure ou après, ce que je relate maintenant en tout cas du discours qui a suivi tient à peu près en ces propositions... »

À partir de cette histoire : dedans/dehors, montrer/donner à voir, J. Caïn (*ibid.*) souligne :

- 1 L'image ne devient érotique que lorsqu'elle est à côté et le regard ne s'érotise que lorsqu'il remplit les caches de la perception par les fantasmes qu'il supporte.
- 2 La relation mère-enfant est la situation exemplaire qui lie regard, érotisation et corps malade ou non. Ce qui rend la mère étrangère passe par les deux corps et leur contact, le regard constituant le support relationnel.
- 3 Dans la rencontre entre deux regards se noue la dynamique structurante du nouveau-né. Cette rencontre, J. Caïn (*ibid.*) propose de la nommer *connivence*, une entente secrète entre deux personnes. Cet entre-deux rempli d'un échange tacite permet l'entente, qui pour se réaliser, nécessite un témoin inconscient de la scène. Ce témoin peut être aussi un acte, une intention, un désir dont la spécificité est de demeurer cachée aux yeux des autres.

Il conclut que c'est bien par le contre-transfert que le trouble de l'autre est perçu et l'analyste n'échappe pas aux investissements libidinaux qui naissent en lui lors de sa rencontre avec celui qui vient le consulter. Si la psychosomatique entre dans le champ de l'analyse, c'est comme pour les névroses et les psychoses par la prise de conscience de ce qui se passe chez l'analyste pendant la cure. Transfert et contre-transfert sont tous deux inséparables. J. Caïn (1990) cite en effet Neyraut (1974) qui, inversant l'habituelle séquence transfert-contre-transfert, soutient que le trans-

fert n'est apparu qu'après, dans la demande analytique, comme un après-coup et qu'il est donc précédé de quelque chose qui est en réalité le contre-transfert. Le contre-transfert présente dans la thèse de Neyraut l'implication même de l'analyste, élaborant un lien avant même que le patient vienne à en être le support.

Quelle est la nature de ce lien ? Pourrais-je rappeler ici ce que dit Lacan dans son Séminaire Inédit *Les non-dupes errent* (1973-1974) à propos du livre de Neyraut sur le transfert : « Et en cela que j'ai dit quelque part et à quelqu'un qui a fait, ma foi, un fort joli petit bouquin sur le transfert, c'est le nommé M. Neyraut, en quoi je lui ai dit que, commencer comme il le fait par ce qu'il appelle le contre-transfert, si par là il veut dire en quoi la vérité touche l'analyste lui-même, il est sûrement dans la bonne voie, puisque, après tout, c'est là que le vrai prend son importance primaire et que, comme je l'ai fait remarquer depuis longtemps, il n'y a qu'un transfert, c'est celui de l'analyste... Le contre-transfert de l'analyste, c'est ce en quoi la vérité le touche, et cette vérité, c'est la vérité de l'amour », (oserais-je ajouter la vérité de l'inouï de l'amour).

A. Caïn, (1986), à propos du psychodrame analytique, soutient d'ailleurs que si le corps seul ne peut être discours, il le devient lorsqu'il est placé dans une situation groupale au moment où il se met en mouvement pour venir jouer son histoire. Cette histoire se jouera selon des vecteurs sémantiques ayant pour bords la fusion et l'*acting-out*. Cette relation du corps-à-corps implique à la fois le réel du corps et le corps fantasmé.

Au terme de son trajet, J. Caïn (1990) nous dit revenir sur ses certitudes originelles, réaliser que le chemin est devenu plus touffu et pourtant plus proche de la vérité. Faisant preuve d'une extrême rigueur intellectuelle, il conclut en proposant un autre titre à son travail : *Sur ce que l'on nomme à tort psychosomatique (à propos du corps, de son histoire et du contre-transfert)* revenant sur le titre originel : *Contre-transfert et psychosomatique (essai critique sur ce que l'on nomme communément la maladie psychosomatique)*. Il met donc l'accent sur l'étroite intrication du corps et de la parole en tant qu'ils représentent les avatars de la symbolisation.

Déjà Freud (1895) à propos de la névrose d'angoisse, névrose actuelle qu'il sépare de la neurasthénie, invoque comme origine de l'angoisse une insuffisante élaboration psychique de la libido. Il n'est pas facile de concevoir clairement ce que Freud entend par *libido* parce que celle-ci est étroitement liée aux différents moments de sa conceptualisation de la théorie des pulsions.

*Libido* provient du latin *libido* qui signifie *désir*. Freud (1921) précise : « Nous appelons ainsi l'énergie, considérée comme une grandeur quantitative — quoiqu'elle ne soit pas actuellement mesurable — de ces pulsions qui ont à faire avec tout ce que l'on peut comprendre sous le nom d'amour ». Freud dès 1916-1917 affirmait nettement : « Nous ne gagnons rien évidemment à insister avec Jung sur l'unité primordiale de toutes les pulsions et à donner le nom de "libido" à l'énergie se manifestant dans chacune d'elles ... Il est impossible, à quelque artifice qu'on ait recours, d'éliminer de la vie psychique la fonction sexuelle ... Le nom de "libido" reste réservé aux tendances de la vie sexuelle et c'est uniquement dans ce sens que nous l'avons toujours employé. »

Rappelons que dans cette quête de l'amour, pour l'humain en tant que sujet parlant, la plénitude est plus qu'illusoire, elle est impossible. Lacan (1966, p. 232) souligne que « ... partout se reconnaîtra ce mirage qui n'est même pas discuté : la complétude du sujet qu'on avoue même en forme tenir pour un but en droit possible à atteindre, si dans le fait des boîtes attribuables à la technique ou aux séquelles de l'histoire la gardent au rang d'un idéal trop reculé ».

L'homme est en effet, en tant que résultat et objet du langage, voué à la division. Cette *spaltung* étant : « ce qui se détache du sujet du fait du langage. Le clivage introduit dans le sujet par le discours, c'est ça la *spaltung*. Il ne peut y avoir de signifiant qui vienne combler la fente entre l'organisme et sa représentation signifiante. » (Israël, 1994).

Cet impossible comblement est à l'origine de l'énigme de la plainte et du désir.

Freud (1905) utilise pour la première fois le terme de pulsion et en fait du même coup un concept déterminant. Dès 1895 il s'in-

terroge sur ce qui est à l'origine de la forme de vivre de l'homme et sur ce qui constitue la dynamique de la construction des symptômes névrotiques. Pour lui il s'agit des mêmes forces. Les symptômes proviennent de leur détournement. Après avoir dans un premier temps distingué une énergie sexuelle somatique et une énergie sexuelle psychique, il précise en 1905 avec le concept de la libido, la nature de la pulsion sexuelle et affirme qu'il n'y a plus lieu de la partager entre versant somatique et versant psychique, elle se répartit sur ces deux versants et entre eux. D'où sa définition de la pulsion comme interface du somatique et du psychique, comme concept limite entre soma et psyché. « La pulsion est le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme. » (Freud, 1905). Il met l'accent sur la diversité des pulsions, leur pluralisme, leur caractère partiel, leur manque d'unification, l'incertitude de leur destin. Il émet alors le postulat de deux types principaux et opposés de pulsions : les pulsions sexuelles et les pulsions du moi, les deux coexistant dans une même source pulsionnelle.

Freud (1914) souligne l'amour que le sujet porte à un objet très particulier, lui-même. Ce concept de narcissisme l'amène à remettre en question l'opposition entre pulsion sexuelle et pulsion du moi. Ce qui veut dire que non seulement les fonctions du moi sont articulées à l'auto-conservation mais sont également érogénéisées. Elles obéissent aussi bien au registre du besoin qu'à celui du désir. La distinction entre pulsion sexuelle et pulsion du moi n'a plus de raison d'être puisque le moi est aussi objet sexuel.

Cependant, Lacan (1960, *Subversion du sujet et dialectique du désir*, p. 814) note qu'il ne faut pas situer la faim du côté de la pulsion mais du côté du besoin. Il précise que le besoin « ne connaît pas de satisfaction universelle, ce qu'on appelle angoisse » mais qu'il exige une satisfaction particulière qui ne peut être fournie que par un objet spécifié, et effectivement, la faim ne s'apaise que par la nourriture, la pulsion orale, non. La conséquence en est que la faim ne fait pas partie de la réalité pulsionnelle de l'inconscient, seules les pulsions partielles et le sexuel s'y trouvent.

En différenciant demande, désir, besoin, Lacan (1960) parle



de « la marge où la demande se déchire du besoin » en soulignant que c'est le lieu d'infiltration du désir. Ce désir est corrélatif à l'universel du signifiant dans la conjonction de ses deux registres, métaphore et métonymie, seul apte à produire un ajustement avec l'autre-Autre.

Freud (1915) définit donc la nature de la pulsion : une force constante d'origine somatique qui représente *comme une excitation* pour le psychique ... La source est corporelle, procédant de l'excitation d'un organe, n'importe lequel. La poussée est l'expression de l'énergie pulsionnelle elle-même. Le but est la possibilité pour l'organisme d'accéder à une décharge pulsionnelle, de ramener la tension à son point le plus bas. L'objet, c'est n'importe quoi permettant au but d'être atteint. « De tout cela il ressort que les objets pulsionnels sont innombrables mais aussi, et surtout, que le but de la pulsion ne peut être atteint que de manière provisoire, que la satisfaction n'est jamais complète puisque la tension renaît très vite et que, en fin de compte, l'objet est toujours en partie inadéquat et sa fonction jamais définitivement remplie » (Chémama, 1998, p. 356). Freud (1920) émet l'hypothèse d'une pulsion de mort opposée aux pulsions de vie. Il constitue ainsi le couple fondamental de toute la théorie pulsionnelle. Le fonctionnement pulsionnel est dès lors résumé à la pulsion de mort.

Freud (1915) utilise le terme de représentance (*Repräsentanz*) pour rendre compte du travail de la pulsion, travail imposé au psychique en raison de sa liaison au corporel. Cette représentance comprend la *Vorstellung* (la représentation) et le *Quantum d'affect* lié à la représentation. Freud oppose représentation et affect. La représentation est ce sur quoi porte le refoulement. Selon lui, quand un événement faisant trauma s'avère inassimilable, la représentation est alors à proprement parler refoulée et s'inscrit dans l'inconscient sous forme de trace mnésique, trace mnésique elle-même investie par la représentation. Freud distingue les *représentations de mot* et *représentations de chose*. Pour Chémama (1998) contrairement à ce que pourrait donner à penser le terme représentation qui induirait que l'inconscient ait pour contenu essentiellement du visuel, des images, il semblerait plus cohérent de penser que les représentations *ne subsistent*

*dans les différents systèmes psychiques que sous forme de traces mnésiques et que c'est donc comme système d'écriture qu'il faut penser, au moins métaphoriquement, le contenu de l'inconscient. Ainsi c'est d'une certaine façon le concept lacanien de lettre et son usage dans la pratique de la cure qui aide le mieux à reprendre cette question assurément difficile. (Chémama, ibid., p. 370).*

Il semble alors plus judicieux de traduire l'expression *Vorstellung-Repräsentanz* par représentant de la représentation parce qu'il s'agit plutôt d'un signifiant que d'une image.

Quant à l'affect, Freud (1895) écrit à Fliess : « J'ai maintenant des névroses une vue d'ensemble et une conception générale. Je connais trois mécanismes : la conversion des affects (hystérie de conversion) ; le déplacement de l'affect (obsessions) ; la transformation de l'affect (névrose d'angoisse, mélancolie). »

Freud (1915) définit les affects comme suit : « les affects et les sentiments correspondent à des processus de décharge dont les manifestations finales sont perçues comme des sensations ». Il ajoute : « Si la pulsion n'apparaissait pas sous forme d'affect, nous ne pourrions rien savoir d'elle. » Il s'agit là de l'affect dans son aspect quantitatif. Il dit encore de l'affect soit qu'il subsiste tel quel, soit qu'il subit une transformation en un quantum d'affect, qualitativement différent, principalement en angoisse, soit qu'il est réprimé, c'est-à-dire que son développement est nettement empêché.

Une pulsion ne peut devenir objet de la conscience. Nous ne pouvons en avoir une idée que par la représentation, elle consciente, des avatars de ladite pulsion. Quant à nos investissements pulsionnels, ils ne sauraient nous être totalement inconscients puisque la pulsion est toujours partiellement satisfaite avec les conséquences affectives que cela provoque. L'on peut voir en cela un des fondements de la plainte.

Représentation et répétition sont des questions connexes. D'un point de vue épistémologique, la répétition introduit la problématique de la pulsion de mort ; elle est à référer à la deuxième topique freudienne.

Freud (1914, 1920) conceptualise la notion de répétition en s'interrogeant sur le pourquoi de la moindre efficacité des cures,

constatant une limite au travail de la remémorisation.

Il est aussi amené à reconnaître que les patients mettent en scène ou en acte, dans la quotidienneté de leur vie, ce qui aurait dû faire l'objet d'un travail d'élaboration dans le cadre de la cure. La conclusion en est que ce qui ne peut s'y remémorer fait retour autrement, à l'insu du sujet, hors cadre de la cure, par le biais de la répétition. Freud (1914) énonce alors : « Le patient répète au lieu de se souvenir ».

Lacan (1964) recense les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse : la répétition, l'inconscient, le transfert et la pulsion. Il avait énoncé (1951) que la psychanalyse est une expérience dialectique en soulignant que cette notion doit prévaloir quand on pose la question de la nature du transfert. Il démontrait que la stagnation dans la cure de Dora, au détriment du travail de la remémoration, est à relier à la somme des passions, des embarras de Freud à un moment donné du procès dialectique qu'est la cure. Autrement dit, le transfert, les répétitions sont à référer au contre-transfert de l'analyste. Ce qui l'a conduit à soutenir (nous l'avons déjà mentionné) qu'il n'y a qu'un transfert, celui de l'analyste (Lacan, 1960-61).

On peut dès lors inférer le lien existant entre symptôme, répétition, transfert et considérer que, dans le cadre de la cure, le symptôme est à entendre comme un message, comme une parole emprisonnée attendant sa délivrance de la suspension des embarras, des passions de l'analyste. Cette parole captive insiste comme souffrance pour être entendue. Dans le cas contraire, elle continuera à hurler sa captivité sur le mode de la répétition mais au dehors du cadre de la cure.

Cette répétition interroge ce que Lacan (1960) nomme *la nescience où reste l'homme de son désir*. Il précise qu'elle est moins nescience de ce qu'il demande, qui peut après tout se cerner, que nescience d'où il désire. Il propose comme réponse que l'inconscient c'est le discours de l'Autre ; il y ajoute que le désir de l'homme est le désir de l'Autre, à savoir que c'est en tant qu'Autre qu'il désire, ce qui pour lui donne la véritable portée de la passion humaine. Le sujet de l'inconscient est donc le sujet représenté

par la chaîne inconsciente refoulée en soulignant qu'il s'agit bien là de la chaîne de la pulsion. Il en résulte que le sujet de l'inconscient « c'est ce qui parle avec son corps, en tout cas au sens de ce qui parle avec la pulsion » (Soler, 2001-2002, p. 46). Lacan (1960) écrit la structure de la pulsion  $S \diamond D$ , qualifiant la pulsion de trésor des signifiants, c'est-à-dire le code de l'activité pulsionnelle elle-même. L'écriture  $S \diamond D$  maintient la structure de l'activité pulsionnelle en la liant à la diachronie. Cette diachronie n'est rien d'autre que l'histoire du sujet, à savoir l'histoire des offres de l'Autre, l'histoire des virages de l'offre de l'Autre expliquant que l'on passe de l'oral à l'anal parce que la demande de l'Autre change. Le dire de la demande de l'Autre laissera des traces sur le corps, des coupures, découpages de zones érogènes sur le corps avec leurs cortèges de souffrances. Dans les offres de l'Autre, dans la demande on ne peut nier la présence d'un dire, la pulsion étant aussi définie comme l'écho dans le corps du fait qu'il y a un dire. L'activité pulsionnelle ne serait donc rien d'autre que le renvoi du dire.

Quant au dire d'une interprétation, ce qui importe n'est pas tellement ce qui vise la vérité des dits mais ce qui essaie de faire parler, faire qu'il y ait dire.

La parole peut avoir des effets sur le corps. Il convient donc, pour sortir le sujet de l'inconscient de la répétition, que l'analyste porte la parole (Lacan, 1955) au sens où l'analyste se distingue en ce qu'il fait d'une fonction (la fonction de la parole) qui est commune à tous les hommes, un usage qui n'est pas à la portée de tout le monde. Du fait du transfert il est inclus dans le sens du symptôme d'où son embarras quant à l'interprétation. Le choix du moment de la scansion ne répond à aucun critère d'exactitude mais est situé du côté où le propos de l'analysant a des effets de vérité sur l'analyste.

Le Moi, partie différenciée du ça résultant de l'opération séparation par le refoulement originaire, émet des pseudopodes pour goûter le monde extérieur (Freud, 1925, *La Dénégation*). Cette activité est ce que nous pouvons appeler *libido* dont Lacan dit, (1960, *Position de l'Inconscient*), qu'elle est en prise directe sur le vivant, sur le réel. Cette *libido* est à considérer comme un véri-

table organe résultant de la mortification du corps par le langage, mortification qui fait de ce corps un désert de jouissance (Lacan, *ibid.*).

Considérons (Lacan, *ibid.*, p. 845) « cet œuf dans le ventre vivipare où il n'a pas besoin de coquille et rappelons que chaque fois que s'en rompent les membranes, c'est une partie de l'œuf qui est blessée, car les membranes sont, de l'œuf fécondé, filles au même titre que le vivant qui vient au jour par leur perforation. D'où il résulte qu'à la section du cordon, ce que perd le nouveau-né, ce n'est pas, comme le pensent les analystes, sa mère, mais son complément anatomique. Ce que les sages-femmes appellent le délivre ».

Cette conception du délivre n'est pas sans lien avec ce qu'il dit à propos du sevrage : « c'est entre le sein et la mère que passe le plan de séparation qui fait du sein l'objet perdu en cause dans le désir ... Le sein apparaîtra comme la même sorte d'organe, à concevoir comme ectopie d'un individu sur un autre, que le placenta réalise aux premiers temps de la naissance d'un certain type d'organisme, lequel reste spécifié de cette intersection » (Lacan, *ibid.*).

La *libido* est dès lors décrite comme « organe de l'incorporel, lamelle qui glisse l'être de l'organisme à sa véritable limite, qui va plus loin que celle du corps » (Lacan, *ibid.*, p. 848).

L'important est de saisir comment l'organisme vient à se prendre dans la dialectique du sujet. Cet organe de l'incorporel dans l'être sexué, c'est cela de l'organisme que le sujet vient à placer au temps où s'opère sa séparation. C'est par lui que de sa mort, réellement, il peut faire l'objet du désir de l'Autre. Moyennant quoi viendront à cette place l'objet qu'il perd par nature, l'excrément, ou encore les supports qu'il trouve au désir de l'Autre : son regard, sa voix. C'est à tourner ces objets pour en eux reprendre, en lui restaurer sa perte originelle, que s'emploie cette activité qu'en lui nous dénommons pulsion (Trieb).

Il n'est pas d'autre voie où se manifeste dans le sujet d'incidence de la sexualité. La pulsion en tant qu'elle représente la sexualité dans l'inconscient n'est jamais que pulsion partielle. C'est là la carence essentielle, à savoir celle de ce qui pourrait représenter

dans le sujet, le mode en son être de ce qui est mâle ou femelle.  
(Lacan, *ibid.*, p. 849)

Cette longue citation pour souligner que désir et jouissance, pour le sujet parlant, se réfèrent à deux causes : l'objet *a* et le signifiant. Seul le sujet parlant dispose de cette *libido* ; seul, il jouit si l'on peut dire de ce privilège de révéler le sens mortifère de cet organe incorporel dans son rapport à la sexualité, même quand, comme l'hystérique, il met en scène cette *extrême élasticité* par le biais de la métaphore. N'oublions pas que, à propos de l'homme aux rats Freud (1909) souligne que l'hystérie est la langue fondamentale, la névrose obsessionnelle n'en étant qu'un dialecte. D'où le pouvoir du signifiant en tant que tel de barrer « le sujet par première intention, ... faisant entrer en lui le sens de la mort (La lettre tue, comme nous l'apprenons de la lettre elle-même). C'est ce par quoi toute pulsion est virtuellement pulsion de mort » (Lacan, *ibid.*, p. 848).

L'objet *a* cause, aimante le désir. Le trait unaire, la lettre, en vectorise la course et le trajet. Tout cela passe par le défilé de la parole et du langage avec pour résultat un ratage structural de cet objet-cause et l'organisation d'une jouissance phallique littérale et litorale, jouissance du bord du ça freudien avec la relance de la course désirante autour d'un plus de jouir pouvant aller parfois vers l'exacerbation passionnelle. C'est ainsi que se construit la réalité psychique freudienne avec les inévitables formations de l'inconscient que sont rêves, lapsus, symptômes permettant au sujet de boîter sans pêcher. Se distingue donc le champ du possible et de l'impossible engageant la responsabilité du sujet, tout particulièrement en ce qui concerne névroses et perversions.

L'histoire du sujet, avons-nous dit, c'est l'histoire des offres de l'Autre, l'histoire de la demande, l'histoire des traces que laisse sur le corps le dire de la demande, traces qui sont autant de coupures, autant d'inscriptions de zones érogènes du corps avec leur cortège de souffrances. Mais il arrive aussi que peuvent se rencontrer certains phénomènes pathologiques organiques ou fonctionnels dont le déclenchement et l'évolution pourraient

être entendus comme la réponse du corps vivant à une situation critique qui n'aurait pas été traitée symboliquement par l'inconscient du sujet et qui dès lors ne pourraient être considérés comme des formations de l'inconscient. Ces phénomènes pathologiques que l'on peut nommer psychosomatiques résultent de la remarquable aptitude du corps au conditionnement, à la soumission à l'impératif de signes qui, comme dans l'expérience pavlovienne, sont en fait des signifiants de l'expérimentateur. Dans ce cas, ces signes sont pour le sujet des signifiants étranges, des signifiants larvaires succédant à un conditionnement par l'Autre (Vogin, 2003). Lacan (1975, *Conférence à Genève sur le symptôme*) les assimile à des hiéroglyphes, tout se passant comme si — du fait d'une impasse métaphorique dans le fonctionnement de la lettre — quelque chose était écrit, dans le registre métonymique, comme une énigme figée dans le corps et dénuée d'effet de sens pour le patient. Ce que l'École Parisienne nomme *pensée opératoire* pourrait dès lors s'entendre comme une tentative ratée, fixée dans le raté d'une mise en synergie du code et du message. Le trait unaire permettant l'organisation de la chaîne signifiante, par le biais du jugement d'attribution et du jugement d'existence autour du même et du différent, rend en effet possible que le dire fasse événement dans la construction de la réalité psychique, du moi corporel freudien. En conséquence, et particulièrement dans le cadre de l'analyse du transfert qui tient son efficience de son articulation à la lettre, pourraient être dialectisées, remises en question, la diachronie et la synchronie de ce qui n'a pas pu faire événement pour le sujet.

Toujours soucieux de ne pas tomber dans le piège d'un causalisme simpliste et en référence à ce que Lacan (1957) soutient sur « L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud », il est intéressant de revenir au premier cri, aux premiers temps de la vie, au temps de l'*infans*. En ce temps-là le sujet est — nous l'avons vu — organisme vivant mais aussi chair prise dans un bain de langage. Son corps se constituera dans sa dimension imaginaire et symbolique par le biais de son reflet nommé dans le regard de l'Autre, par le biais de l'image dans le miroir, image

spéculaire annonciatrice des symbolisations à venir. Cette image du corps prendra sa dimension symbolique selon la façon dont le sujet en devenir s'inscrira dans le désir de l'Autre. L'engendrement de la relation du sujet à l'Autre se fait dans un processus de béance (Lacan, 1964, p. 188). L'aliénation du sujet se manifeste dans la réduction de ce sujet à un signifiant. Ce sujet de l'aliénation nommé  $S_1$  par Lacan (*ibid.*) est pétrifié dans sa première identification et n'a de jouissance que limitée aux zones érogènes, zones soumises à l'excitation par l'Autre. Ces zones érogènes sont articulées à l'analité, au scopique et au vocal. C'est à partir de ces zones que les objets *a* (sein, fécès, regard, voix, objets non point partiels mais objets bien à part) échapperont à la dimension signifiante et c'est autour d'eux que tourneront les catégories du réel, de l'imaginaire et du symbolique (R.S.I.) D'où l'hypothèse que, dans le processus de construction et d'acquisition du corps, quelque chose aurait raté chez le sujet psychosomatique. Le phénomène psychosomatique ne serait pas lié au langage signifiant mais serait encore dans le domaine de l'imaginaire : « [...] c'est par la révélation de la jouissance spécifique qu'il a dans sa fixation qu'il faut toujours viser à aborder le psychosomatique. [...] Le psychosomatique est quelque chose qui est tout de même, dans son fondement, profondément enraciné dans l'imaginaire » (Lacan, 1975). Cet enracinement dans l'imaginaire pourrait être le fait d'une impasse métaphorique. Pourrait-on la rapprocher de ce que Freud (1915, *Le Refoulement*, p. 52) dit à propos de la genèse du fétiche : « le représentant pulsionnel originaire ... divisé en deux morceaux dont l'un a subi le refoulement, tandis que le reste ... a connu le destin de l'idéalisation » (idéalisation qui est du domaine de l'imaginaire).

Ferait donc problème le nouage R.S.I. dans la construction de ce que Dolto (1984) nomme l'image inconsciente du corps conjuguant trois niveaux étroitement intriqués : image de base, image fonctionnelle, image érogène. L'avènement de cette image aurait lieu, à partir de l'assomption de l'image spéculaire, par le refoulement des représentations ayant constitué le pré-moi corporel. On peut avancer que la construction de cette image inconsciente du



corps, qui tient sa consistance de son capitonnage par les chaînes signifiantes S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub> vectorisées par la lettre, (celles-ci ne pouvant pas davantage se passer du support de cette image) s'origine de l'identification régressive à l'*einzigster zug*, trait unique freudien, *trait unaire*, lettre selon Lacan (1964).

Il y aurait dès lors un ratage dans la constitution du langage constructif du sujet, faille épistémomatique, dans l'investissement libidinal de cette image inconsciente du corps. Cette faille épistémomatique découlerait, dans l'axe métonymique, d'un processus d'*holophrasisation* au sens où une phrase entière s'exprime par un seul mot encore appelé mot-phrase. Il en résulterait un *sujet monolithique*. Dans la construction du couple signifiant S<sub>1</sub> -S<sub>2</sub> où S<sub>1</sub> serait le signifiant maître de l'inscription du sujet dans l'Autre et où S<sub>2</sub> serait le signifiant du savoir, à entendre dans la dimension d'une connaissance du sujet sur lui-même (compte tenu du fait qu'il ne peut être limité à un seul signifiant), il se produirait une gélification de ces signifiants incluant à la fois le signifiant maître et le signifiant nécessaire au savoir, d'où *holophrase*. « Toute holophrase se rattache à des situations limites, où le sujet est suspendu dans un rapport spéculaire à l'autre » (Lacan, *ibid.*). L'*einzigster zug* freudien aurait raté son avènement comme *trait unaire*, comme lettre, dans son lien à la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père et fonctionnerait comme signes, signifiants de l'expérimentateur au sens pavlovien comme dit précédemment. L'*holophrase* est « quelque chose où ce qui est du registre de la composition symbolique est défini à la limite, à la périphérie » (Lacan, 1975) — j'ajouterai, en ce qui me concerne, périphérie métonymique — sans que soient possibles le jeu, la capacité pour un signifiant d'advenir à la dignité métaphorique du signifiant maître, d'être lié à la chaîne du S<sub>2</sub> puis de faire retour au lieu de l'Autre, en tant que trésor des signifiants. Cette capacité est le fait de cet acte d'énonciation, de ce dire qu'est le jugement d'existence dont la somme des énoncés constitue le moi corporel freudien dans son rapport dialectique au *Corps du sujet* (Bruère-Dawson, 1993).

Le processus de gélification aurait pour conséquence une stase

libidinale en un lieu de l'image du corps entraînant une psychose d'organe, c'est-à-dire un organe où serait gelée une indistinction primordiale entre le sujet et l'objet. La *libido* dès lors ne fonctionnerait plus comme l'organe incorporel de l'être sexué, dans son lien au champ de la parole et du langage.

« La psychosomatique, c'est quelque chose qui n'est pas un signifiant, mais qui, tout de même, n'est concevable que dans la mesure où l'induction signifiante au niveau du sujet s'est passée d'une façon qui ne met pas en jeu "l'aphanisis" du sujet » (Lacan, 1975). Pour Lacan, le concept d'aphanisis va plus loin que la définition qu'en donne Jones (1948) : « disparition totale de la capacité de satisfaction sexuelle, directe ou indirecte ». Le concept d'*aphanisis* n'évoque pas pour Lacan l'*aphanisis* du désir mais bien celle du sujet qui s'évanouit chez l'Autre. Dans le phénomène psychosomatique, entre S<sub>1</sub> et S<sub>2</sub> la distance est nulle et non avenue. Il y a un fort sans le da nécessaire à son élaboration ; il n'y a donc pas de paire signifiante mais un simple signe. Il n'y a pas pour ce qui concerne cet organe dans l'image inconsciente du corps, de mobilité du sujet du désir, d'où stase de la libido dans cet organe holophrasé. Il n'y a pas non plus de distinction dedans-dehors, sujet-objet, désir-besoin, S<sub>1</sub> — S<sub>2</sub>, d'où impossibilité pour le sujet d'énonciation du jugement d'attribution et du jugement d'existence en tant que constitutifs d'un dire. En d'autres termes, le sujet n'est pas malade mais il est sa maladie, tout entier dans la pétrification de la fonction *aphanistique* des Vorstellungs-Repräsentanz.

Pour Lacan (1964, p. 201) : « Il n'y a pas de sujet sans, quelque part, "aphanisis" du sujet, et, c'est dans cette aliénation, dans cette division fondamentale, que s'institue la dialectique du sujet ». L'*aphanisis* du sujet est cette nécessaire distinction entre S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub> afin de créer le \$ (sujet divisé dans la nécessité d'être représenté par un signifiant), \$ du sujet en mouvement. Quand l'*aphanisis* nécessaire ne s'est pas produite il en résulte que la distinction essentielle entre le désir de l'Autre et le besoin n'a pas été appréhendée dans tout ce qu'elle a de symbolique dans la construction du sujet. On peut concevoir qu'au niveau de l'or-

gane il n'y a pas plus de métaphore que de métonymie (le blocage métaphorique entraînant le blocage métonymique), que le sujet du désir y est gelé, que le désir et la demande de l'Autre sont court-circuités en ce point du corps et seulement en ce point puisque le patient psychosomatique n'est pas un psychotique.

Il est à noter que l'holophrase constitutive de la faille épistémosomatique redonnerait au sujet une part discursive même en terme hiéroglyphiques, discursivité qui, dans le cadre du transfert, peut être relancée par les renversements dialectiques, avec pour éventuelle conséquence une restauration de la parole du patient dans le temps logique. Le moment de conclure peut dès lors être considéré comme énonciation d'un jugement d'existence, d'un dire faisant événement par la réactivation de l'identification régressive.

Nous rejoignons là les travaux de del Volgo (1997) sur l'instant de dire en insistant pour notre part sur l'importance de la traduction littérale de l'Einziger Zug freudien (trait unique) et de sa transformation par Lacan en trait unaire élevant par là-même ce trait unique dans une pertinence structurale qui met bien l'accent sur le fait que cette identification régressive, fondée sur un seul trait a une fonction plus distinctive qu'unifiante. Nous avons affaire ici à l'avènement même du sujet « dans la mesure où la différence à soi-même inscrite par le trait engendre seule un possible par rapport à la notion d'identité » (Andrès, 1993). N'oublions pas que pour Freud l'identification est le lien affectif à autrui le plus précoce. Freud (1921) soutient que l'identification constitue la forme la plus primitive de l'attachement affectif à un objet, Dora imitant par exemple la toux de son père. Le Moi, ajoute-t-il, absorbe pour ainsi dire les propriétés de l'objet, il copie tantôt la personne aimée, tantôt la personne non aimée. L'identification étant toujours partielle *tout à fait limitée*, le Moi se borne à emprunter à l'objet un seul de ses traits. Ce trait unique (qu'il s'agisse de l'Eiziger-Zug ou du symptôme ou de l'émoi) fonctionne comme signature marquant pour le sujet quelque chose de son identité, nécessairement articulée à l'effacement d'un objet originant ce trait à travers l'absence de cet objet. Mais ce qui importe surtout c'est le trait unaire et c'est pourquoi

Lacan (1961-1962) dit que le trait unaire est « le signifiant, non d'une présence, mais d'une absence effacée ». Il s'agit donc d'une marque qui « passant obligatoirement par ce point d'effacement, souligne à chaque réitération la différence » (Andrès, 1993).

Le trait unaire sera donc au centre et de la répétition et de la différence. La répétition présuppose le fondement du Un primordial constitué à la place d'un effacement originaire. Lacan appelle cela la *chose*, le *réel impossible*. Le trait unaire articule un rapport d'exclusion à un rapport d'inclusion, ce qui le conduit (1961-1962) à affirmer que le sujet comme tel est moins un. Le « passage du réel impossible au symbolique se fonde nécessairement sur la négativité ». En traduisant trait unique par trait unaire nous passons d'une identification imaginaire à une identification symbolique parce que le rapport du manque au trait « institue la logique même du signifiant dont le rôle est de signer à chacun de ses tours une différence. La question de l'existence surgit de cette alternance entre répétition et absence, et ce n'est qu'ainsi que peut se poser la notion de représentation du sujet dans le temps : le trait unaire, à ce titre, est une scansion où se manifeste la présence au monde et il présuppose nécessairement d'autres UNS » (Andrès, 1993).

Nous saisissons là encore toute l'importance du temps logique et de ses scansions, non sans lien avec ce que Dolto (1984) décrit, dans l'image inconsciente du corps et, je dirai tout particulièrement dans les connexions entre identification au trait unaire, jugement d'attribution, jugement d'existence et structuration de l'image érogène ... Granoff et Bacherich (2004, p. 113) rappellent que Dolto « n'a cessé de s'interroger sur ce qui fait que le sujet doive en passer par l'image, elle le déplorait, et elle a refusé de tirer l'image du corps du côté du visible, la situant résolument du côté du sujet ». Rappelons en effet que le regard en tant qu'objet *a* constitue le trou phallique dans l'image du corps, ce qui nous renvoie à la question du fantasme :  $\$ \diamond a$ .

Cela nous conduit à nous interroger sur l'abord lacanien des structurations du sujet (structurations non modifiables) qui ne peuvent se comprendre qu'à les référer à l'effort qu'il a fait pour

sortir de l'impasse du roc freudien de la castration dans son lien au complexe d'Œdipe. Lacan (1958) y parvient en positionnant dans un premier temps le phallus comme un pur signifiant du manque, dans un second temps, il (1964) invente l'objet *a* lié indissolublement dans le fantasme au sujet divisé. La conséquence en est que le fantasme fait écran quant au réel. Seule sa traversée permet au sujet dans la fugacité de l'instant d'avoir un aperçu sur le réel. Par ce biais le sujet peut, toujours dans la fugacité de l'instant et dans une tâche toujours à recommencer, se confronter aux trois catégories du réel en tant qu'impossible rencontrées dans le sexe, le sens et la signification. C'est en cela que l'on peut comprendre l'indépassable des structures du sujet et que l'on peut souscrire à ce que Julien (2000) propose comme une lecture originale de l'œuvre de Lacan en modifiant la présentation freudienne Névrose, Psychose et Perversion (Freud, 1894-1934) en Psychose, Perversion, Névrose.

Concernant les psychoses, Julien (2000) met l'accent sur le fait que Lacan a déplacé la notion de paranoïa pour l'articuler à la connaissance. Il en résulterait que ce que l'on nommait jusque là psychose paranoïaque serait plutôt la conséquence, avec le délire, d'un manque de paranoïa. Pour Lacan, la connaissance est essentiellement de l'ordre du visuel et la bipolarité voyant-vu est d'ordre paranoïaque. C'est selon cette même bipolarité, par identification et dans la vision de l'objet que se structurera le moi.

Avant Freud les aliénistes distinguaient notamment la paranoïa schizoïde de la schizophrénie paranoïde. Seule l'observation dans le temps leur permettait de les authentifier. Avec le temps, disaient-ils, le paranoïaque se maintient du fait de sa capacité à se construire un moi mégalomane persécuteur et persécuté alors que le schizophrène se détériore ne disposant pas d'une image inconsciente du corps (Dolto, 1984).

Granoff (2004) rappelle que « avant que d'être imago, eikona, elle est idole, eidolon. Or l'idole, qu'est-ce que c'est ? Qu'elle soit majeure ou mineure, c'est une apparition de divinité » (p. 99). L'eikona se situe, selon moi, du côté de la métaphore ; elle est la conséquence du deuil de l'idole dans son lien à la métaphore du

signifiant phallus. Cela renvoie à ce que Freud (1909-1915) dit de l'idéalisation.

Déjà en 1946 Lacan indiquait que l'imagos est la causalité psychique même, la condition de l'affect et que nous en sommes affectés narcissiquement. Par ce rapport imaginaire mon corps ne m'est pas étranger, ne m'est pas détachable. Quand le rapport narcissique du corps au moi n'existe pas il en résulte une déficience de la connaissance paranoïaque. On ne peut pas laisser tomber ce qui concerne l'image du corps propre.

Lacan dans le cas Aimée (1932) exprime son étonnement de ne pas constater d'agressivité de la part d'Aimée, malgré l'intrusion dans son couple de sa sœur aînée qui lui avait volé son rôle de mère. À ce propos, il dit qu'il y a chez Aimée un déficit du moi et non de l'intellect. Il retrouvera aussi cela en 1965 à propos du ravissement de Lol V. Stein (Duras, 1964) qui, à dix-huit ans, fiancée à Michael, assiste à un bal à T. Beach au cours duquel ce dernier la trahit avec A. Marie Stretter avec laquelle, après avoir dansé toute la nuit, il va partir définitivement. Avec l'intrusion de cette autre femme, Lol, qui ne manifeste ni affect, ni jalousie, ni lutte, va perdre, sans pouvoir dire sa douleur, son image, son moi.

C'est ce que nous retrouverons dans le Séminaire du 11 mars 1976 : « Joyce le Sinthorme » quand il notera à propos des colères de Joyce que « chaque fois il avait l'impression d'en sortir comme si son corps se fût dépouillé avec aisance de quelque peau ou de quelque écorce superficielle » (cité par Julien, 2000).

Lacan (1953, p. 268) affirme que le désir de l'homme « trouve son sens dans le désir de l'autre ... et son premier objet est d'être reconnu par l'autre ... par l'accord de la parole ou par la lutte de prestige, dans le symbole ou dans l'imaginaire ». Le *parlêtre* est tout entier situé dans le champ de la parole et du langage, le langage étant l'énoncé collectif plus ou moins aliénant, et la parole étant l'acte d'énonciation du sujet, dans sa capacité de subversion, le problème est donc pour Lacan celui des rapports dans le sujet de la parole et du langage.

Trois possibilités résultent de ces rapports dans la genèse de la

structure : la folie sera un langage sans parole, la névrose un langage avec parole et pour l'homme moderne il s'agira de langage ou de parole, cela pouvant aller jusqu'à l'analogie entre le statut de l'homme moderne et l'état pré-psychotique. Trois plans peuvent être reconnus dans le phénomène de la parole : celui du symbolique représenté par le signifiant, celui de l'imaginaire représenté par la signification et celui du réel représenté par la dimension diachronique du discours tel qu'il est réellement tenu. Il faut souligner que c'est le signifiant venant de l'Autre qui déterminera telle ou telle signification de l'image du corps. Le signifiant métaphore du signifiant du Nom-Du-Père, signifiant fondamental, fonde la différence entre les générations, l'interdit de l'inceste donc l'exclusion réciproque. Si ce signifiant fondamental fait défaut, une multiplication de significations tenteront de suppléer ce manque en donnant au sujet pour un certain temps des béquilles imaginaires. Celles-ci seront constituées par une série d'identifications purement conformistes à des personnages qui lui donneront le sentiment de ce qu'il faut faire pour être un homme (Lacan, 1955-1956) (et pour être une femme, ajouterai-je).

Ce pré-psychotique peut traverser toute sa vie jusqu'à sa mort, de cette façon, vivant « dans son cocon comme une mite » (Lacan, *ibid.*). Mais il peut arriver aussi qu'un événement rencontré dans le réel déstabilise les significations acquises (rencontre amoureuse, paternité prochaine, promotion de carrière ...). Il y aura alors surgissement d'une vérité pour laquelle le savoir fait défaut. Ce savoir fait défaut parce que, du temps où il était *infans*, le sujet pris entre l'imago privatrice du père et l'imago captatrice et fascinante de la mère n'a pas manqué de s'interroger sur le désir qui animait les alternances de ses présences et de ses absences. En d'autres termes, son interrogation portait sur l'énigme du désir de femme de sa mère qui, ne pouvant répondre du signifiant de son désir de femme qui doit rester à jamais énigmatique, (aussi bien pour elle que pour sa progéniture) substituera à celui-ci la signification de la paternité, la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père. De cette métaphore découlera la signification du phallus c'est-à-dire ce qui manque à la mère

et qui est la ratio de son désir de femme. Cette opération signifiante constitue la transmission primordiale dont pourront résulter pour le sujet diverses significations de la paternité, dans le contexte de sa culture et la singularité de son histoire.

Quand cette transmission primordiale n'a pas eu lieu la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père est forclosée, les additions successives de significations comme réponses à la question de l'être père risquent un jour de ne pas suffire. La psychose peut alors se déclencher à partir de la coïncidence de deux élisions :

- élisie dans l'imaginaire du fait de la nouveauté d'un choix à faire
- élisie dans le symbolique du fait de l'impossibilité d'en appeler à la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père. En découlera un déchaînement de la parole selon deux types successifs : celui de la perplexité et celui de la conviction délirante.

Ajoutons que pour Lacan (1955-1956), si le père imaginaire est celui qui prive la mère du phallus symbolique comme signification de son désir, le père réel au contraire le lui donne à sa façon : *grand fouteur* en tant qu'il est tourné vers une femme qu'il a choisie (et j'ajouterai qui l'a choisi). Mais attention, la normalité n'est pas la vertu paternelle par excellence ; il n'y a rien de pire que le père qui profère la loi sur tout donc pas de père éducateur sur tout, mais plutôt en retrait sur tous les magistères.

Après avoir défini la psychose comme le dénouement des trois registres, Lacan (1975) précise, à propos du Réel, Symbolique, Imaginaire que la psychose est le non-nouage à trois en soulignant que ce non-nouage peut signifier non seulement la folie en tant que dénouage mais aussi un nouage ne tenant pas sans ce quart élément qu'il nomme *Sinthome* c'est-à-dire ce qui fait nœud. Il nomme cette quatrième consistance le Nom-Du-Père en donnant un sens nouveau à cette nomination : ce n'est plus simplement le nom qui donne la place du père dans l'ordre symbolique mais aussi l'inverse, le père du nom, le père nommant. Dès lors il parlera au pluriel des Noms-du-Père. Pour illustrer cela, il fait référence à la bible : le père Adam donne un nom aux



animaux (Genèse, ch. 2). Lacan attribue à Dieu lui-même cet acte de nomination (1975, *Conférence à Genève sur le symptôme*). Donc, « c'est en tant que le Nom-Du-Père est aussi le père du nom que tout se soutient ».

Le Sinthome a une fonction de suppléance et de compensation quand il y a forclusion du Nom-Du-Père. Dans son Séminaire, *Joyce le Sinthome*, 1976, leçon du 13 janvier) Lacan montre que Joyce n'a pas le Sinthome freudien d'un père idéal. Son père est indigne, Joyce le renie tout en restant cependant enraciné dans son père. Lacan le dit : « chargé de père » ; il se fait lui-même le père du nom par l'artifice de la lettre. Il est le Sinthome par l'art d'écrire.

Les perversions, dans l'usage habituel du terme ont toujours été connotées d'un sens moral ou religieux. Par sa racine latine *pervertere* il signifierait un détournement du bien en mal. Kraft-Ebing (1887) situe la sexualité comme la vraie raison de la perversion au sens où le plaisir sexuel peut mener à l'anormalité.

La rupture freudienne supprime la frontière entre perversion et normalité. Freud (1905, *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*) déclare que tout enfant est un pervers polymorphe. Le dépassement de ce polymorphisme pervers se fera par le biais de l'unification des pulsions partielles de la vie infantile sous le primat du génital. En 1915 (*Pulsions et destins des pulsions*) il tente de faire coïncider l'amour de l'autre en tant qu'objet sexuel avec la synthèse des pulsions partielles en une seule pulsion totalisante. Il articule donc la perversion au complexe d'Œdipe et identifiera la perversion comme désir.

Lacan (1964, *Livre XI*) insiste sur le fait que la sexualité ne peut se réaliser que par l'opération des pulsions, qu'elles sont toujours partielles ; il précisait déjà : « La pulsion en tant qu'elle représente la sexualité dans l'inconscient n'est jamais que pulsion partielle ... il n'y a pas d'accès à l'autre du sexe opposé que par la voie des pulsions dites partielles ». (Lacan, 1960, *Écrits*, p. 849).

Freud (1905, *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*) associe la découverte du fétichisme du pied ou de la chevelure à une aberration d'ordre sexuel. Freud (1905, *ibid.*) fait pour la première fois mention du fétichisme quand il envisage les déviations par rapport au but sexuel. Il parle de *substitut de l'objet sexuel* qui peut être une partie du corps (pied, chevelure, etc.) ou un objet inanimé (pièce de vêtement, souliers, etc.) Il envisage aussi les cas où, pour que le but sexuel soit atteint, l'objet sexuel doit être lui-même marqué par certains traits (couleur de cheveux, défauts physiques, etc.) et il qualifie cette condition de fétichiste. Le fétiche n'est plus ensuite pour Freud une condition spécifiant l'objet sexuel mais il concentre sur lui seul l'activité sexuelle. Il reconnaît dans le pied un symbole archaïque et décrit déjà un lien métonymique entre la fourrure et les poils pubiens féminins.

En 1910 (*Un Souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*) il précise à propos du pied la valeur du fétiche comme substitut, ersatz du phallus de la mère. Il développe ce point en 1915 en mettant l'accent sur le regard de l'enfant dirigé vers l'organe sexuel de la mère, s'arrêtant sur l'image du pied ou du soulier pour permettre au sujet de maintenir sa croyance en l'existence d'un organe masculin chez la femme. Dans son article *Le Refoulement* il soutient : « Il peut même se faire, comme nous l'avons vu dans la genèse du fétiche, que le représentant pulsionnel originaire ait été divisé en deux morceaux, dont l'un a subi le refoulement, tandis que le reste précisément en raison de cette intime connexion a connu le destin de l'idéalisation » (p. 52).

En 1927 (*Le Fétichisme*), la perversion est considérée comme un déni c'est-à-dire à la fois la reconnaissance que la mère n'a pas de phallus et la négation de cette reconnaissance. La perversion consiste donc à dénier les différences sexuelles et Freud soutiendra cette position jusqu'à sa mort qui laissera inachevée l'écriture de l'article commencé en 1938 : *Clivage du moi dans le processus de défense*. Ce clivage est l'effet même du désir concernant la présence du phallus chez la femme.

La position freudienne se fonde sur la perception visuelle de l'absence d'un organe réel chez la femme. Lacan (1957-1958, Livre V, *Les Formations de l'inconscient*) affirme qu'il ne s'agit pas

d'un organe réel mais du phallus imaginaire et symbolique. Il argumente en trois temps :

- Premier temps : la mère n'a pas de phallus et pour l'enfant non psychotique pour qui la mère a opéré la transmission primordiale, cette position symbolique a un effet sur l'imaginaire. Il peut penser que comme image il peut se faire pour la mère objet phallique.
- Deuxième temps : celui de l'angoisse : comment être à la hauteur du désir de la mère ? Lacan (1956-1957) indique que l'enfant construit la stabilité de son moi à partir de ce paradoxe qu'il montre à sa mère précisément ce qu'il n'est pas, avec pour conséquence l'angoisse qu'elle ne l'engloutisse. La perversion peut être donc entendue comme conséquence de l'angoisse, comme mécanisme de défense contre cette angoisse.
- Troisième temps : celui du déni de la première position, ce qui permet au sujet de se désangoisser en érigeant le fétiche comme substitut du phallus manquant chez la mère : il s'agit là d'un phallus imaginaire. Le fétichisme devient ainsi le paradigme de toute perversion et il ajoute (1957-1958) : « la femme a donc le phallus sur le fond de ce qu'elle ne l'a pas ».

En 1954 dans un article rédigé en anglais par Granoff et cosigné par Lacan paraît *Le Fétichisme, Le Symbolique, l'Imaginaire et le Réel*. Granoff y précise : « La parole est un don du langage et le langage n'est pas immatériel. C'est de la matière subtile, mais de la matière néanmoins. Il peut féconder la femme hystérique, il peut figurer le flot d'urine ou l'excrément retenu. Les mots peuvent aussi souffrir de blessures symboliques. Nous nous rappelons la Wespe avec un W castré, quand l'homme aux loups réalisa le châtiment symbolique qui lui avait été infligé par Groucha. Le langage est donc l'activité symbolique par excellence. L'imaginaire n'est déchiffrable que s'il est mis en symboles » (Granoff, 1954, p. 64-65).

C'est dans le *Séminaire sur la Relation d'objet* (1956-1957) qu'il élaborera la structure de toute perversion à partir du fétiche en mettant l'accent sur la double fonction du voile ou du rideau cachant en même temps ce qu'il désigne, selon la place occupée

par le sujet devant ou derrière le voile.

Le voile, le rideau devant quelque chose, est encore ce qui permet le mieux d'imager la situation fondamentale de l'amour. On peut même dire qu'avec la présence du rideau, ce qui est au-delà comme manque tend à se réaliser comme image. Sur le voile se peint l'absence. Ce n'est pas autre chose que la fonction d'un rideau quel qu'il soit. Le rideau prend sa valeur, son être et sa consistance, d'être justement ce sur quoi se projette et s' imagine l'absence. Le rideau, c'est, si l'on peut dire, l'idole de l'absence. Si le voile de Maya est la métaphore la plus communément en usage pour exprimer le rapport de l'homme avec tout ce qui le captive, cela n'est sans doute pas sans raison, mais tient assurément au sentiment qu'il a d'une certaine illusion fondamentale dans tous les rapports tissés de son désir. C'est bien là ce dans quoi l'homme incarne, idolifie son serment de ce rien qui est au-delà de l'objet de l'amour. (Lacan, 1956-1957, p. 155)

Le fétichisme consiste donc à poser un voile sur le manque phallique de la mère.



### III

## **Modalités thérapeutiques et formation**



Granoff (2004) nous rappelle que « Lacan encore une fois, sur ce rapport, a eu sur nous un effet de déstupidification, de décapage d'une certaine bêtise. Tout d'abord, et c'est honteux à dire, il nous a rappelé à l'évidence que la situation analytique n'avait pas le monopole du transfert du patient » Freud en général parle au pluriel : « Le transfert [...] simplement, la situation analytique offrait un lieu particulièrement commode où abriter et codifier cette addiction : le seul mode de fonctionnement de l'être humain » (p. 129).

Lacan (1972-1973) avait coutume de dire : « Dites n'importe quoi, faites n'importe quoi, cela aura toujours des effets... à condition que vous soyez capable de les entendre ». Là est toute la question de la thérapie. Il n'y a pas de petite ou de grande psychothérapie mais un homme souffrant qui cherche la bonne oreille.

Winnicott soutenait aussi (1971) que la psychanalyse est la forme la plus sophistiquée du Jeu. Il la situait ainsi dans l'*espace potentiel*, espace de séparation et de réparation dans lequel chacun — enfant et adulte — peut faire une pause par rapport à la quotidienneté de sa réalité, pause pendant laquelle il peut s'essayer à voir le réel d'une autre façon, jouer avec le réel d'une autre façon, sans que le monde extérieur et ses représentants ne viennent lui demander des comptes. C'est dire que l'*espace potentiel* est celui de la fantaisie à partir de laquelle chacun peut tenter la redistribution de ses cartes. Il permet aussi cette capacité de rêver « qui va bien au-delà de la production de l'objet-rêve, objet où viendraient se condenser nos désirs refoulés » (Pontalis, 2004, p. 72).

C'est par la médiation de l'*objet transitionnel* que s'effectue la première distinction *Moi/Non-Moi* et que s'instaure la course libidinale narcissique et objectale. Cette épreuve de séparation qui



aboutit à ce que Lacan (1964) a appelé *l'objet-cause du désir* ne va pas sans douleur ni sans angoisse : c'est qu'il s'agit pour le sujet de la perte et de la *cession* d'une partie de sa propre substance jouissante de son corps érotique *cédé pour servir de garantie à la vérité en l'absence dans l'Autre d'un signifiant dernier qui réponde de sa valeur*. Il (l'homme) est divisé entre un sujet inconscient, supposé, de l'énonciation et un sujet de l'énoncé (Vandermersch, 1998, p. 57). C'est la condition sine qua non d'une appropriation de son corps. La désaliénation est à ce prix. Il importe de se séparer de *la Chose* pour accéder à la liberté de sa propre parole. Face à cette perte, irrémédiablement tragique selon Lacan, Winnicott propose *l'espace potentiel*, espace de réparation qui ne veut pas dire suppression illusoire de la nécessité du manque mais introduction de l'humour dans le rapport du sujet à ce manque inévitable, condition de son désir : tel est le fondement de toute la métapsychologie freudienne, tel est l'enjeu de tout abord thérapeutique et de toute formation à l'écoute du clinicien.

Comment concevoir un dispositif qui tienne compte des exigences transfero-contretransférentielles de toute rencontre clinique, dispositif qui pourrait permettre au patient l'accès à la dimension de l'inconscient et être utilisé pour la formation à l'écoute du clinicien. Le référent de ce dispositif est la théorisation par Freud de sa pratique analytique, Lacan en étant un lecteur. Freud (1912) s'est même interrogé sur la nécessité parfois d'associer à l'or pur de la psychanalyse le cuivre de la suggestion, elle-même dérivée de l'hypnose originelle. Pourrait-on dire que cet alliage définirait ce que l'on a coutume d'appeler les psychothérapies ? Ne conviendrait-il pas plutôt de recenser les éléments spécifiques à la direction d'une cure ? C'est tout le contenu du texte de Lacan (1958) *La Direction de la cure et les principes de son pouvoir*. Il y affirme qu'assurément le psychanalyste dirige la cure, attentif qu'il est à la dimension de l'interdit et non pas à l'objectivation d'un quelconque comportement ou d'une quelconque signification. Cette attention portée à l'interdit lui permet d'opérer ce que (1951) il nomme renversement dialectique. Dans ce même texte d'ailleurs il qualifie la pratique de l'ana-

lyste, du fait de ses scansions et des interprétations du transfert, comme « un non-agir positif en vue de l'ortho-dramatisation de la subjectivité du patient ». Nous y reviendrons.

Il semble cependant que ce qui constitue le nœud de cette expérience nommée psychanalyse, c'est la possibilité laissée au patient de présenter, de soutenir dialectiquement toute une série de développements concernant sa vérité. Ce qui permettrait donc de considérer comme analytique tout dispositif autorisant cette discursivité dialectique de la parole et du langage. Du même coup, la question de Freud sur la nécessité de l'alliage de l'or et du cuivre perd de son intérêt, d'autant plus que Freud lui-même (1912) tenait à faire la différence entre ce qui ressortait de la rigueur conceptuelle et ce qui pour lui ne constituait pas un dogme mais relevait des contingences liées à sa propre personne. Par exemple, mettre le patient hors la vue de l'analyste, pratique qu'il avait instaurée, résultait du fait — comme il le disait lui-même — qu'il lui était insupportable d'être face à ses patients toute une journée de travail. Il est de même difficile d'avancer une démonstration conceptuelle sur le nombre et la durée des séances. Tout ce que l'on peut soutenir pour le moment sur cette question, c'est qu'il est nécessaire d'offrir au patient un espace temps suffisant pour que, de renversement dialectique en renversement dialectique, avec des développements successifs quant à sa vérité, il puisse subvertir le temps chronologique, le temps de l'horloge en temps logique ; c'est ce qu'a voulu démontrer Lacan (1945) dans son texte : *Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée*. Cela vise la façon, singulière à chacun (dans le temps, dans l'espace, dans le rapport à autrui) de tenir compte, de subjectiver l'ordre symbolique auquel il est assujéti, de faire le deuil d'une trouvaille impossible, de construire ses objets de retrouvaille à travers répétitions, remémorations, perlaborations... Ce qui revient à construire, déconstruire, reconstruire dialectiquement ses identifications inconscientes et remettre sans arrêt à la question les rapports de son moi, *orthopédie nécessaire et aliénante* (Lacan, 1949) avec le sujet du désir inconscient qu'il est aussi. En d'autres termes, trop souvent « l'homme n'imagine pas le symbole ; il donne réalité à l'image. Cette captation imaginaire

(captation de et par l'image) est ce qui constitue essentiellement toute "réalité" imaginaire, au point de nous la faire considérer comme instinctive. Ainsi les mêmes couleurs captivent le mâle et la femelle de l'épinoche et les entraînent dans la danse nuptiale » (Granoff, 2004, p. 65).

Tout dispositif qui tient compte de ces exigences (qu'il soit inscrit dans un colloque singulier ou que ce colloque singulier transférentiel soit analysé dans le cadre d'un groupe — groupe Balint, groupe de psychodrame Balint —) mérite selon moi le qualificatif de dispositif analytique.

Tel est aussi le cas de ce que l'on nomme couramment psychodrame psychanalytique en précisant que dans le terme psychodrame il faut entendre drame au sens du drama grec. C'est d'ailleurs dans ce sens que Lacan (1951) parle du non-agir positif de l'analyste en vue de l'orthodramatisation de la subjectivité du patient.

Le psychodrame tire son origine du *théâtre de spontanéité* de Moreno (cité par P. et G. Lemoine, 1972) dont l'objectif était essentiellement une catharsis des affects. C'est par exemple ce que cherchait Moreno en faisant jouer des rôles de prostituées à cette jeune femme dont le symptôme était d'être violente et vulgaire avec son fiancé. Ce traitement au dire de Moreno transforma en tendresse la violence de la relation amoureuse de cette jeune femme. Ce qui importe et qui d'ailleurs fait toute la différence entre l'hypnose originelle et la cure analytique, c'est le passage de l'abréaction des affects à leur mise en représentation. L'affect est en effet pour Freud (1915) un représentant psychique de la pulsion. Mais cet affect, pour Lacan (1962-1963) fait signe au corps ; il est ce qui *du corps pâtit du signifiant*, il a toujours besoin d'être vérifié (l'angoisse étant le seul affect qui ne trompe pas). Freud (en 1894 puis en 1915) disait de l'affect qu'il n'accédait jamais à l'inconscient, c'est-à-dire qu'il ne subissait jamais tel quel l'effet du refoulement, qu'il ne pouvait que soit s'abréagir, soit se convertir, soit se déplacer. Il est donc important de tenir compte de l'affect en le situant toujours dans son rapport au corps et dans son lien avec les représentants-représentations

de la pulsion, qu'il s'agisse de représentants-représentation de choses (restes visuels) ou de représentants-représentation de mots (restes sonores).

Le psychodrame psychanalytique a pour premier fondement métapsychologique cette nécessité du passage du visuel au sonore, condition nécessaire pour se déprendre de l'enfermement des significations dans des images pour se situer du côté de l'écoute, de la ponctuation, des scansions signifiantes des différents moments de la parole et du langage de chacun. Il utilise le moyen du jeu comme dans un rêve. Il reconvoque à chaque mise en scène du jeu, à chaque scansion du jeu cette nécessité d'avoir à se déprendre de ces objets dont Freud (1925) disait qu'ils avaient autrefois procuré réelle satisfaction. La matrice de ces deuils est celle du jeu du fort-da du petit-fils de Freud ; elle inaugure la quête désirante avec ses ratés, ses répétitions, elle inaugure aussi la longue série des identifications inconscientes ainsi que la construction de l'appareil orthopédique moïque.

Avant d'en développer la pratique et les concepts qui la soutiennent, je veux d'abord souligner que cette théorisation du psychodrame se réfère à Freud, à Lacan — dont je revendique l'honneur d'avoir été l'analysant et le disciple — à Winnicott ... Je veux aussi reconnaître ma très grande dette envers G. et P. Lemoine qui pour moi, dans la pratique analytique (qu'elle relève de la cure selon le modèle freudien ou du psychodrame) ont été des référents et des maîtres.

En quoi consiste un groupe psychodramatique ? Qui le compose ? Et sur quels motifs ?

Un groupe de psychodrame psychanalytique se réunit en général autour de ce qu'il est convenu d'appeler un couple thérapeutique : un animateur et un observateur de séance qui peuvent permuter leur fonction. La fréquence des rencontres peut être d'une séance hebdomadaire ou de plusieurs séances groupées (mensuelles, bimensuelles ...). Le lieu ne doit être en aucune façon un lieu de vie domestique. Le groupe est composé d'une douzaine de membres adultes des deux sexes si possible (sans

que cela n'obéisse à une quelconque loi d'âge et de parité). La règle est que les différents membres du groupe n'aient entre eux aucun lien de familiarité, de parenté. Chacun vient avec les difficultés, les symptômes, les plaintes qu'il a exposés au préalable au cours d'un ou de plusieurs entretiens avec l'un des deux membres du couple thérapeutique. Le groupe est ouvert car, comme dans la vie, tous les jours, il y a naissances, départs, morts sans que nous ne puissions prononcer sur cela une quelconque autorisation ou une quelconque interdiction. Chacun y vient donc pour son propre compte et son cheminement singulier, « seul à côté de l'autre » (Winnicott, 1958), visiter et revisiter les avatars de ses identifications, de sa quête désirante, les causes de sa souffrance (du moins celles qu'il pense avoir repérées). « Seul à côté de l'autre », cela veut dire que ce que chacun des membres du groupe exposera (avec tout ce que ce terme comporte de renvois au visuel et au sonore) se réfère à ce que Freud (1912) décrivait concernant la construction et l'évolution de la libido constituée de ses deux parties (consciente et inconsciente) avec tout ce que cela inclut de répétitions de clichés, d'impasses, de déceptions, de rancœurs, de souffrances. « Seul à côté de l'autre », cela implique évidemment le renoncement à toute identification hystérique collective à un quelconque leader, identification qui nous donnerait l'illusion de l'économie de l'identification symbolique qui, elle, nous contraint à renoncer à la toute-puissance de l'image narcissique.

Le jeu, ressort essentiel du psychodrame, situera la ligne de partage entre débordement narcissique et castration symbolique par le passage du visuel au sonore du fait d'une parole sur le jeu, par la déconstruction des rôles familiaux et sociaux, ces derniers fonctionnant comme des prêts-à-penser qui nous enferment dans des significations imaginaires que nous avons à soutenir indûment au détriment de la singularité de notre quête désirante.

« Seul à côté de l'autre » certes, mais dans la convivialité symbolique assumée et non imaginaires imposée. En d'autres termes, est recherchée la désaliénation d'une quelconque groupalité psychique imaginaire.

Brassens chantait (La Mauvaise Réputation) « Mais les gens bien n'aiment pas que l'on suive une autre route qu'eux, je ne fais pourtant de tort à personne en suivant les chemins qui ne mènent pas à Rome ». Il disait aussi « Tous les gens me montrent du doigt, sauf les manchots, ça va de soi ». Pour cela, il faut un certain courage, courage d'apprivoiser et de lire, dans une rencontre clinique sous transfert, ce livre unique qu'est mon inconscient. Lacan (1953) écrit : « L'inconscient est cette partie du discours concret en tant que transindividuel, qui fait défaut à la disposition du sujet pour rétablir la continuité de son discours conscient [...]. L'inconscient est ce chapitre de mon histoire qui est marqué par un blanc ou occupé par un mensonge : c'est le chapitre censuré. Mais la vérité peut être retrouvée » (pp 258-259).

Freud et Moreno s'étaient rencontrés. P. et G. Lemoine (1972) parlent à cette occasion de *rencontre manquée*. Moreno aurait dit à Freud à propos des patients : « Vous analysez leurs rêves, moi je leur donne le courage de rêver ». Il faut effectivement du courage pour rêver mais pas forcément au sens où l'entendait Moreno qui a théorisé sa pratique du psychodrame sur le versant de ce que l'on a appelé la sociométrie. Le courage de rêver consiste aussi en la lecture du rêve, en son analyse dans son inscription comme événement dans l'histoire singulière du rêveur en tant qu'il est un être qui parle, un être sexué, un être pour la mort. C'est en effet dans cet impossible rapport sexuel (Lacan, 1974) et dans le rapport à la mort (dont Freud, 1915, nous dit qu'il est irréprésentable dans l'inconscient) que se construit cette conjonction psyché-soma que l'on appelle un homme. Mais le rêve « n'est pas seulement un rébus qu'on décrypte, un texte qu'on déchiffre mais un espace en nous qui s'ouvre ou ne s'ouvre pas et qui, s'il parvient à s'ouvrir, donne à notre perception du monde et de nous-même une tout autre dimension » (Pontalis, 2004, p. 71).

Dans la pratique, toute séance commence souvent par un silence plus ou moins long, en général rompu par l'un des participants ne le supportant pas ou porteur en ce moment-là d'une angoisse faisant écho à celle d'autres membres du groupe. Il prend alors la parole pour exprimer ce qui pour lui comme pour d'autres peut sembler anodin dans une logique des significations

qu'il essaie d'argumenter. Cela entraîne toujours des interventions en écho d'autres participants. Parfois même cette logique des significations semble marquer un temps d'arrêt pour déboucher sur une autre série d'argumentations par d'autres protagonistes du groupe, série apparemment sans lien avec la logique des significations précédentes. Le travail de l'animateur consiste à repérer celui qui, dans le discours du groupe, par sa parole, par son langage ..., évoque et rencontre *Hic et nunc* les échos inconscients d'une partie ou de la totalité du groupe. L'animateur propose alors à ce participant de mettre en représentation (c'est-à-dire jouer) la séquence, le souvenir évoqué. Il faut préciser que la règle est de ne jamais jouer de scène fabulée; on ne met donc en scène que des évocations d'événements, de souvenirs, de rêves ... Ce qui est recherché, ce n'est pas la prétendue exactitude de la retrouvaille mais une liberté associative au plus proche de la vérité du sujet.

Dans la mise en scène, le participant choisi est invité à quitter le groupe pour en occuper le centre et s'instituer metteur en scène de l'événement, du rêve, du souvenir dont il parle (récent ou très ancien). Il est convié à proposer à d'autres membres du groupe de participer à son jeu pour, selon l'évocation, occuper la place du père, de la mère, du frère, de la sœur ... Il lui est aussi demandé de décrire, en fonction de son souvenir, le cadre, l'atmosphère, tout ce qui pour lui revêt une certaine importance. Le jeu se met alors en place, selon les données fournies par le participant-metteur en scène et acteur principal à travers toute une série de changements de rôles proposés par l'animateur. Ces changements sont destinés, non seulement à mieux informer les participants du jeu pour qu'ils trouvent mieux leur rôle mais encore à surprendre l'acteur principal ainsi que ses protagonistes provoquant par effet de surprise un renversement dialectique. On peut observer alors une modification des attitudes corporelles, une autre façon de jouer, une autre manière de parler ... Ce changement ainsi induit produit une déconstruction et reconstruction quasi prismatique des identifications de chacun. On peut penser qu'il y a là occasion de « traversée du fantasme » (Lacan, 1966-1967). Chacun peut alors abandonner,

même de façon fugace, le prêt-à-porter, le prêt-à-penser des rôles familiaux, sociaux. Chacun peut également suspendre ses certitudes, renoncer pour un temps au discours de la conviction (Lacan, 1955) et remémorer par les remaniements symboliques de ses identifications un nouveau développement de sa vérité et ce d'autant plus que, dans l'exercice de sa fonction, l'animateur veille à ne pas laisser s'enkyster le discours de chaque membre du groupe dans une stase narcissique.

La technique du soliloque à laquelle tout participant peut recourir, celle du doublage qui permet également aux membres du groupe non impliqués directement dans le jeu d'être néanmoins concernés par l'écho inconscient qu'ils en ont, maintiennent vive la possibilité pour tous d'être confrontés à la faille symbolique qui structure tout discours. Le jeu sera arrêté pour être relancé en écho par d'autres jeux impliquant éventuellement le même et/ou d'autres participants. Le résultat n'est pas une quelconque béatitude, une quelconque suppression de la conflictualité intra et inter psychique mais une prise en compte de la nécessité de la complexité. N'oublions pas en effet que Freud (1915) a toujours postulé la nécessaire intrication conflictuelle de la dualité pulsionnelle et que, pour lui, la psyché est toujours divisée, double et contradictoire, d'où la nécessité de l'humour dans la passagèreté.

Le *drama* du jeu offre la chance d'une ouverture aux effets de sens singuliers. La reconnaissance que cela implique du droit pour l'autre d'élaborer sa vérité selon ces mêmes effets singuliers est l'inverse-même de l'enfermement dans la réalité imaginaire d'une quelconque groupalité psychique. Chacun cependant ne peut se constituer comme sujet du désir, comme sujet de sa parole et de son langage que dans une rencontre avec un autre, à travers l'Autre, lui-même reconnu dans son droit quant à ses mêmes prérogatives. Cela ne va pas forcément de soi et est toujours à recommencer.

En fait, c'est le jeu, proposé par l'animateur, qui permet de saisir sur le vif l'enjeu que contient l'appel de tout participant, cela du fait même que l'occasion lui est donnée de représenter ici et maintenant la souffrance que contient son appel. La mise en jeu



du corps et du regard est toujours articulée à la parole, à ses avatars, à ses écarts quant à la vérité du sujet. La participation — soit par le biais du jeu, soit par le biais des échos inconscients — étaye pour chacun l'organisation de sa quête désirante, non sans lien avec les difficultés qu'il peut rencontrer, du fait des autres dans sa quotidienneté.

D'ailleurs, en utilisant l'apologue des trois prisonniers, Lacan (1945) montre bien que les trois scansion du temps logique, dans le rapport à l'Autre et à l'autre rival, conjoignent le regard et la voix ; tout ceci est lié à la question des identifications. En 1946, Lacan indique que le point nodal de la folie est un problème d'identification, particulièrement dans ses débordements narcissiques.

La susceptibilité narcissique est cruciale dans le jeu psychodramatique, cruciale au sens où elle réunit imago, regard et voix dans le champ de l'Autre. P et G. Lemoine (1972) à propos du jeu psychodramatique soulignaient que l'on joue comme dans un rêve. Freud (1900) insistait non seulement sur la nécessité, dans l'analyse du rêve, de passer du visuel au sonore, mais encore sur le fait que tout rêve avait pour fond de décor l'imago du corps propre incluant les théories sexuelles infantiles. Le rêve convoque en effet les représentants-représentations non seulement en tant que restes visuels mais encore en tant que restes sonores. Par sa mise en scène (*Darstellung*) il situe ces représentants-représentations dans une dynamique d'adresse à l'Autre. N'oublions pas en effet que Freud (1915) nommait l'inconscient l'Autre scène, n'oublions pas non plus qu'il précisait que le Moi qui procède des différenciations successives du Ça est constitué notamment de cette instance appelée Idéal du moi, en lien avec le Surmoi qui le prolonge et le dépasse et qui est l'héritier introjecté du complexe d'Œdipe. Cette introjection représente par le biais du Surmoi l'Autre en moi, la loi en moi, ceci pouvant aller jusqu'à l'extrême obscénité et férocité de ses dérivés imaginaires. L'analyse du rêve, qui fait basculer le visuel du côté du dispositif d'écoute, déconstruit pour reconstruire autrement le théâtre des identifications. En psychodrame, du fait de l'importance de ce dispositif d'écoute, la voix de chacun des

participants compte. Le doublage de même que l'invitation au soliloque, fonctionne comme une voix off qui distancie la parole au-delà de l'image de celui qui parle. Cela n'est possible que si l'animateur maintient vive la référence à l'ordre symbolique, à savoir cette loi du signifiant barrant l'accès à la voix et faisant en sorte que le sujet ne s'abîme pas dans une jouissance mortifère (Vives, 2002). Il en découle alors, du fait des changements de rôle, des inflexions des signifiants (Corps Subtil) dans le discours de chaque protagoniste. La compénétration de l'imgo et du signifiant en tant que corps subtil conditionne le support des identifications et du moi corporel dans la quête de l'objet.

Dans cette quête ce qui échappe, ce qui se dérobe entraîne en réaction pour le sujet du désir le risque d'un foisonnement d'images, lui-même déconstruit par les jeux successifs. Ce foisonnement et sa déconstruction construisent pour reprendre l'expression de Vives (2002) à propos du baroque une « mimétique du rien, il crée un vide par surcroît d'images (j'ajouterai et aussi par leur déconstruction) et engendre la défaisance de l'ego (Deshacimiento décrit par St Jean de la Croix) ».

Déjà dans le *Séminaire I* (1953-1954, p. 159) Lacan affirmait : « Chez l'homme [...] les manifestations de la fonction sexuelle se caractérisent par un désordre éminent. Il n'y a rien qui s'adapte ... une espèce d'éclatement, de morcellement, d'inadaptation, d'inadéquation ».

Cette absence de rapport sexuel signifie qu'il n'existe pas de rapport inscriptible entre un homme et une femme parce que ceux-ci ont un rapport très différent au désir et à la jouissance. Cette dimension est sans cesse présente dans la pratique du psychodrame psychanalytique, tant dans son axe transférentiel sur la personne des animateurs que sur celui du transfert latéral vers l'un ou l'autre des participants. Ceci s'effectue à travers une série de demandes d'amour cherchant à privilégier une relation duelle d'inclusion ou d'exclusion exprimant ainsi un besoin incoercible d'être aimé. Il s'établit dans le cas du transfert latéral par exemple une méconnaissance totale, un refus de prendre en considération les aspirations de l'autre, le partenaire se trouvant imaginativement identifié au sujet lui-même dans une rela-

tion spéculaire de moi à moi. Il est vrai que la formation du moi est impensable hors du rapport spéculaire au semblable de même que l'investissement érotique du corps propre n'est pas séparable de la relation à l'autre. Mais il importe que soit déconstruite cette relation en miroir de moi à moi. Les animateurs, qui ont à se méfier de la relation transférentielle duelle sur leur personne, doivent y veiller, le risque étant d'être pris en otage dans la constitution d'une intersubjectivité perverse dans une zone intermédiaire entre symbolique et imaginaire (Lacan, 1956-1957) qui rendrait dérisoire tout rapport symbolique. Par exemple, dans certains débordements à caractère sadique, l'un des participants peut être pris à partie de manière telle que ce qui se joue là soit à la limite où l'autre reste un sujet, un sujet qu'il faudrait faire consentir à son humiliation. On voit bien la nécessité de la vigilance de l'animateur qui doit renvoyer chacun à la prise en compte du fait que ses paroles l'engagent. C'est en ce sens que le pacte de parole signifié aux participants au début de toute cure psychodramatique revêt toute son importance, ainsi que son rappel.

Le rappel de ce pacte constitue une mise en œuvre nécessaire d'une pratique qui situe et borne la cure de façon stricte. Cela fait que le regard de l'animateur, dans son entrecroisement à la pulsion invocante, dans son lien à l'Autre, n'a rien de comparable à une quelconque position de compassion ou de jugement surmoïque. Les inévitables moments de miroir présents dans tout jeu et qui doivent être déconstruits font que, pour chacun, les enjeux ne se situent ni dans un enfermement à la manière de Narcisse, ni une assignation à résidence dans la position d'Echo. Ils ne sont pas non plus les équivalents des miroirs dont parle Cocteau dans *Orphée* (1951, Film) : « Les miroirs sont les portes par lesquelles la mort vient et va, du reste, regardez-vous toute votre vie dans une glace et vous verrez la mort travailler comme les abeilles dans une ruche de verre ».

Le psychodrame ne se situe pas hors le regard. Il y a multitude de regards : ceux du ou des thérapeutes et ceux des protagonistes constituant autant de frères, de rivaux partageant la relation domestique. En ce qui concerne le thérapeute, il y a

un regard et une écoute. Le regard reçoit la mise en scène du patient comme telle, c'est-à-dire un émoi, une manière d'être, une manière de se situer à un moment donné, participant à la fois du passé et du présent, c'est-à-dire une façon, pour le patient, de se situer et de resituer par rapport au circuit de l'offre et de la demande. Il met en acte sous le regard du thérapeute et des rivaux la façon dont il s'y prend — ou non — pour contester l'émoi qui l'accompagne, l'offre sans perdre l'amour et continuer à exister, croit-il, dans le regard de l'Autre tout en interrogeant l'émoi de cet Autre. À cet égard, l'histoire d'André, celle de Rodolphe et celle de Claude me paraissent exemplaires.

*André*, la trentaine, présente d'importants problèmes d'allergies cutanées et respiratoires et ce, depuis sa puberté. Au cours d'une séance de psychodrame, *André* reproche à l'observateur de la séance d'être moins assuré que l'animateur (en l'occurrence une femme, cela est à souligner), de ne pas renvoyer l'observation qui réfléchit et donne le sens de la séance et surtout de ne pas regarder les participants, et lui en particulier, de trop regarder l'animateur.

Son propos fait écho à celui d'*Andrée* qui voudrait entendre davantage d'explications de la part de l'observateur. Notons qu'*Andrée* est une jeune femme qui souffre d'obésité, rebelle à toutes thérapeutiques jusque-là suivies, et dans l'incapacité physiologique et/ou psychologique d'enfanter. Sa première manière d'être au groupe a été de parler de sa boulimie de maîtresses et d'amants. D'ailleurs, *André* a dans un premier temps vécu difficilement *Andrée*, lui qui, au contraire, parlait de son incapacité d'avoir une relation sexuelle avec une femme et qui s'interrogeait sur son désir et sur sa crainte d'en avoir avec un homme. Il faut aussi ajouter qu'*André* se trouvait laid, à cause de son trop long nez qui ressemblait à celui de son père décrit comme inexistant, soumis à la mère qui dans le ménage porte la culotte.

Un autre membre du groupe, *Jean-Paul*, entre en résonance avec *André*. *Jean-Paul* a des lapsus fréquents : « elle » à la place de « il », et parle d'ailleurs, au cours de cette séance, de la prééminence féminine ; il aura cette phrase : « certaines d'entre nous ».

C'est alors qu'*André* parle pour la première fois au groupe (non sans malaise) de certaines pratiques sexuelles. Une scène est jouée, qui se passe devant un miroir ; ceci mérite d'être noté. Seul devant ce miroir, *André* prend un plaisir pas tout à fait satisfaisant, dit-il, à mettre un slip de femme, pas n'importe quel slip de femme : un slip sexy et surtout un slip déjà porté par une femme (mère ou sœur) ; s'il ne peut se procurer ce slip, il retaille un des siens qu'il s' imagine alors avoir été porté par une femme. Survient alors l'érection, c'est pour lui une grande déception et tout est à recommencer. Le jeu s'arrête, *André* reprend sa place dans le groupe.

Un rappel théorique semble ici nécessaire. On sait que les enfants utilisent très souvent un objet transitionnel, ours en peluche, chiffon, dont ils ne supportent pas la séparation. C'est évidemment de la séparation d'avec la mère, séparation angoissante, dont il s'agit. La présence de cet objet substitutif leur permet de suppléer à l'absence de la mère. Cependant, un autre facteur d'angoisse, lui aussi rapporté à la mère, apparaît bientôt ; c'est pourquoi il nous faut distinguer cet objet transitionnel de l'objet-fétiche.

Quand le garçon constate la différence sexuelle, il lui faut reconnaître que, contrairement à ce que lui avait suggéré son identification, les femmes, et en particulier sa mère, sont dépourvues de pénis ; il les imagine alors victime d'une castration.

Le rôle de ce slip, objet séparé du corps de la mère ou de la sœur, coupé d'un tout, est de mimer la représentation de la castration.

À travers ses reproches, que demandait *André* au thérapeute ? À quoi lui aurait-il servi que l'observateur lui donne une observation réfléchissante et fournisseuse de significations, sinon à faire bouchon à son insécurité et à son angoisse, l'empêchant par là-même d'accéder à de nouveaux signifiants. Il demandait au thérapeute de se présenter idéal, sans faille, d'être pour lui objet d'identification qui lui permette de vivre dans l'imaginaire la relation avec un père qu'il a toujours vécu inexistant, mais qu'il aurait souhaité voir fort. Il lui reprochait aussi de ne pas

le regarder ; que voulait-il donc voir dans son regard ? On sait que le regard est *lien érotique* et c'est ce regard complice que l'observateur doit refuser. Le regard du thérapeute ne doit pas être ce regard maternel du stade du miroir, il n'a rien à authentifier ; le thérapeute regarde ailleurs et ne se laisse prendre par aucun écran ; il ne renvoie aucune image. C'est donc justement parce que le regard du thérapeute ne réfléchit rien que le regard d'*André* est venu y buter, rendant impossible la constitution pour lui et les autres membres du groupe de quelque image réfléchie ; cela a permis l'émergence de cette scène et de son discours.

En psychodrame, en effet, ce qui compte c'est de franchir le miroir, se décider à dire *Je*. Il faut pour cela certaines conditions : à savoir que le thérapeute ne se laisse pas piéger au jeu de se proposer comme objet d'amour, comme objet d'identification, comme idéal du moi, mais accepte tout simplement d'être un pôle neutre. S'il agissait autrement, il ne permettrait pas au sujet de se défaire de ses illusions, d'aller plus loin que le miroir, d'accéder au symbolique.

C'est bien en effet parce que le thérapeute, à ce moment-là observateur, mais tout aussi bien antérieurement animateur, a refusé d'entrer dans le jeu d'*André* que celui-ci a pu renoncer au plaisir tout imaginaire d'être vu femme, comme c'était jusque-là son désir.

*Rodolphe*, la trentaine, présente un eczéma des mains qui ne semble pas le préoccuper. Il raconte au groupe qu'il était venu me voir parce qu'il avait un tic et qu'il voulait entreprendre une analyse.

Le tic, je l'ai sans cesse. Dans chaque phrase, je découpe chaque mot, deux lettres sur deux lettres et je compte le nombre de paires de lettres sur les doigts : je n'arrête pas de compter. Le plus souvent j'ai oublié la phrase que j'étais en train de compter, mais il y a une phrase que je n'oublie pas, c'est « c'était dégueulasse »... Il faut que j'obtienne un compte rond, pair : s'il n'est pas rond, j'ajoute une paire.

*Rodolphe* se fait alors interpeller par un autre participant du groupe, lui aussi délirant : « c'est une question crue que je voudrais te poser », lui dit *Jules*. « Est-ce que ça a rapport avec la sexualité ? ... parce que pour moi, ça me fait penser "aux bijoux de famille" ... tu ne comprends pas ce que je veux dire ? les "rouettes" ... les testicules ... tu ne vois pas ?... » « Je ne sais pas ce que tu dis », lui répond *Rodolphe*.

Cet extrait de l'observation d'une séance me semble bien poser le questionnement de ce patient. Il était venu me consulter pour des difficultés d'idéation. Intelligent, il se plaignait de difficultés de concentration, de trous de mémoire, à cause de ce qu'il appelait *son tic* et il présentait aussi cette conviction délirante que, de temps en temps, il trouvait bizarre et contre laquelle il se défendait de moins en moins : il avait, par moments, l'impression de se trouver dans le ventre de son médecin généraliste traitant, en l'occurrence une femme.

Du déroulement de sa cure dans le groupe, riche en rebondissements et en rémissions, je retiendrai quelques moments qui me semblent féconds.

Dans un premier temps, *Rodolphe* se plaint moins de ce qu'il continue de nommer son tic et il paraît prendre une distance critique quant à sa conviction délirante de se trouver par moments dans le ventre de son médecin généraliste traitant. Son activité intellectuelle redevient satisfaisante quand, brutalement, il replonge dans le désarroi et l'angoisse et raconte au groupe un événement qui l'a beaucoup affecté :

« Il aurait trouvé dans le tiroir de la table de nuit de sa petite amie une bougie. Ne trouvant point d'allumettes, il lui en aurait fait la remarque en lui disant qu'en cas de panne d'électricité, cette bougie ne lui serait d'aucun secours... »

« Ça ne me sert pas à m'éclairer », lui répondit-elle, « c'est un pénis. Je m'en sers pour moi et pour faire jouir d'autres filles... » Il en reste pantois.

Quelques semaines plus tard, *Rodolphe* va « pique-niquer » avec une autre petite amie (qu'il partage avec un autre qui se prénomme aussi *Rodolphe*) — la paire quoi ! — et ne voilà-t-il pas que cette amie, assise sur l'herbe, serre entre ses cuisses une bou-

teille de jus de fruit pour dévisser le bouchon qui lui résistait. À ce spectacle *Rodolphe* vacille.

Je lui propose de mettre en scène cet événement. Au cours du jeu, il associe un souvenir : enfant il aurait entre aperçu sa mère nue, ou presque nue ... mais cela reste dans un flou angoissant ... « Je ne sais pas ce que j'ai vu ».

C'est au cours de cette période qu'arrive dans le groupe un nouveau venu qui se prénomme aussi ... *Rodolphe* (encore la paire). Rien ne va plus ... trop c'est trop ... une femme peut avoir un pénis, il l'a vu ... elle le lui a dit ; lui-même peut être un autre ... Sa raison chancelle ... d'autant plus que je commets l'erreur (dont je me suis rendu compte après coup) de les prénommer *Rodolphe I* et *Rodolphe II*, *Rodolphe* ne sait plus qui est qui.

Depuis cet épisode, d'ailleurs, quand, dans un groupe, existent deux membres portant le même prénom ... je prends soin de les différencier en accolant leur deuxième prénom au premier, par exemple : *Rodolphe-Pierre* et *Rodolphe-Jacques*.

Donc rien ne va plus. Il va de mal en pis ... Il me harcèle au téléphone, s'impose sans rendez-vous en utilisant les prétextes les plus divers. Une fois, il me dit être grippé et ne plus vouloir revoir son médecin généraliste traitant. Je l'adresse à un autre. Il s'y rend, tombe en arrêt devant la plaque où est inscrite la mention : Docteur X..., médecine générale, maladies des enfants ... Il fait demi-tour et revient délirant à mon cabinet ... Il est dans mon ventre, je le porte dans mon ventre.

Je le fais alors hospitaliser, ce qu'il accepte et, en accord avec l'institution qui jouera le jeu à fond, je lui précise que cette hospitalisation ne signifie pas l'arrêt de sa cure en groupe, qu'il lui sera loisible de la poursuivre ... ce qu'il fera, après trois mois d'interruption.

Il a depuis, progressivement, retrouvé une activité intellectuelle normale, a quitté l'institution tout en continuant à être membre du groupe. Il garde toujours son eczéma.

Il y parle souvent de son hospitalisation et des circonstances qui l'ont provoquée ... Il revient sur son délire qu'il critique comme pour le relier, l'intégrer à son histoire. « Au début de mon hospitalisation » dit-il, « je crevais d'angoisse, je ne savais pas



où j'étais, je ne savais pas qui j'étais ... Certains camarades qui, comme moi, ont déliré, ne veulent pas reparler de leurs délires, on dirait qu'ils ont peur. Moi, je n'ai pas cette réaction... »

Interpellé sur son délire par un membre du groupe, il raconte un souvenir qui le laisse perplexe et que je propose de jouer :

« Je devais avoir 4 ou 5 ans, j'étais resté à la maison, j'étais souffrant et je me revois debout devant un miroir, en robe de chambre. Juché sur un tabouret et, d'un seul coup, je n'ai pas vu mon visage. À la place, j'avais une tête de chouette ... J'ai eu très peur ... J'ai appelé ma mère, je ne sais pas si elle est venue. Je crois que ça a été ma première hallucination. »

Ces différents moments de la cure de *Rodolphe* appellent quelques réflexions théoriques.

L'apparition du réel dans la vie du sujet est quelque chose que, s'il en réchappe, le patient préfère fuir car, s'il sent confusément que ça le concerne, il ne peut le nommer, le situer dans la chaîne signifiante. Cette apparition du réel dans sa vie, sous la forme du délire ou de l'hallucination par exemple, représente un bout d'impossible, un corps étranger qui, à défaut de pouvoir être colonisé, assimilé, doit être enkysté, ségrégué, voire expulsé ; ça ne peut faire partie de sa réalité. Le jeu psychodramatique, par la mise en représentation qu'il comporte, reprend la problématique réel-castration-réalité.

Mais je voudrais surtout insister sur ce qu'ont pu représenter, pour *Rodolphe*, la bougie et la bouteille.

Dans l'exposé de la psychanalyse du Petit Hans, Freud (1909) écrit : « Hans est homosexuel, comme il est possible que le soient tous les enfants et ceci en accord avec ce qu'il ne faut pas perdre de vue : il ne connaît qu'une seule sorte d'organe génital, un organe comme le sien ... » (p. 171).

D'ailleurs, sa mère ne le détrompait point quand elle lui répondait qu'elle avait aussi *un fait pipi* semblable à celui du Petit Hans, et même, sous-entendu, gros comme celui du cheval et Freud poursuit (p. 196) : « Si j'avais été seul maître de la situation, j'aurais osé fournir encore à l'enfant le seul éclaircissement que ses parents lui refusèrent. J'aurais apporté une confirmation à ses

prémonitions instinctives en lui révélant l'existence du vagin et du coït, j'aurais ainsi largement diminué le résidu non résolu qui restait en lui et j'aurais mis fin à son torrent de questions ... »

Est-ce à dire que par un travail de nomination de ce réel anatomique qui est : pénis ou pas pénis, il aurait introduit l'enfant à la différence des sexes, donnant ainsi sa place dans la chaîne au signifiant homme, au signifiant femme, — avec toutes les questions que cela soulève bien entendu — rendant du même coup possible et la castration symbolique et le désir ?

On pourrait même formuler l'hypothèse que le Petit Hans avait tellement peur que sa mère n'ait pas de *fait pipi* enraciné comme le sien, qu'il ne pouvait l'imaginer autrement que pourvue. Et sa mère ne pouvait le détromper sans risque de le terroriser ; bien plus, en le détrompant, cela aurait-il forcément l'effet que Freud en escomptait ?

Dans un travail de cartel (1977, Bruère-Dawson, Saldès, Jeufroy) nous avançons ceci :

S'il y a le pénis pour tous, tous sont semblables et la scène originaire sera dite par les mythes, car comment naît-on de la mère ? Et l'on n'est pas sans savoir que l'on naît d'elle, même quand on n'a pas les mots pour le dire et comment est-ce possible si la mère a un *fait pipi* ?

La similitude, l'impossibilité de la différence livrent HANS à l'immédiateté de ses pulsions et des pulsions de sa mère, telles qu'il les imagine ; le père étant, soit question sur un rôle, soit confondu avec HANS (dans le même wagon).

La scène ne peut être que scène originaire et la résultante en est l'angoisse et la peur ... Nous remarquerons que la morsure du doigt est en fait une amputation, c'est-à-dire un dol imaginaire sur un organe réel, ce qui la différencie de la castration. Ce qui se réactive ainsi fixé sur le pénis, du fait de l'érotisation de cet organe est le corps morcelé, du temps du complexe du sevrage. Par contre, s'il y a une différence de sexe, il faut qu'il y ait donc deux géniteurs pour faire un HANS ; soit la scène devient primitive, mais cette occurrence apparaît dans le discours et le comportement : un appel à la loi (l'agent de police), une référence à l'autorité (les coups portés à son père), une signification de l'interdit

(la barrière), ce qui signifie que la différence (de sexe) est d'emblée corrélée à une structure symbolique ...

Mais revenons à *Rodolphe*.

À la maison, il y avait ses frères et sœurs, son père et ses deux femmes (la mère et la nourrice) — la paire — donc une paire de femmes et un seul père. Le père n'avait pas d'autorité entre, ou malgré, ses deux femmes.

Dans son travail associatif sur son délire, sur la bougie et la bouteille, *Rodolphe* a mis en scène un souvenir :

Enfant et même adolescent, il passait son temps à casser les outils de la boîte à outils de son père, outils qu'il laissait rouiller sans que son père ne lui dise rien.

À sa sortie de l'hôpital, après son délire, il a, dit-il, éprouvé le besoin d'offrir à son père une boîte à outils toute neuve. Il ajoute : « maintenant, à mon père, j'ai besoin de lui parler ; je lui raconte ce que je fais et le psychodrame, ça m'a beaucoup aidé malgré toute la souffrance que cela représente ... Dans les relations avec les filles, c'était une relation maternelle (la fille à la bougie et la fille à la bouteille, souvenons-nous), c'était pas égalitaire, et puis, par rapport à ma famille, j'étais complètement dedans (le ventre !) Aussi, avant j'étais complètement étranger par rapport à mon père et ce sont les séances de psychodrame qui ont permis que je prenne contact avec lui ... »

Ce que *Rodolphe* nous dit, c'est qu'il n'était pas dans la filiation virile ; il ne se reconnaissait pas dans son père, il était dans une identification narcissique entre les deux femmes : la mère et la nourrice. Il était le pénis maternel entre les deux *roupettes*, les deux mères qui constituent la paire, alors que le père était hors circuit. Grâce au jeu, il essaie de parler à son père, de le reconnaître pour ne plus être étranger et devenir le fils, reconstituant ainsi la scène primitive et naître d'un couple hétérosexuel et non pas d'une paire.

Parler avec son père, être sujet, celui de la parole qui, de par la sexuation, (c'est-à-dire l'attribution subjective du sexe), est à sa place d'homme ou de femme, place où il est interpellé de par

la loi, dans la nécessité de se démarquer du nécessaire et obligatoire imaginaire, pour advenir à la castration symbolique ; ce travail, l'analyse l'aurait aussi permis.

Donc, quelle a été la spécificité du psychodrame ? Ce sera ma dernière remarque, elle portera sur le dernier jeu : robe de chambre et masque de chouette, dernier maillon associatif en date dans le travail analytique en groupe, de son délire.

G. et P. Lemoine (1972) avancent que : « le couple de thérapeutes est souvent constitué comme un couple parental : homme/femme, même s'il consiste en deux hommes, ou deux femmes, ou un seul homme , ou une seule femme ; il y a, par ailleurs, un observateur. Le groupe est donc amené à définir les sexes en : homme ou femme, homme et femme ... Alternative, exclusion, ou assimilation jouent donc. Les thérapeutes sont vus avec leurs particularités physiques : caractères sexuels secondaires ... Les gens du groupe aussi, il y a des effets. »

Définir les sexes en homme ou femme, homme et femme ... n'est-ce pas cette question que pose *Rodolphe* au groupe, à partir du regard et de l'image que renvoie le regard de l'autre : comment me vois-tu ?

La première mutation du réel en signifiant s'accomplit dans la reconnaissance de mon image dans le miroir, reconnaissance authentifiée par l'autre, autre qui, à l'origine, est la mère ; mais cette image dans le miroir, même reconnue par la mère, est une image asexuée.

Le regard du groupe ne suffit donc pas. Il ne peut pas répondre de la sexuation, pas plus d'ailleurs que le regard des thérapeutes.

La sexuation est un processus subjectif, c'est l'attribution subjective du sexe et ce n'est pas le regard de l'autre qui me fait homme ou femme. Ce regard serait même plutôt aliénant, s'il ne voit pas, par exemple que le garçon est garçon. Ce qui me fait homme ou femme, c'est l'acte dans lequel je m'adresse à l'autre et qui fait que je le ressens semblable, ou différent. C'est cet acte qui fait la spécificité du psychodrame. La sexuation est donc l'acte symbolique de jouer, de m'adresser à quelqu'un. En effet,

comme le souligne Granoff (2004, p. 69), « la peur de la castration jettera-t-elle (le sujet) dans l'angoisse ? ou sera-t-elle affrontée et symbolisée comme dans la dialectique œdipienne ? ou bien le mouvement se figera-t-il plutôt dans ce monument que l'horreur de la castration élèvera pour elle-même, comme l'écrit Freud ? ». Granoff, (*ibid.*, p. 68) souligne : « Historiquement ... le fétichisme est né sur la ligne de démarcation entre l'angoisse et la culpabilité, entre la relation duelle et la relation triangulaire. Freud ne manque pas de remarquer cela quand il recommande l'étude du fétichisme à quiconque pourrait douter de l'angoisse de castration ; dans les notes qui suivent les *Trois Essais* il dit que les perversions sont le résidu du développement vers le complexe d'Œdipe ».

Pour *Rodolphe*, jouer cette hallucination de la robe de chambre et de la tête de chouette, alors qu'il était seul et souffrant : (« Je ne sais pas si ma mère est venue ? », disait-il) c'est s'adresser à quelqu'un d'autre, c'est repérer que la mère est autre, qu'elle-même a un autre, ce qui introduit la différence sexuelle. Et c'est pour la fille, par exemple, savoir que la mère désire un autre.

Faire jouer l'hallucination, c'est la faire passer du domaine imaginaire sans autre, au symbolique où l'autre est introduit par le choix du partenaire et, insistons, un partenaire que le patient choisit. Il y a donc désir et même jouissance phallique, c'est-à-dire la jouissance d'après la castration symbolique et non pas la jouissance d'une personne qui a entre les jambes une bougie ou une bouteille.

Faire jouer, c'est permettre à *Rodolphe* de se déprendre de ce spectacle où happé, ravi, il disparaissait comme sujet ; c'est lui permettre de désirer et raccorder les morceaux de son discours. Il a, d'ailleurs, depuis recouvré la mémoire.

*Claude*, âgée de 25 ans, est hospitalisée dans le service pour exploration et traitement d'un ulcère gastro-duodénal. Ses difficultés ont commencé à l'âge de 18 ans par une hospitalisation en milieu psychiatrique pour anorexie. Elle est la quatrième et dernière enfant de la famille, elle a deux frères plus âgés, l'un est dentiste, l'autre boulanger comme le père ; quant au troisième fils, il est mort-né, 18 mois seulement avant la naissance de

*Claude*. Depuis ses 18 ans, elle a été hospitalisée de nombreuses fois en milieu psychiatrique et dans le service des maladies de l'appareil digestif. Elle a subi divers traitements : chimiothérapies, électrochocs, narco-analyse et a été considérée tantôt schizophrène paranoïde, tantôt hystérique. Son comportement se veut charmeur et théâtral. Elle se dit homosexuelle, mais culpabilisée et angoissée. Elle jette non sans jouissance à la figure de son père son homosexualité comme un défi ; elle décrit ce père « un coq ridicule dressé sur ses ergots » , quant à sa mère, elle la trouve « peu aimante ».

C'est au cours d'une hospitalisation pour son syndrome ulcéreux que je rencontre *Claude*, en compagnie de la co-thérapeute du groupe de psychodrame. Nous lui avons proposé, après plusieurs entretiens préliminaires, de participer à un groupe de psychodrame que j'anime en milieu psychiatrique.

*Claude*, le jour de la première séance a, dans sa présentation vestimentaire, une allure franchement masculine. Elle est méfiante, elle tient son siège à bonne distance de ceux des thérapeutes, pour ne pas les incommoder avec ses fluides. Elle parle du travail régulier qu'elle effectue à la buanderie de l'hôpital en tant que salariée ... Elle s'enquiert du comment et du pourquoi du groupe et nous avertit d'emblée qu'il y a des problèmes dont elle ne pourra jamais faire état. Nous lui répondons que le groupe est un lieu de parole libre et pas de parole forcée.

Je ne décrirai pas le long cheminement de *Claude* dans le groupe, ses mutismes. Je n'insisterai pas non plus sur notre impression de découragement et notre *tentation de faire* quelque chose, quand nous constatons que rien ne bougeait chez *Claude*. Je m'interrogeais souvent à son propos, me demandant si ce que nous faisions était indiqué. Je m'interrogeais même sur l'opportunité d'un psychodrame individuel. Je me gardais de tout activisme thérapeutique et me souvenais de ce que disent P. et G. Lemoine, à savoir que « l'animateur suit plus qu'il ne prescrit, qu'il n'est point partie prenante dans la vie du locuteur, qu'il lui appartient par contre de ponctuer ce discours suivant une toute autre visée que le sens donné au discours par le sujet lui-même. » (1972).

Cette attitude semble avoir été la bonne. De jeux en jeux l'histoire de *Claude* se dessinait ; à cet égard, une séance m'a paru marquante. Cette séance commence par un long silence que *Maurice*, vieux schizophrène, rompt en s'adressant à l'observateur : « Vous avez besoin d'un stylo-bille pour écrire ... » et de préciser : « Oui, il reste assis, il note ... la grandeur de la pièce. » Et *Claude* d'ajouter : « ...c'est un espion ... », puis : « j'ai fait un drôle de rêve : j'ai un voisin infirme paralytique, il s'appelle François. La mère de ce voisin (lapsus avec la femme de ce voisin) m'offrait la guitare de l'infirmes, mais elle n'avait pas de manche... » Je propose alors à *Claude* de jouer le rêve, *Claude* choisit *Annette* pour jouer le rôle de la mère de l'infirmes. Dans le jeu elle paraît quant à elle rêveuse...

« C'est symbolique », dit-elle en soliloquant ...

« De quoi », dis-je en doublant ...

« Symbolique d'un corps », dit-elle, « d'un corps de femme »

*Annette*, dans le rôle de la mère de l'infirmes : « Voilà, *Claude*, je vous offre la guitare de François ».

*Claude* : « C'est très gentil, je ne pensais pas que vous vouliez me l'offrir, je voulais vous l'acheter. »

Je lui dis en doublant : « Cette guitare sans manche, si je l'avais achetée ? ... »

Et *Claude* de répondre : « Ah ! je l'aurais achetée avec le manche, naturellement. »

J'arrête alors le jeu.

*Annette*, qui a joué le rôle de la mère de l'infirmes, dit en commentaire : « Je trouve que *Claude* est plus touchée qu'étonnée ... C'est ce que je crois », dit encore *Annette*, « un corps de femme amputé de la partie virile. »

« Oui, ce corps de femme ? » dis-je sur un mode interrogatif.

*Claude* répond : « C'est après coup que je l'ai compris. »

Je lui demande alors quand elle a fait ce rêve. Elle me précise que c'est après la dernière séance.

Je lui fais remarquer que c'est au cours de cette dernière séance qu'elle avait souligné, avec un étonnement agréable : « Ça fait deux fois que *Maurice* parle d'une femme qui est belle... mais,

moi, c'est autre chose, je ne veux pas le dire, j'ai peur qu'on ne me respecte plus... qu'on se moque de moi... »

Elle me répond : « Je suis gênée, vous savez très bien. Si je n'étais pas du tout angoissée, j'accepterais très bien cette guitare sans manche. »

Je lui demande alors si ce rêve était un cauchemar. « Pas du tout », répond -elle.

La co-thérapeute lui rappelle alors l'avant-dernière séance, où *Claude* avait joué une scène entre elle et sa mère (*Annette*, qui avait été choisie pour jouer le rôle de la mère de l'infirmier, tenait aussi le rôle de la mère de *Claude*). *Claude* demandait à sa mère : « Quel âge j'avais quand vous m'avez fait photographe ? J'étais mignonne, là-dessus, hein ? », mais en soliloquant, elle ajoutait : « J'étais nue, je ressemblais à un poisson muet ... On m'a dit que c'était moi, peut-être ma mère me l'a dit. Je ne voulais pas avoir de poitrine, je ne voulais pas être une femme. À l'adolescence, je craignais d'avoir mes règles, je ne voulais pas avoir de sang. Je préférerais jouer avec les garçons. »

À ce rappel, *Claude* hoche la tête et acquiesce.

*Annette*, qui a joué la mère de *Claude* et la mère de l'infirmier, s'adresse au thérapeute et dit : « Si je comprends bien, vous dites qu'elle accepte cette guitare, plus belle sans manche qu'avec le manche ? C'est ce que vous voulez dire ? »

Je dis alors : « Ce manche... parlons-en ! »

*Claude* s'adresse alors à *Annette* et lui dit : « Tu sais, ce n'était pas du tout un cauchemar... » Puis, s'adressant au thérapeute : « Vous croyez que c'est une projection de ma mère ou de moi, cette acceptation d'être homme ou femme ? »

À partir de cette séance, le comportement de *Claude* se modifie radicalement. L'angoisse se dissipe, elle n'est plus interprétante, et surtout, son délire des fluides corporels malfaisants ainsi que les conduites d'évitement cessent complètement.

Que s'est-il passé pour *Claude* ? Que s'est-il passé chez *Claude* ?

Névrose ou psychose ? Par moments schizophrène, par moments hystérique, par moments ulcéreuse, *Claude* est à la



limite de la psychose, de la névrose et de la lésion corporelle. Je pourrais dire qu'elle est à la limite de notre écoute, à la limite de notre savoir, ce qui pose la question du transfert.

Dans le discours qui entoure *l'infans*, qui lui pré-existe comme réel non symbolisé, il doit constituer son propre discours à partir de ce prétexte. Quelle partie de ce prétexte pourra-t-il dire et, ce faisant, quel lambeau de ce prétexte laissera-t-il choir, lambeau à jamais perdu, objet *a* ? En tout cas, si, dans ce prétexte présenté à *l'infans*, un signifiant essentiel est absent, il ne figurera pas dans le texte du sujet, d'où forclusion.

Nous pouvons dès lors nous demander quel était le prétexte présent chez *Claude*. N'y manquait-il pas un discours sur la femme qui, n'étant pas pris en compte dans le procès de la symbolisation, resurgissait dans le réel, avec son corps qui la trahissait et parlait malgré elle sous forme d'odeurs de femme (*odor di femina*) et d'un trou dans l'estomac ?

*Claude* avait remplacé l'objet perdu, à jamais irremplaçable, sauf dans l'illusion, par un objet réel, le manche de la guitare. D'où pour elle impossibilité de tout désir et de toute parole. *Claude* ne pouvait que délirer ou se trouer le corps. Ne pouvant pas parler, il n'était pas question chez elle d'analyse.

À partir du jeu du rêve de la guitare sans manche, il semble que *Claude* ait pu dire, dans le même temps, son désir d'être garçon, désir qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pu acheter la guitare avec son manche, et son deuil du pénis qu'elle ne peut avoir, simplement parce qu'elle est femme.

Donc à partir du jeu, l'objet perdu est retrouvé dans le désir comme manque et l'analyse devient possible. Le jeu lui a permis d'assumer la représentation de son manque ; la représentation étant, pour P. et G. Lemoine (1972), « une sublimation sur fond d'humour, c'est-à-dire sur la base d'une castration acceptée ».

Je pourrais multiplier les exemples. Tel *Maurice*, schizophrène interné depuis de nombreuses années, complètement délirant, mentionné au début de la séance concernant *Claude*. Ou bien *Maurice* délirait, ou bien il se taisait, mais alors il faisait brailler

en permanence un transistor, dont il ne se séparait quasiment jamais. Il venait même au groupe avec ce transistor.

Or, pendant que *Claude*, devant sa photo nue, soliloquait et disait : « Je suis un poisson muet », *Maurice* de sa chaise dit : « Je suis le perroquet du premier contact, le perroquet du premier contact ne doit jamais se séparer de son premier contact, autrement, il meurt. »

« Le premier contact », dit *Annette*, « mais c'est ta mère... »

Un silence s'installe. Je dis alors à *Maurice* en doublant : « Est-ce que je n'ai jamais eu envie de me séparer du premier contact, qu'est-ce que je craignais en m'éloignant du premier contact, qu'est-ce que ce transistor qui parle à ma place et dont je repète le discours ? »

*Maurice* reste alors sans voix. Lui qui, selon l'expression des membres du groupe, parlait tout le temps par énigme, se tait.

La séance terminée, *Maurice* toujours silencieux paye et s'en va... en oubliant, j'allais dire en laissant choir, le transistor.

La séance suivante, *Maurice* se tait encore et déclare n'avoir rien à dire de son oubli. Tout ce que nous savons par oui-dire en provenance de l'institution, c'est que *Maurice* a un comportement plus adapté à la vie du pavillon, qu'il délire moins, qu'une conversation avec lui devient possible, et surtout son transistor est maintenant muet.

Je décide alors d'intervenir au moment du paiement. Tandis que *Maurice* donne, comme d'habitude, un peu moins que la somme convenue (officiellement il est trop détérioré pour savoir compter), je lui signifie : « Maurice, je vous rappelle la règle du jeu, vous me donnez 2 francs 80, or nous avons, vous et moi, convenu de 3 francs. » *Maurice* sort alors de sa poche exactement les 20 centimes manquants, puis me dit : « Dites-moi, votre prénom, c'est bien Pierre ? » « Non », lui dis-je, « je me prénomme Guy, vous le savez bien. Mais qui donc est Pierre ? »

Le visage de *Maurice* s'illumine et il me répond : « Pierre, c'est mon père. »

Il faut signaler que *Maurice* était jusqu'alors incapable de différencier son père de ses nombreux frères. Pour lui, ils portaient

tous le même prénom. Seuls sa mère et lui comptaient et faisaient ensemble un. Il était, disait-il, Dieu pour sa mère ; sa mère était son Dieu.

À partir de ces deux jeux, *Maurice* est de moins en moins déliquant et son discours se névrotise. Il se préoccupe de travailler dans une équipe agricole. Lors d'un récent jeu qui reproduisait une rencontre avec son médecin traitant, il soliloquait sur la différence entre le dedans et le dehors. Ce sont ses propres mots.

L'acceptation de la perte de l'objet, le rappel de la loi, ont permis à *Maurice* de parler en son nom propre et, là aussi, l'analyse devint possible.

Le groupe doit être le lieu de déploiement d'une parole libre, lieu de l'Autre scène. Il est, en tout cas, le lieu où est rendu possible l'instant du jeu, la reprise symbolisante du réel, la reprise du pré/texte.

Est pré/texte le discours du patient, le discours parental, le discours de l'institution, le discours des membres du groupe, le discours des thérapeutes, tant qu'il n'est pas passé dans l'ordre symbolique par le biais du jeu psychodramatique. C'est dire en même temps et l'importance du jeu et l'importance du pré/texte par rapport au signifiant essentiel qui viendrait à y manquer.

Le groupe est hétérotopie, « toutes les constructions imaginaires y sont possibles à chacun dans toute leur extension et précisément celles qui datent du stade du miroir avec la déformation propre à chacun et consécutive au dégagement plus ou moins complet du ventre maternel. Le ventre maternel et la maison paternelle s'y résument ... » (G. et P. Lemoine, 1972, p. 44).

Mais le regard des protagonistes ainsi que leur discours ne manquent pas de dénoncer à l'acteur l'éventuel discord entre ses paroles et ses actes. Le regard des thérapeutes prend acte de la mise en scène du sujet et de l'implication de chacun des protagonistes en même temps qu'il dénonce le discord en soulignant cependant sa fonction d'évitement de l'inouï pour chacun. Autrement dit, ce que les jeux successifs choisis par les thérapeutes interprètent à chacun est que le spéculaire ne se confond pas avec l'image et que l'image ne fige pas le sujet. Ainsi se relance la

quête vers la vérité jamais épuisée, dans cette dimension ludique où, comme dans les jeux d'enfants, ce qui est mis en scène n'est pas pour *de vrai* mais pour *de rire*. Cette distance entre le sujet et sa mise en scène est sans cesse maintenue par le thérapeute veillant à ce que chacun des protagonistes soit logé à la même enseigne. À chacun est rappelée cette vérité de la castration : le discord radical existant toujours entre la parole vraie et l'image, ce qui n'empêche pas d'exister. C'est à cela que répond l'exigence du psychodrame de ne pas jouer des scènes fabulées mais de mettre en scène uniquement des faits vécus par le sujet, même si leur souvenir n'est en rien conforme à la vérité historique. On sait que le souvenir n'est pas la mémoire, toujours inconsciente, mais une construction plus ou moins proche ou plus ou moins lointaine de celle-ci. C'est pour cela que le rêve, qui n'est pas une scène fabulée, peut être également joué en psychodrame.

En se situant en un autre lieu que celui des participants, c'est-à-dire en n'étant ni supérieurs, ni inférieurs, ni égaux mais ailleurs, les thérapeutes rappellent aussi à chacun cet autre aspect de la loi de la castration : le désir de ta mère n'est en rien ton affaire, il importe que tu ailles désirer ailleurs, sous peine de perdre ton temps à t'occuper de ce qui ne te regarde pas, ... à te raconter des histoires et être un faiseur d'histoires...

Cette loi que présentent les thérapeutes renvoie à ce que Lacan (1938) décrira comme rivalité fraternelle : « La jalousie comme archétype des sentiments sociaux » : jalousie envers le père qui possède la mère, jalousie envers le frère que l'on croit posséder ce dont on est soi-même dépossédé. La paix ne peut revenir que si la mère est signifiée comme n'appartenant en propre à aucun des enfants. Tous les rivaux se reconnaissent à ce même signe : ils sont tous manquants du même objet. Ils peuvent dès lors entretenir des relations de convivialité, parler chacun avec son propre style du manque qui leur est commun. « Le style, c'est l'homme ... à qui l'on s'adresse » avait coutume de dire Lacan. Ce qui constitue le point de jonction et de disjonction des discours de chacun, c'est le manque avec pour singularité la façon dont chacun vit et se situe par rapport à ce manque, en

parle à quelqu'un d'autre qui peut être son rival (le frère), ou celui (le père) qui l'a dépossédé au nom de la Loi, ou celle (la mère, la sœur) dont il a été dépossédé.

Les conduites sociales ne sont rien d'autre que la façon dont chacun se situe avec sa corporéité sexuée face à ce manque, le rôle qu'il joue pour garder l'illusion qu'il n'est pas, lui, concerné par ce manque, s'enfermant dans tel ou tel rôle, en même temps qu'il en assigne un à son rival. Chacun croit ainsi pouvoir jouer avec l'illusion d'être un privilégié ou un exclu de l'amour. Le psychodrame est le lieu où lui est signifié qu'il l'est certes, en quelque sorte, tout en ne l'étant pas. Nous retrouvons là *l'illusion-désillusion* winicottienne.

C'est pourquoi le psychodrame, s'il dénonce l'enfermement dans l'image, ne dénonce pas pour autant le recours à celle-ci. Le sujet ne peut vivre vide d'images et Freud (1921) mettait en garde contre le danger d'une rupture d'identification au niveau du moi. O. Mannoni (1982, p. 83) souligne : « que la rupture de l'identification, à certaines conditions, produit la honte et que la honte se soulage par des réactions ou des gestes qu'on peut rapprocher de l'hypomanie ».

Les images peuvent être aussi support du changement. Le jeu psychodramatique offre l'occasion d'une reprise incessante du passage de la specularisation à la représentation, c'est-à-dire passage du reflet que je crois lire dans le regard de l'autre à une image, la mienne, à la fois fixe, mobile et manquante, dans laquelle je me reconnais, même si elle n'est pas forcément identique à ce reflet. *Ça n'empêche pas d'exister*, de désirer, de me réapproprier mon corps, tout en reconnaissant l'inéluctable présence de zones d'ombre.

Pour Lacan (1962-1963), le désir du psychanalyste doit être d'obtenir la *différence absolue*, celle qui sépare l'objet *a* qui constitue l'étoffe du sujet de l'image idéalisée qui s'imposait au premier plan.

L'image spéculaire en tant qu'elle se réfère à la méconnaissance de ce que Lacan (1961-1962) appelait la *dissymétrie la plus radicale* est celle-là même qui explique la fonction du Moi chez

le névrosé. Ce n'est pas parce qu'il a un moi plus ou moins tordu que le névrosé est subjectivement dans la position critique qui est la sienne. Il est dans cette position critique en raison d'une impossibilité structurante radicale d'identifier sa demande avec l'objet du désir de l'Autre ou d'identifier son objet avec la demande de l'Autre, forme, elle, proprement leurrante de l'effet du signifiant sur le sujet.

Lacan (*ibid.*) souligne que l'image spéculaire est une erreur. Elle n'est pas simplement une illusion, un leurre de la Gestalt captivante dont l'agressivité ait marqué l'accent, elle est foncièrement une erreur en tant que le sujet de l'inconscient s'y méconnaît. Lacan d'ailleurs « fera valoir que l'inconscient est formé de ce qui n'a pu être dit dans un discours adressé à l'Autre ou entendu dans un discours venant de l'Autre. L'inconscient est constitué par la partie manquante d'un discours transindividuel » (Chémama, 1998, p. 338). L'objet du fantasme *a*, cette faille qui surgit dans l'objet du désir n'a pas d'image. Cette discordance provoque chez le protagoniste comme chez les égo auxiliaires un émoi et une identification autour de cet émoi. Cela entraîne la découverte de toutes les images idéales jusqu'alors montrées et une série d'interrogations du fait de cette déconstruction.

Il faut insister encore sur la nécessité de la prise du symbolique, de la loi de la construction jusques et y compris dans l'émoi pour que s'effectue l'identification au trait unaire en tant que ce que Lacan appelle *produit du moins a par le petit a* ... Lacan (1961-1962) à propos de ce *produit* ajoute même qu'il y a là quelque chose de *charnel*.

Nous pouvons alors mieux préciser à partir de cette identification signifiante ce qu'est le désir. Dans son *Séminaire sur l'Identification* (1961-1962, inédit) il précise que le désir, c'est la recherche, à la fois nécessaire et condamnée, d'une fois unique, qualifiée, épinglée comme telle par ce trait unaire, celui-là même qui ne peut se répéter, sinon toujours, à être un autre. Et dès lors, dans ce mouvement, cette dimension nous apparaît par quoi le désir, c'est ce qui supporte le mouvement, sans doute circulaire de la demande toujours répétée, mais dont un certain nombre de répé-

titions peuvent être conçues comme achevant quelque chose. Le mouvement de bobine de la répétition de la demande se boucle quelque part, même virtuellement, définissant une autre boucle qui s'achève de cette répétition même et qui dessine quoi ? l'objet du désir ; ce qui pour nous est nécessaire à formuler ainsi, pour autant qu'également au départ ce que nous instituons comme base même de toute notre appréhension de la signification analytique, c'est essentiellement ceci que, sans doute nous parlons d'un objet oral, anal, etc. mais que cet objet nous importe, cet objet structure ce qui pour nous est fondamental du rapport du sujet au monde en ceci, que nous oublions toujours, c'est que cet objet ne reste pas objet du besoin ; c'est du fait d'être pris dans le moment répétitif de la demande de l'automatisme de répétition qu'il devient objet du désir. Il y a donc transmutation et le facteur en est la fonction du phallus.

Lacan, toujours dans son *Séminaire sur l'Identification* (inédit), leçon du 4 avril 1962, à propos de l'angoisse soutient : cela se passe par le désir de l'Autre. Il précise que l'Autre est à être, il n'est donc pas. Il a cependant cet Autre, tout de même, quelque réalité car sans cela nous ne pourrions même pas le définir comme le lieu où se déploie la chaîne signifiante : le seul Autre réel puisqu'il n'y a nul Autre de l'Autre, rien qui garantisse la vérité de la loi, le seul Autre réel étant ce dont on pourrait jouir sans la loi. Cette virtualité définit l'Autre comme lieu. La Chose en somme, étiolée, réduite à son lieu, voilà l'Autre avec un A.

La jouissance, en tant que jouissance de la Chose, est, selon lui, interdite en son accès fondamental, ...et c'est dans cette suspension, dans le fait qu'elle est, cette jouissance, suspendue proprement que gît le plan d'appui où va se constituer comme tel et se soutenir le désir ...

D'où le rapport que Lacan (*ibid.*) articule avec l'angoisse en disant que le désir de l'homme, c'est le désir de l'Autre. En précisant que le produit de mon désir par le désir de l'Autre ça ne donne et ne peut donner qu'un manque, moins un, le défaut du sujet en ce point précis. Résultat, le produit d'un désir par l'Autre (pour Pierre, Paul ou Jacques) ne peut être que ce

manque, et c'est de là qu'il faut partir pour tenir quelque chose. Ceci veut dire qu'il ne peut y avoir aucun accord, aucun contrat sur le plan du désir dans cette identification du désir de l'homme au désir de l'Autre. Le seul support possible de ce qui peut être au sens propre une réalisation du désir est le fantasme avec ses marionnettes. Dans ce fantasme (Freud, 1919) la réalisation du désir signifié dans l'acte même de cette réalisation, ne peut signifier qu'être l'instrument, que servir au désir de l'Autre, qui n'est pas l'objet que vous avez en face, mais un autre qui est derrière. Il s'agit là du terme possible dans la réalisation du fantasme. Ce n'est qu'un terme possible et avant de vous être fait vous-même l'instrument de cet Autre situé dans un hyperespace, vous avez bel et bien affaire à des désirs, à des désirs réels. Le désir existe, est constitué, se promène à travers le monde, et il exerce ses ravages avant toute tentative de vos imaginations, érotiques ou pas, pour le réaliser, et même, il n'est pas exclu que vous le rencontriez comme tel, le désir de l'Autre, de l'Autre réel tel que je l'ai défini tout à l'heure. C'est en ce point que naît l'angoisse.

Si l'Autre n'est qu'une virtualité, si elle est la Chose dont la jouissance est formellement interdite, si l'Autre est la Chose réduite à son lieu et s'il n'y a pas d'Autre de l'Autre, c'est donc par une imposture qu'une mère par exemple se prend pour cet Autre réel ; (un exemple de l'imposture se trouve réalisé quand une mère dit à sa progéniture « Tu dois tout dire à ta mère ») ce qui veut dire aussi que cette mère ne situe pas le produit de son désir par le désir de l'Autre comme un manque moins un. Il en résulte pour l'enfant qu'il est confronté à l'appréhension pure du désir de l'Autre comme tel, c'est-à-dire qu'entre l'enfant et cette mère qui se prend pour l'Autre, il n'y a pas la métaphore du signifiant du manque. Cet enfant peut alors être comparé à ce que Lacan décrit (1962-1963) dans son petit apologue « Cette petite image de moi en mante mâle dans l'œil à facettes de l'autre ». Il méconnaît ses insignes à savoir qu'il est affublé de la dépouille du mâle, il ne sait qui il est comme objet pour l'Autre, ne pouvant en effet repérer dans le regard de cette mère un manque moins un, le défaut de la mère comme sujet en ce point précis avec son lieu d'adresse, le Nom-Du-Père. « L'an-



goisse de l'homme est liée à la possibilité de ne pas pouvoir. D'où le mythe, bien masculin, qui fait de la femme l'équivalent d'une de ces côtes. On lui a retiré cette côte, on ne sait pas laquelle; et d'ailleurs, il ne lui en manque aucune. Mais il est clair que dans le mythe de la côte il s'agit justement de cet objet perdu. La femme, pour l'homme, est un objet fait avec ça » (Lacan, 1962-1963, p. 221).

L'angoisse existe aussi chez la femme [...]. Elle se tente en tentant l'Autre, ce en quoi le mythe nous servira ici aussi. Comme le montre le complément du mythe de tout à l'heure, la fameuse histoire de la pomme, n'importe quoi lui est bon pour le tenter, n'importe quel objet, même superflu pour elle, car, après tout, cette pomme, qu'est-ce qu'elle avait à en faire ? Pas plus que n'a à en faire un poisson. Mais il se trouve que cette pomme, c'est déjà assez bon pour, elle le petit poisson, crocher le pêcheur à la ligne. C'est le désir de l'Autre qui l'intéresse (Lacan, 1962-1963, p. 221).

Et si l'Amour pour Lacan est une idéalisation du désir, il peut arriver qu'une femme tienne à l'amour d'un homme mais qu'elle puisse aussi ne pas tenir particulièrement à ce qu'il le manifeste. Quant à la jouissance de la femme « qui mérite bien de concentrer sur elle toutes sortes de soins de la part du partenaire et sait très bien l'obtenir, l'expérience nous apprend que l'impuissance du partenaire peut être fort bien agréée, et aussi ses offenses techniques, puisque la chose se manifeste aussi bien à l'occasion du fiasco, ainsi que Stendhal nous l'a fait remarquer. Dans les cas où cette impuissance est durable, si l'on voit à l'occasion la femme s'adjoindre après un certain temps quelque aide réputée plus efficace, il semble que ce soit plutôt par une espèce de pudeur, pour qu'il ne soit pas dit que ça lui est refusé, à quelque titre que ce soit » (*ibid.*, p. 222).

Ce qui conduit Lacan à revenir sur la question du masochisme : « Si vous vous rappelez mes formules de la dernière fois sur le masochisme, qui sont destinées, vous le verrez, à redonner au masochisme, qu'il s'agisse du masochisme du pervers, du masochisme moral, du masochisme féminin, son unité autre-

ment insaisissable, si vous vous rappelez ce que j'ai pu souligner de l'occultation, par la jouissance de l'Autre, ou la jouissance en apparence alléguée de l'Autre, d'une angoisse qu'il s'agit incontestablement d'éveiller, vous verrez que le masochisme féminin en prend un tout autre sens, assez ironique, et une tout autre portée. Elle ne s'attrappe qu'à bien saisir qu'il faut poser en principe que le masochisme féminin est un fantasme masculin ... Dans ce fantasme, et en rapport avec la structure masochiste imaginée chez la femme, c'est par procuration que l'homme fait se soutenir sa jouissance de quelque chose qui est sa propre angoisse. C'est ce que recouvre l'objet. Chez l'homme, l'objet est la condition du désir. La jouissance dépend de cette question. Or, le désir, lui, ne fait que couvrir l'angoisse. Vous voyez donc la marge qui lui reste à parcourir pour être à portée de la jouissance » (Lacan, *ibid.*, p. 222).

Il en résulte pour lui une approche comparative de l'homme et de la femme, ce qui le conduit à souligner que dans l'ensemble la femme est beaucoup plus réelle et beaucoup plus vraie que l'homme, en ceci qu'elle sait ce que vaut l'aune de ce à quoi elle a affaire dans le désir, elle en passe par là avec une fort grande tranquillité. Il ajoute même que la femme peut aller jusqu'à un certain mépris de sa méprise, ce que ne peut réaliser l'homme parce que c'est sa qualité d'homme de priser. Donc « pour la femme, le désir de l'Autre est le moyen pour que sa jouissance ait un objet, si je puis dire, convenable. Son angoisse n'est que devant le désir de l'Autre dont elle ne sait pas bien, en fin de compte, ce qu'il couvre. Pour aller plus loin dans mes formules, je dirai que dans le règne de l'homme, il y a toujours la présence de quelque imposture. Dans celui de la femme, si quelque chose y correspond, c'est la mascarade, comme nous l'avons déjà dit en son temps en référence à un article de Joan Riviere, mais c'est tout autre chose [...] Laisser voir son désir pour la femme, évidemment, c'est angoissant à l'occasion. Pourquoi ? Je vous prie au passage de remarquer la distinction de la dimension du laisser-voir par rapport au couple du voyeurisme et de l'exhibitionnisme. Il n'y a pas que le montrer et le voir, il y a le laisser-voir pour la femme, dont tout au plus le danger vient de la mascarade. Ce

que pour la femme il y a à laisser voir, c'est ce qu'il y a, bien sûr. S'il n'y a pas grand-chose, c'est angoissant, mais c'est toujours ce qu'il y a, au lieu que, pour l'homme, laisser voir son désir, c'est essentiellement laisser voir ce qu'il n'y a pas » (Lacan, 1962-1963, pp. 222-223).

Et ce qui pour l'homme, ce qui pour le désir mâle est l'objet de sa recherche, ne concerne que lui. Et ce qu'il recherche c'est  $-\varphi$  qu'il pensait qu'elle en est manquante alors qu'elle, elle sait très bien qu'il ne lui manque rien. Autrement dit, pour Lacan, la femme n'a aucune peine et même aucun risque à rechercher, ce qu'il en est du désir de l'homme. Si la femme ne manque de rien, ce que l'on peut en tout cas supposer c'est « que le mode sous lequel le manque joue dans le développement féminin n'est pas articulé au niveau où il est cherché par le désir de l'homme, quand il s'agit pour lui de cette recherche sadique » qui consiste à faire jaillir chez la partenaire ce qu'il pense trouver à la place supposée du manque (Lacan, *ibid.*, p. 231).

Il importe cependant que l'homme fasse son deuil de ce désir. En effet la femme, du fait de s'être posée elle-même, sans trop savoir ce qu'elle faisait, comme un partenaire féminin pour l'homme, fait que ceux-ci rencontre dans sa partenaire son propre manque ( $-\varphi$ ).

Pour les femmes aussi, il y a constitution de l'objet *a*, objet-cause du désir parce que, elles aussi, elles parlent. Elles veulent donc elles aussi l'objet et même un objet en tant qu'elles ne l'ont pas, cela « étant lié à leur revendication du pénis dans leur rapport à la mère. Il s'agit d'une demande de pénis et pour Lacan c'est dans la dépendance de la demande que l'objet *a* se constitue pour la femme [...] Sur la femme, c'est initialement ce qu'elle n'a pas qui constitue au départ l'objet de son désir, alors que, pour l'homme, c'est ce qu'il n'est pas, et où il défaille » (*ibid.*, p. 233).

C'est donc l'identification à l'émoi qui permet de passer pour l'enfant comme pour la mère du mystère à l'énigme, du mystère du désir à son énigme et engendre à partir du manque dans le sujet la constitution de l'objet que nous sommes chacun l'un pour l'autre.

En psychodrame, ce qui compte c'est, à partir de la faille que révèle la discordance entre corps et parole, se déprendre des images idéales et relancer la course désirante. Il faut pour cela certaines conditions : à savoir que l'analyste ne se laisse pas piéger au jeu de se proposer ou de se laisser prendre comme objet d'amour, comme objet d'identification, mais accepte tout simplement d'être bien plus qu'un pôle neutre dans un questionnement permanent sur son désir de psychanalyste qui demande toujours un X. C'est cette interrogation qui sera opératoire dans le jeu psychodramatique.

La cure en psychodrame psychanalytique — comme toutes les cures dont la pratique et la théorisation relèvent de la métapsychologie freudienne — défait les certitudes du sujet, déconstruit ses identifications pathologiques, l'amène à revisiter ses mécanismes de défense ... Tout cela conduit l'analysant à revenir sur ce qu'il s'imaginait constituer son être-même. De parole en parole, une place vide se creuse, autour de laquelle se constitue son être-même, ce que Lacan a nommé (1953-1954) « le manque à être de tout parlêtre ». Par être du sujet il écrivait : « nous n'entendons pas ses propriétés psychologiques, mais ce qui se creuse dans l'expérience de la parole, en quoi consiste la situation analytique ». De construction en déconstruction et reconstruction de toute une série d'identifications imaginaires et/ou symboliques, le patient est conduit à reconnaître qu'il ne saurait se réduire à aucune des représentations auxquelles il s'est provisoirement identifié.

De cette destitution subjective, Lacan (1970) dira qu'elle « fait être, singulièrement, et fort ». C'est tout le contraire du moi fort de l'ego-psychologie.

Dans le Séminaire *Les non-dupes-errent* (Leçon du 30 novembre 1973), Lacan reprend une formule de Chamfort « Une des meilleures raisons qu'on puisse avoir de ne se marier jamais [...] c'est qu'on n'est pas tout à fait la dupe d'une femme tant qu'elle n'est pas la vôtre ». Il traduit cette formule par : « une femme ne se trompe jamais. Pas dans le mariage, en tout cas. C'est en quoi la fonction de l'épouse n'a rien d'humain ». Ceci nous amène à interroger selon Lacan (1973) « les rapports inconscients que

l'on entretient avec la personne que l'on aime ». Pour lui ces rapports se situent dans le registre de la *lalangue*, c'est-à-dire ce qui est nettement antérieur pour chacun de nous à la logique signifiante, lieu de la tromperie par excellence ; Lacan (1974) soutient que le langage est une élaboration de savoir sur cette *lalangue*. Pour ce, le langage met en concaténation des signifiants qui ne peuvent que rater le réel. Là est l'origine de la tromperie constitutive du signifiant. Pour chaque *parlêtre* la logique du discours tourne autour d'une part, du phallus dans sa dimension objectale (objet *a*, symbole du manque  $-\varphi$  du phallus comme signifiant du manque  $-\Phi$ ) et d'autre part, du principe de plaisir.

Cela induit l'idée que tout sens est sexuel. Mais Lacan (1974) affirme en se référant à la *lalangue* que « le sens n'est sexuel que parce qu'il se substitue justement au sexuel qui manque [...] non pas que le sens reflète le sexuel mais qu'il y supplée ». N'oublions pas en effet que cette *lalangue* originelle a dû être abandonnée du fait du refoulement originaire freudien, du fait de l'assujettissement à la loi œdipienne, particulièrement à la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père. Il en découle l'énigme du processus aliénation-séparation, de la parole et du langage, de la quête désirante, de la jouissance phallique, des identifications et de la construction moïque ...

C'est aussi à partir de là que se pose la question de l'amour, que Lacan (1973-1974) situe au-delà du mirage narcissique « comme un dire en tant qu'événement » (1973). Pour Lacan ce dire n'est pas réduit au symbolique mais concerne le réel (1974). La conséquence en est qu'un homme aime une femme *par hasard* (1973). Cela fait que la rencontre (l'heur) se réalise au niveau de la jouissance et non au niveau du symbolique. Mais le sujet n'en veut rien savoir. D'où pour Lacan (1974) la spécificité du mariage et de son rituel. Selon lui le rite du mariage induit « un sens nouant le réel de la jouissance et le signifiant ». Le mariage serait donc comme un *nuage* voilant ce qui se noue là où le sujet ne veut pas savoir. « Il n'y a de sens que ce qui s'opercule [...] d'un nuage : nuptiæ ne s'articule en fin de compte que de nubes. C'est ce qui voile la lumière qui est tout ce en quoi les nuptiæ, les rites du mariage, soutiennent leur métaphore » Lacan (*ibid.*).

Nous retrouvons ce qu'énonce Lacan dans le *Séminaire XI* (1964), p. 176 : « On peut [...] dire que l'idéal viril et l'idéal féminin sont figurés dans le psychisme par autre chose que cette opposition activité-passivité dont je parlais tout à l'heure. Ils ressortissent proprement d'un terme que je n'ai pas, moi, introduit, mais dont une psychanalyste (Joan Rivière) a épinglé l'attitude sexuelle féminine — c'est la mascarade. La mascarade n'est pas ce qui entre en jeu dans la parade nécessaire, au niveau des animaux, à l'appariage, et aussi bien la parure se révèle-t-elle là, généralement du côté du mâle ; la mascarade a un autre sens dans le domaine humain, c'est précisément de jouer au niveau, non plus imaginaire, mais symbolique ». Lacan fait référence au texte de Rivière (1929) « Le lecteur peut se demander quelle distinction je fais entre la féminité vraie et la mascarade. En fait, je ne prétends pas qu'une telle différence existe. Que la féminité soit fondamentale ou superficielle, elle est toujours la même chose ».

Vivès (2002) souligne que pour Lacan « ce qui est présenté comme système de défense serait l'attitude féminine par excellence. Puisque le sexe féminin n'est rien, la femme va créer un paraître qui se substitue à l'avoir pour masquer le manque. La mascarade serait alors comprise comme l'organisation inconsciente d'un trompe-l'œil. C'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques qui donne à voir une illusion et qui permet en même temps de maintenir l'illusion chez la femme marquée de l'existence en soi d'une essence féminine, tout en cachant le manque. Il est important ici de définir ce que nous entendons par trompe-l'œil car il faudrait se garder en utilisant ce terme issu de la peinture d'épingler le féminin du côté de l'image et de proche en proche du côté de l'imaginaire. Lacan le rappelle d'ailleurs très clairement, la mascarade joue au niveau du symbolique, ce registre du manque et de la substitution, et non de l'imaginaire qui se situerait plutôt du côté du leurre comblant et de l'identification » (pp. 29-30).

L'utilisation du trompe-l'œil au sens que lui donne Vivès correspond tout à fait aux scansions construction-déconstruction-reconstruction qu'entraînent les changements de rôle, les dou-

blages, les soliloques, l'arrêt du jeu, le retour au groupe et la mise en scène de nouveaux jeux etc. Ce trompe-l'œil s'oppose ainsi à la parade narcissique des premiers moments de la séance psychodramatique, parade qui se situait du côté de la parure, du côté du mâle alors que le jeu comme organisation inconsciente d'un trompe-l'œil pose à chacun la vraie question du féminin, quel que soit son sexe anatomique. La parade est à entendre du côté de la positivation imaginaire du phallus. Cela correspond tout à fait à ce que Lacan (1975, *Conférence à Genève sur le symptôme*) disait : « Pour qui, (j'ajouterai, quel que soit son sexe anatomique), est encombré du phallus, qu'est-ce qu'une femme ? C'est un symptôme ». Il ajoute même que la femme est un rêve de l'homme. C'est pourquoi il y a lieu de distinguer « les femmes. Elles ne consistent qu'en tant que le symbolique existe, c'est-à-dire l'inconscient C'est bien en quoi elles existent comme symptôme dont cet inconscient provoque la consistance ». (Lacan, 1975, *Livre XXII, Ornica ?*, p. 25) Ce symbolique qui existe et qui nous permet de nous tenir à distance d'une jouissance hors limite dévastatrice et mortifère prédétermine l'inconscient. Cela souligne l'importance de la façon dont chacun aura été introduit au champ de la parole et du langage.

Lacan peut alors dire que pour un homme les femmes exercent une fonction de nouage permettant de lier réel et symbolique. Elles doivent leur existence de symptôme au fait que le symbolique n'entre dans l'inconscient que comme noué. Cela explicite l'assertion lacanienne sur la fonction de l'épouse qui n'aurait rien d'humain : elle signale à l'homme un point de certitude quant à sa jouissance d'homme. Ceci renvoie à l'équivoque et à la *lalangue*. Cela n'a rien à voir avec la tromperie du signifiant. D'où la solidité de l'assertion lacanienne sur l'amour comme *un dire en tant qu'événement*, situant les rapports que l'on entretient avec la personne que l'on aime dans ce domaine de la *lalangue*.

Lacan (1975, *Conférence à Genève sur le symptôme*) affirme : « Ce n'est pas rien qu'il (un homme) ne se satisfait que d'une, voire plusieurs femmes. C'est parce que pour les autres, il n'en a pas envie [...] pourquoi ? parce qu'elles ne consonnent pas avec son inconscient ».

Cette consonnance permettrait que l'on puisse, à partir de la relation qu'il entretient avec sa femme, déduire le rapport que cet homme entretient avec son propre inconscient. Une femme est donc avant tout quelqu'un à qui l'homme parle et l'épouse serait donc « la perle rare qui, logée dans le creux du non-rapport sexuel, indique chez un homme l'endroit où son rapport au manque consiste, c'est-à-dire prend sens » (Steinmann, 2001, p. 58).

Le psychodrame psychanalytique est une expérience de destitution subjective — en tant qu'il est une expérience de parole, mettant à la question la façon d'aimer, les objets d'amour et les identifications — qui creuse une place vide et met a contrario en évidence la question de l'objet qui l'avait obstruée. Cet objet imaginairement identifié à l'objet du manque, objet qui, idéalement adéquat, ne cesserait de nous combler si nous le trouvions. Cet objet du manque est, d'ailleurs, purement imaginaire.

Le fait que l'analyste en position d'animateur ne réponde pas à la demande de regard d'amour et ne prononce pas la parole d'amour attendue conduit chacun par le biais du *Che voi* à restaurer la place de l'objet qui fait manque radicalement. On peut dire qu'à travers la non-réponse quant au regard et quant à la voix se creuse en même temps par la parole du sujet la place vide de l'objet-sein et de l'objet-fécès qui font aussi radicalement manque.

Si l'objet *a* est cause du désir, le signifiant est cause de la jouissance. Cela nous conduit à la place qu'occupe un thérapeute (en position d'observateur ou d'animateur), « s'emparant du pouvoir discrétionnaire de l'auditeur » (Lacan, 1955, Variantes de la cure-type). L'observation donnée en général en fin de séance ne consiste pas en un simple résumé du déroulement de celle-ci. Elle vise à ponctuer un certain nombre de signifiants constituant ce que P. et G. Lemoine (1972) appellent *l'hypogramme de la séance*. L'observation s'exerce comme scansion signifiante ayant pour effet une possibilité de levée de la censure.

Nous avons déjà mis l'accent sur le fait qu'en psychodrame, on joue comme en rêve. À propos du rêve Didier-Weill (1999)



souligne concernant le reste diurne, que pour Freud : « Le rêve est une réponse par laquelle dans la journée précédant le rêve, un sujet a été sidéré par ce qu'il nomme un signifiant de haute valeur psychique ». Il interprète ce signifiant de haute valeur psychique comme scansion coupant la parole au sujet. Pour Freud (1900) en effet, le rêve est une tentative de reprendre les choses là où elles avaient été laissées la veille, de retrouver une parole qui avait été coupée laissant le sujet sans voix. Freud ajoute cependant que la réponse qu'apporte le rêve est un *mot d'esprit raté*. En effet, alors que le rêve met en scène le retour de l'activité de la censure, « le mot d'esprit, lui, met en scène un double franchissement de la censure : dans un premier temps, la censure est sidérée par l'action du mot qui est porteur d'esprit, et, dans un deuxième temps, le sujet de l'inconscient assume cette sidération de la censure en ne lui laissant pas, comme dans le rêve, reprendre ses droits. Cette assumption ouvre la voie de l'insistance pour laquelle le sujet sort de la sidération pour faire sien l'esprit du mot. Il accomplit là un acte de création qui se produit dans l'instant de joie du mot d'esprit. L'instant de rire manifeste que le sujet consent et confirme le franchissement de la censure en assumant ce qui s'ouvre alors » (Didier-Weill, *ibid.*, p. 17).

L'observation consiste donc à faire en sorte que soient présentifiés, restitués, les différents moments qui font passer le jeu joué comme en rêve du statut de *mot d'esprit raté* au mot d'esprit réussi ouvrant dans la dimension de l'humour dans l'instant de joie, dans l'instant de rire, cet acte de création dont parle Lacan (1976). Cela permet l'*auteurisation* de chacun, restaurant par là-même l'accès à une quête désirante et à une jouissance phallique dans l'assumption des effets de vérité. Si le jeu psychodramatique se déroule dans l'espace transitionnel, l'espace potentiel winnicottien, la dimension hypogrammatique de l'observation permet le passage entre jeu et réalité.

Peut-on pour autant référer le psychodrame psychanalytique à l'expérience de ce que l'on nomme couramment la cure-type ? En d'autres termes, cela revient à poser la question des standards et des principes.

Dans la *Direction de la cure et les principes de son pouvoir*, Lacan (1958) soutient : « assurément le psychanalyste dirige la cure ». Il le peut du fait qu'il s'empare du pouvoir discrétionnaire de l'auditeur, dans une ascèse quant au savoir, dans une docte ignorance. Freud déjà (1909) recommandait à l'analyste une position d'abstinence.

Lacan (1955) s'inscrit en faux contre l'appellation de cure-type qui risquerait de privilégier les standards au détriment des principes. La psychanalyse ne peut se définir par une quelconque typologie. Il en résulte qu'il n'existe pas de prototype ni de modèle formel d'une cure mais d'un rapport à la vérité qui tient toujours au réel. D'ailleurs le réel échappe à tout semblant, tout modèle, toute forme, toute loi morale ... Il importe pourtant, et c'est l'enjeu de toute cure analytique, de savoir au cas par cas le rapport du sujet au réel. Lacan distinguait aussi (1955) la vraie parole et le discours vrai ; la vraie parole constitue « la reconnaissance par les sujets de leurs êtres en tant qu'ils y sont intéressés ». Il s'agit là de la fondation du sujet dans son rapport à l'Autre et aux autres. Cette dimension est importante dans la pratique psychodramatique. Le discours vrai en psychodrame est, lui, « constitué par la connaissance du réel, en tant qu'il est visé par le sujet dans les objets » (1955). C'est le rapport du sujet au manque radical d'objet à partir duquel il doit constituer les objets de son désir et ses identifications. Nous retrouvons ici le rapport de chacun à la parole donnée. Il importe pour chacun de dégager dans cette parole les données de la promesse, ce qui la fait paraître menteuse parce qu'elle engage l'avenir qui, comme on sait, n'appartient à personne. La frustration d'ailleurs, s'installe quand il y a non réalisation d'une promesse faite indûment. Le jeu psychodramatique vise, dans sa quête du discours vrai, à désaliéner le sujet des frustrations qui l'enferment.

Il en découle que si la vérité du sujet dépend aussi de sa reconnaissance par l'autre, la vraie parole, dans son interrogation du discours vrai sur ce qu'il signifie, conduira le sujet à trouver que « la signification renvoie toujours à la signification, aucune chose ne pouvant être montrée autrement que par un signe, et dès lors le fera apparaître comme voué à l'erreur » (*ibid.*).

C'est donc de l'entrecroisement dialectique de la vraie parole et du discours vrai, mis en scène dans et par le jeu psychodramatique, que procède cette déconstruction-reconstruction moïque ouvrant la voie à la destitution subjective. « L'inconscient ne laisse aucune de nos actions hors de son champ » (Lacan, 1957, p. 514). Tout sujet est l'effet d'une parole fondatrice. Ce qui importe c'est que son chemin soit « balayé des paroles qui l'ont fondé à son insu, afin de le rendre à une refondation ». (Le Boulangé, 2001, p. 16). C'est pour elle ce que Lacan appelle *rendre sa parole au sujet*, lui rendre la possibilité d'une refondation « la parole en ce sens comporte une part d'acte, elle a des effets sur le réel en déterminant une nouvelle position du sujet » (Le Boulangé, *ibid.*).

En effet, *il n'y a de l'inconscient que du dit*. Pour que ce dire advienne, il importe que l'analyste se déprenne de la relation narcissique duelle dans laquelle le sujet s'enlise. C'est à cette condition que s'ouvrira l'accès au symbolique, à la parole et au langage. Son dépouillement de ces apprêts narcissiques, son *dérobage* n'est pas que d'humilité, mais a un fondement éthique. Lacan (1955, p. 349) assigne à l'analyste de ne « connaître que le prestige d'un seul maître et d'aucun autre : la mort, le réel pour que la vie, qu'il doit guider à travers tant de destins, lui soit aussi amie ». Il s'agit donc pour l'analyste de se déprenre de la relation duelle en introduisant « dans la relation imaginaire même la présence d'un troisième terme ». D'où la nécessité pour l'analyste de « dépouiller l'image narcissique de son moi de toutes les formes du désir où elle s'est constituée, pour la réduire à la seule figure qui, sous leurs masques, la soutient : celle du maître absolu, la mort ». (Lacan, *ibid.*).

Mais pourtant le psychanalyste n'est pas l'Autre, ni le maître absolu ; il n'en occupe même pas la place. Le dépouillement narcissique le conduit à une ascèse sur le plan symbolique, sur le plan du savoir. Etant donné qu'il n'y a pas de savoir sur la mort, cela implique que pour lui tout savoir objectif soit mis en état de suspension, qu'« aucun autre savoir ne peut avoir sa préférence » (Lacan, 1955). La visée de tout cela est de permettre à l'analysant d'accéder à la *subjectivation de sa propre mort*.

Le psychanalyste doit cependant savoir ce en quoi consiste sa fonction, son acte. Comme tous les hommes, il parle. Mais, il se distingue, rappelons-le, « en ce qu'il fait d'une fonction qui est commune à tous les hommes, un usage qui n'est pas à la portée de tout le monde, quand il porte la parole » (Lacan, 1955, p. 350). En effet le sens d'un discours réside dans celui qui l'écoute, et de plus c'est de son accueil que dépend qui le dit, c'est-à-dire soit le sujet, soit l'Autre qui parle à travers le sujet, à savoir l'inconscient, Freud appelait l'inconscient l'Autre Scène. Il dépend donc de l'analyste, en position de celui qui écoute que, par son *pouvoir discrétionnaire* l'inconscient s'ouvre ou se ferme. Il en résulte qu'il (l'analyste) est inclus dans le sens du symptôme, qu'il garde totalement la responsabilité de sa position d'auditeur, y compris dans les effets de son interprétation dont il ne saurait se rattraper, en prétextant par exemple, que l'analysant l'aurait mal compris. D'où la nécessité pour lui de savoir distinguer comme nous l'avons vu précédemment la vraie parole et le discours vrai.

Lacan (1955, p. 253) souligne : « c'est dans la mesure où l'analyste fait se taire en lui le discours intermédiaire pour s'ouvrir à la chaîne des vraies paroles, qu'il peut y placer son interprétation révélatrice ». Il distingue quatre discours : la vraie parole, le discours vrai, le discours de la conviction et l'interprétation révélatrice. Vraie parole et discours vrai sont référés au plus de sens de la métaphore. Quant au discours de la conviction, il relève, comme Lacan (1951) l'avait déjà dit à propos de Dora, de la position de la belle âme de Hegel. L'interprétation révélatrice, elle, se déduit de la position de l'auditeur. Dans *Conférence à Genève sur le symptôme* (1975), il précise la question de l'interprétation en soulignant qu'une interprétation, surtout si elle est juste, peut avoir des effets de ravage. Une interprétation n'a de valeur à n'être qu'une interprétation. Il va même jusqu'à instituer une interprétation inexacte comme paradigme de l'interprétation authentique. Par exemple, à propos de l'Homme aux rats (Freud, 1909), Lacan souligne la volonté persistante de Freud de mettre l'accent sur le père alors que, dans les faits, c'est la mère qui est l'instigatrice de ce plan, obligatoirement ignoré du père, mort depuis déjà trois ans. Il insiste sur la pertinence de cette interprétation freudienne ; en effet prenant la succession du père, l'Homme aux

rats doit aussi accepter le passif de cette succession, la dette du père, la faute du père. Cette dette d'argent, signant une dette d'honneur liée à une dette d'amour (renoncement du père à son objet d'amour) est un forfait du père à la vérité de la parole donnée.

Le *pouvoir discrétionnaire* de l'auditeur fait donc advenir le sujet. Israël (1979-1980) précise que ce n'est sûrement pas en le faisant régresser mais en se « dépouillant des défroques successives du moi pour arriver à ce que Freud appelle la création du "Verneinungssymbol", la création du symbole de la négation [...] cette création que chacun de nous a à refaire. Ce n'est pas parce que nous connaissons l'existence du non, du ne pas, que cette négation s'inscrit en nous. Mais c'est parce que nous avons à introduire dans notre pensée cette dimension d'infini, cette dimension de ce qui ne sera pas accessible, de ce à quoi nous avons à renoncer une fois pour toutes. Or la fonction du refoulement, la fonction de la névrose, c'est justement de nous faire croire que nous pourrions ne pas renoncer à tout avoir ou à tout être ».

Le jugement d'attribution et le jugement d'existence (Freud, 1925, *La Dénégation*) sont pour Israël (1980) ce qu'il a appelé *franchir le pas*. Rappelons que pour Freud le jugement est l'action intellectuelle qui décide du choix de l'action motrice qui met un terme à l'atemoiement par la pensée et qui conduit du penser à l'agir. Ce symbole de la négation n'est, pour Israël (*ibid.*), « pas autre chose que la création du signifiant, la seule métaphore possible, le premier degré à l'accès de l'indépendance ... par rapport au refoulement, et le premier pas pour échapper à la contrainte du principe de plaisir ».

Il convient de remarquer ce que Freud (1920) faisait figurer au tout début de l'Au-delà du principe de plaisir en prenant l'exemple de l'enfant à la bobine. Il s'agit là des efforts accomplis par son petit-fils pour se dégager de la symbiose parasitaire nourrie des plaisirs biologiques pour arriver à la maîtrise de plaisir « construit par lui, au plaisir lié aux productions culturelles qui se font au détriment de certaines pulsions » (Israël, 1980, p. 176). Cependant aucune production culturelle n'est définitive. Elle n'a

de valeur qu'au moment où nous la créons. Ce qui nous lie à nos productions c'est la répétition du lien nous attachant aux différents personnages dont nous pensions qu'ils comptaient sur nous et que nous aussi nous comptions pour eux. Il y a là la nécessité d'un deuil à faire, quant à cette illusion.

Pourtant, articulées à ce travail de deuil, les productions culturelles elles aussi sont destinées à notre plaisir. Il y a un plaisir de penser. Par l'activité de penser nous réalisons « une victoire sur une tendance, toujours la même, la tendance à réduire les tensions, la tendance à supprimer les tensions. Autrement dit les constructions, les productions culturelles sont une sublimation mais une sublimation de la pulsion de mort qui, à être renversée dans le conscient, s'avère ainsi être inversée et source de toutes nos énergies, infiniment plus que ne le sont les pulsions dites sexuelles » (Israël, *ibid.*, p. 176).

Nous savons depuis Freud que les pulsions sexuelles sont au service de la pulsion de mort, domaine à conquérir « au détriment apparent de satisfactions trop faciles à obtenir pour la création de plaisirs qui peuvent à partir de ce moment-là prendre d'autres désignations, notamment celle de la joie » (Israël, *ibid.*).

Ce travail de sublimation est un effort à renouveler sans cesse de manière gratuite puisque rien ne nous garantit le succès de notre entreprise. Verhaeren dans *le Passeur d'eau* le métaphorise bien : « Le passeur d'eau les mains aux rames à contre-flot depuis longtemps luttait un roseau vert entre les dents ... » Passeur, pas, franchir le pas, le temps qui passe, subjectiver notre temps, notre mort, là est l'exigence pour ne pas nous laisser enfermer dans la compulsion de répétition, dans la pulsion de mort. À nous y dérober nous nous fondons dans le groupe avec ce que cela comporte d'aliénation « choisir comme voie un désir prêté à un autre nous escamote, fait disparaître notre propre désir, donc nous-même » (Israël, p. 177). Israël va jusqu'à soutenir : « on pourrait peut-être dire que la peur de la mort est proportionnelle à cette aliénation. Suivre son propre désir, c'est témoigner envers soi-même de l'aptitude à un risque qui, lui aussi, comporte la mort. Mais l'aliénation vise à une garantie de vie qui prolonge peut-être l'existence mais au détriment du sujet ».

Il est vrai aussi qu'une activité sans témoin a souvent la mauvaise réputation d'une activité solitaire. D'où l'illusion de croire à la fonction salvatrice du groupe qui peut aller même jusqu'à donner un sens à sa vie, l'autre étant le témoin, le garant souvent convoqué en caution solidaire. Certes le groupe n'est pas dénué d'intérêt, il est à l'origine de stimulations, d'incitations. Il comporte cependant un risque, celui de faire fusionner en un seul discours, en une seule voix la parole et le langage de chacun, de chanter *una voce* la louange du maître. L'aliénation dans l'illusion de la groupalité risque de supprimer la valeur de l'Autre comme témoin de la bonne foi ; il n'y a plus dès lors convivialité mais enfermement de chacun dans du prêt-à-penser. Le surmoi, groupal ou non, ne représente personne.

Tout autre est le fonctionnement d'un groupe de psychodrame psychanalytique. Il déconstruit le consensus fondé sur le narcissisme pour permettre à chacun d'être reconnu par l'autre dans le respect de la singularité de sa propre faille, passage de l'affectif au symbolique ou mieux de l'affectif pris dans les rêts du symbolique. Cela n'a rien à voir avec une quelconque expérience sentimentale, une quelconque expérience de vécu, une quelconque décharge émotionnelle. En d'autres termes il s'agit de passer de l'intérêt pour une sémiologie qui accorderait de l'importance aux symptômes les plus spectaculaires (ceux qui témoigneraient par exemple d'une difficulté d'intégration dans un groupe, on parle actuellement de phobie sociale) à des symptômes en prise avec la structure. Ce qui revient à s'intéresser sur la façon dont a pu se réaliser pour chacun l'accès au symbole de la négation, ce que Israël (1980) appelle *franchir le pas*.

En psychodrame psychanalytique, le franchissement du pas est possible parce que l'analyste, en position d'animateur ou d'observateur, s'autorise de son *pouvoir discrétionnaire* pour initier le jeu, provoquer les changements de rôle et déterminer l'arrêt du jeu. Il s'agit là de scansions dialectiques mettant en place les conditions de l'interprétation révélatrice et érodant le discours de la conviction. Il en résulte des actes d'énonciation successifs relevant à la fois du jugement d'attribution et du jugement d'existence, dans le dépouillement du moi, la vraie parole et le discours vrai.

P. et G. Lemoine (1972) soutenaient la nécessité d'une écoute, — aussi bien dans le psychodrame psychanalytique que dans la pratique de la cure initiée par Freud — écoute présente et sensible. Il y a identité de l'écoute dans les deux cas. La différence réside dans les démarches. Le psychodrame consisterait en tant que possibilité de mise en acte du sujet en opposition à l'analyse où, selon eux, l'acte serait plutôt du côté de l'analyste. À mon avis, cela voudrait dire que les diverses interventions de l'animateur ont pour effet d'interloquer le sujet, de le pousser à un *Che Voi* par lequel la réponse qu'il renvoie au groupe, dialectiquement renversée à travers les échos inconscients de chacun de ses membres, peut être considérée comme une mise en acte de sa question de sujet.

De plus, la sobriété des moyens mis en œuvre (pas d'artifice dans la mise en scène notamment) contribue par la mobilisation croisée du corps et de la parole à l'élaboration d'une *parole actée*, paradigme par excellence du franchissement du pas, articulation du jugement d'attribution et d'existence, telle que la met en scène le jeu du fort-da.

Pour Gaudé (2003),

la mise en jeu psychodramatique, par la prise de rôle qu'elle entraîne, creuse un écart entre le sujet et sa propre image. Le sujet, se faisant protagoniste principal de la représentation, se dédouble du participant qu'il est à la séance actuelle. Incarnant son propre rôle passé et la personne qu'il était « à ce moment-là » et dans les circonstances qu'il évoque — il est et il n'est pas ce « persona » ; son image, sa parole et son regard d'à ce moment-là étaient autres que ceux qui sont siens actuellement. De même, l'auxiliaire du jeu, « l'ego auxiliaire » incarnant la Figure de son histoire, ne présente évidemment pas l'image réelle de cette dernière, ni sa voix, ni son regard. Le participant au jeu s'en trouve allégé d'autant, porté qu'il est, depuis son interrogation actuelle, par un regard intérieur quelque peu décalé de celui relatif à l'épisode vécu ; écarté également de celui que l'économie des échanges de groupe capture, ces derniers étant lestés des spécularités et des contraintes de la locution directe.

Dans cette perspective, on peut considérer le jeu psychodramatique ainsi orienté comme susceptible d'amener le participant-



protagoniste à une mise en abîme de son propre personnage dans l'épisode évoqué par lui. Ce personnage-protagoniste est porteur du "seul réel pris en compte", reproduit au mieux dans la parole du participant, étayée et resserrée dans la représentation psychodramatique. Traumatisme, mauvaise rencontre, acte manqué, etc., ce réel a statut "d'unique référent" du travail en cours, les autres personnages représentés via les « egos auxiliaires » étant virtuels.

Comme protagoniste de la représentation, le participant a ainsi affaire au couple formé de son personnage et de l'événement passé. L'imaginaire ici au travail est donc quelque peu décollé du spéculaire direct de la séance comme le sujet l'est de sa propre image.

Ce décalage a été rendu possible par un dédoublement de l'espace, celui de la séance s'étant scindé entre espace de l'assistance et de la représentation. Ce dernier n'est pas seulement visuel, il renvoie, comme un écran semi-transparent à un autre espace, non spéculaire celui-là, représentant de quelque chose du sujet, et donc gouverné par la parole. Le regard est en suspens, en découpe, voire en chute entre spécularité et évocation.

Notre clinique me semble en cela susceptible de pacifier la voracité de l'objet a, de lever ou d'alléger l'occultation et la capture que ce dernier provoque sur le sujet. Elle peut en effet amener à écarter en chaque occurrence essentielle, le collage du réel de la jouissance (l'objet regard) à l'imaginaire du corps (a). Ces occurrences sont les scansions de la parole dans l'écoute et elles sont rendues possibles au fil des trois décrochements successifs du procès de séance : du groupe au discours d'une assistance restreinte ; de cette dernière à la représentation discursive d'un seul participant ; et enfin au jeu psychodramatique (pp. 10-11).

Poser l'identité de l'écoute et la différence des démarches, c'est souligner judicieusement une hiérarchie entre les standards qui peuvent varier et les principes qui relèvent d'une théorisation rigoureuse de la métapsychologie. Comme le dit Miller (2002) : « L'orthopraxie est morte. Elle ne le sait pas encore, elle continue sur son erre. Quand elle saura qu'elle est morte, elle tombera dans l'abîme, comme un personnage de Tex Avery ... Le standard n'a aucune chance au *xxi*<sup>e</sup> siècle. Il appartient à un monde révolu.

Il se survit à titre de souvenir, de mythe, chez des praticiens formés dans ce cadre ... » (p. 223).

Comment concevoir la relation soignant/soigné, quel en est le prix ?

Une telle formulation nous conduit à nous interroger sur ce dont chacun des protagonistes de la relation doit se déprendre, en tant qu'illusions, pour qu'advienne ce que chacun d'eux, sujet désirant, réalise.

Balint (1957) parlait d'une « compagnie d'investissements mutuels ». La question est de savoir quelle est la mise de chacun, mise qui doit être sans cesse interrogée, réévaluée et que nous pourrions définir comme une histoire d'amour dans sa double dimension libidinale : objectale et narcissique. Rappelons à ce propos qu'en ce qui concerne le médecin, le soignant, Balint (1957) soulignait que la fréquentation assidue du groupe Balint entraînait chez celui-ci un changement limité, quoique considérable, de sa personnalité. Pour ce qui concerne le patient, Freud (1912) affirme que rien ne distingue l'amour de transfert d'un amour véritable si ce n'est que l'amour de transfert dépasse la mesure. Il s'installe, nous dit-il, parce que, rappelons-le, tout individu, de par ses prédispositions constitutionnelles et des événements survenus dans sa vie — et ce depuis la plus petite enfance — possède une manière déterminée de vivre sa vie amoureuse et de poursuivre certains buts, et ce, de deux façons : une façon consciente dont il peut disposer et une façon inconsciente qui ne peut s'épanouir qu'en fantasmes. La constitution de cette partie inconsciente provient d'une articulation de plusieurs clichés infantiles. Tout individu auquel la réalité de la vie n'apporte pas la satisfaction entière de son besoin d'amour (mais qui peut prétendre être totalement satisfait sur ce plan là ? ! ...) se tourne inévitablement avec un certain espoir libidinal vers tout nouveau personnage qui entre dans sa vie, chez qui, imaginaiement, il croit déceler à son insu les clichés, les gages de cette trouvaille de l'amour. C'est ainsi, qu'en ce qui concerne la relation médecin-malade, les choses se précipitent quand l'*imago* du médecin perçue par le malade (*imago* elle-même constituée par

l'articulation de plusieurs clichés) correspond à l'*imago* inconsciente qu'a le malade du médecin, *imago* en attente d'investissement. Tout cela pour dire que la relation soignant-soigné n'est jamais exempte de transfert. Le soignant possède lui aussi cette manière déterminée de vivre sa vie amoureuse, ce qui dans la relation engendre ce que Freud (1915) a nommé la position contre-transférentielle.

Cette histoire d'amour se décline selon deux modes :

- le mode du transfert, c'est-à-dire pour reprendre l'expression de Freud (1911), la répétition plus ou moins stéréotypée de sa manière d'aimer (lui-même et l'objet). Autrement dit, avec le transfert, le sujet nous montre les impasses de ses amours et/ou de ses haines mais aussi l'éventuelle occasion de les dépasser.
- le mode des identifications. L'identification est une issue à la possession amoureuse impossible. Faute de posséder l'objet et faute même aussi parfois de pouvoir le détruire, je le deviendrai en prélevant sur lui un trait (identification régressive), des images, des symptômes. Ce prélèvement est inconscient et l'identification à ces trait, images, symptômes, est elle-même un processus inconscient. Je me construis par ces identifications successives. Le bon sens populaire ne s'y trompe pas en disant « Dis-moi qui tu fréquentes, dis-moi qui tu hantes (entes), je te dirai qui tu es ... »

Transfert et identification sont à prendre en compte dans toute réflexion sur la relation thérapeutique.

Analyser le transfert, comme les identifications, consiste à les épurer de leur surcharge imaginaire, à les débarrasser de leur lourdeur passionnelle : amour, haine, ignorance.

Freud, dit Lacan (1951), considère d'ailleurs le transfert comme une identité toute relative au contre-transfert, ce qui le conduit à donner la première place au contre-transfert.

Le contre-transfert est relié à cette passion qu'est l'ignorance au sens où le soignant s' imagine tout comprendre, tout maîtriser, avoir fait le tour de la question, être toujours au clair avec lui-même. Dans ce cas, plus il pense qu'il a tout compris, plus

il pense qu'il n'est pas dupe, plus il se trompe. Lacan (1973-1974, *Les non-dupes-errent*) fait remarquer qu'il n'y a pas une manière idéale d'être père. Exercer la fonction paternelle, de même qu'exercer la fonction de soignant, fait toujours symptôme, au sens où l'on dit *cela est symptomatique de ...* qui vient témoigner de la faille dans laquelle chacun de nous est structurellement inscrit.

La passion de l'ignorance vient donc faire obstacle à tout travail sur ces deux surcharges passionnelles que peuvent contenir l'amour et la haine et donc rendre particulièrement impossible toute analyse du transfert.

Lacan (1951, p. 225), après Freud, souligne encore que « le transfert n'est rien de réel dans le sujet, sinon l'apparition dans un moment de stagnation de la dialectique analytique des modes permanents selon lesquels il constitue ses objets ». La stagnation provoquée exacerbe le transfert dans sa dimension imaginaire et augmente donc la surcharge passionnelle.

Interpréter le transfert c'est donc, d'une part abandonner la position de maîtrise et d'autre part retrouver une position ludique. Winnicott (1971) disait que la psychanalyse est la forme la plus sophistiquée du jeu. Introduire un effet de surprise par exemple n'est « rien d'autre que de remplir par un leurre le vide de ce point mort. Mais ce leurre est utile car, même trompeur, il relance le procès. » (Lacan, 1951.).

Interpréter le transfert se conçoit dans la dynamique même de la cure. C'est d'ailleurs ce qui se rejoue dans cette expérience que l'on nomme « contrôle » où une relation transférentielle s'installe entre *l'analyste contrôleur* et *l'analyste contrôlé*. Et c'est à travers cette nouvelle dynamique transférentielle ainsi instaurée que pourra s'interpréter le transfert dans la cure de tel ou tel patient dont l'analyste contrôlé vient parler à son contrôleur. Interpréter le transfert est donc une chose, l'analyser, en décomposer les différents tenants et aboutissants en est une autre. Lacan (1951, p. 225) s'interroge d'ailleurs : « Qu'est-ce donc enfin que ce transfert dont Freud dit quelque part que son travail se poursuit invisible derrière le progrès du traitement et dont au reste les effets "échappent à la démonstration." »

S'il est difficile d'analyser les effets de l'amour sous l'angle du transfert dans lequel s'actualise et pour l'analysant et pour l'analyste, la manière d'aimer et/ou de haïr et de s'en défendre, il est cependant possible d'en interroger l'actualisation par le biais du psychodrame. Ce dernier met en jeu, dans une dynamique de déconstruction et de reconstruction des identifications moiïques, dans l'ici et maintenant de la séance et dans le déroulement des différentes mises en scène, ce que le sujet aime et ce que par un acte de dénégation il peut dire ne pas aimer. Autrement dit, si le transfert est l'axe à travers lequel peut être abordée la question de l'amour dans une cure analytique, les identifications constituent quant à elles, toujours dans cette question de l'amour, l'axe du psychodrame. Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait pas d'effets de transfert dans une cure psychodramatique; ils sont au contraire nombreux, avec le risque d'une surenchère imaginaire groupale.

La mise en scène, dans le jeu psychodramatique, décompose ce prisme transférentiel en présentant la façon dont s'est constituée la personnalité de chaque protagoniste à travers la complexité de ses identifications. En effet, à travers le jeu psychodramatique, puisque l'on joue des scènes qui ont réellement eu lieu dans la vie du patient et non point des scènes imaginaires, ce qui est annoncé est la mise en scène de ce que le patient a pu être à un moment donné mais qu'il ne serait plus. Ce terme « serait » convoque l'insu et du même coup une actualisation du passé à travers l'ici et maintenant de la répétition en corps et en paroles. D'où l'occasion de discordance entre ces deux discours à considérer comme des formations de l'inconscient venant traduire les avatars identificatoires de l'amour dans sa dimension libidinale (objectale et narcissique). Ces formations de l'inconscient entraînent à la fois des phénomènes identificatoires chez chacun des membres du groupe en même temps qu'elles soulignent, même provisoirement pour chacun, l'illusoire efficacité de l'identification à une toute-puissance narcissique et la nécessité de reconnaissance pour chacun là aussi d'une faille structurale, d'un manque irréductible comme fondateur de la singula-

rité de la parole et du langage. S'instaure alors, même provisoirement (puisque tout est toujours à reprendre) une érosion de la surcharge imaginaire des identifications au profit d'un remaniement de celles-ci sur le plan symbolique, au plus proche du désir du sujet qui tient compte dans sa quête d'amour d'une limite nécessairement imposée à l'illusion de sa toute-puissance.

Cela a pour effet de remettre en question sans cesse les images, sans s'y cramponner, mais sans jamais courir le risque de se retrouver vide d'images sous peine d'une angoisse qui pourrait être néantisante. On peut dire qu'en cela le psychodrame permet au thérapeute de ne pas se retrouver sans filet tout en visant et la déconstruction du trop-plein narcissique de l'image et la mise en acte d'un discours tant sur les identifications que sur le désir de chacun des sujets dans le groupe, désir qui (Lacan, 1958) surgira de ce qui du besoin sera émondé de toutes ces demandes.

Parler, c'est construire cette réalité psychique freudienne dans une adresse à l'Autre. Legendre (1996) explicite avec le concept d'*idée du père* la notion de limite à la jouissance. Cette *idée du père* vient présenter aux fils de l'un et l'autre sexe à la fois la notion d'interdit, de limite à la toute-puissance d'une jouissance narcissique et à la fois ce que peut être une jouissance autorisée. Soulignons au passage que Legendre (*ibid.*) insiste sur l'antériorité du concept de filiation sur celui de fraternité. Ceci est à articuler avec ce qu'énonce Dolto (1984) quand elle a cette formule : « aller et venir dans le génie de son propre sexe », ce que permet le concept de filiation.

Il s'agit donc de tenir un discours de désir dans une temporalité à partir de ces identifications qui ne saurait faire l'impasse sur les aléas de la sexualité et sur le réel de la mort. C'est ce qui est en jeu dans le travail du psychodrame psychanalytique.

Pour ce qui concerne la temporalité, il y a lieu de distinguer avec Lacan (1945, *Le Temps logique et l'assertion de certitude anticipée*) le temps chronologique (temps de l'horloge) du temps logique, temps du désir et des identifications. Lacan le décompose en trois scansions : instant de voir, temps pour comprendre et moment de conclure. Lacan fait remarquer que les trois prison-

niers, tenant le même raisonnement, chacun précipite à la fois son jugement et son départ. Le *temps pour comprendre* se réduit alors au *moment de conclure*, lequel se confond avec l'*instant du regard*. En effet, chacun reconnaît qu'il est blanc en regardant les autres non pas sortir mais hésiter à sortir. Lacan (1945) nomme *assertion de certitude anticipée* le processus de hâte qui caractérise le phénomène de prise de décision *vraie*, et fait de celui-ci, acte de sujet, la condition de la liberté humaine, qui n'est pas sans lien avec ce qu'il énonce (1955) à propos de la *vraie parole et du discours vrai*.

Pour ce qui est de l'ordre analytique dans le psychodrame comme dans la cure cette fonction de la hâte permet au sujet de sortir de la prison de l'aliénation dans laquelle ses mécanismes de défense, ses préjugés et la somme de ses passions l'enferment.

Lacan (1951) soulignait que dans la cure analytique l'analyste occupe la place du directeur du pénitencier. Il promet à son patient une liberté en l'invitant à résoudre, comme la Sphynge avec Œdipe, l'énigme de la condition humaine. Cependant, le directeur est berné sur son propre terrain : il a promis la liberté à un seul prisonnier, mais il va être contraint de l'accorder aux deux autres (Roudinesco, 1993).

C'est bien cette situation qui a lieu dans le psychodrame par le biais du jeu, de ses changements de rôles et de ses arrêts toujours à référer et à la fonction de la hâte du *moment de conclure* et à la relance des discours sur les échos identificatoires que les jeux ont générés.

Pour que le sujet dans un groupe de psychodrame soit conduit sur le chemin de la vérité de ses identifications l'analyste, dans l'exercice d'une *docte ignorance*, doit le précéder par un acte : choix du jeu, de sa scansion, des changements de rôles, voire de son arrêt.

A. Caïn (1994) soutient que « les deux notions de réel et d'imaginaire, plus d'ailleurs que le symbolique, si l'on suit la trilogie lacanienne, sont au premier plan de tout ce qui se déroule dans le psychodrame ». Cela a toujours été objet de débats entre elle et moi. Le symbolique est, en effet d'*ordre*, pour reprendre une

expression de Leclaire (1968) et ces trois registres ne peuvent fonctionner que noués. Le psychodrame, dans ses déconstructions et reconstructions des rôles et des images, dans ses remaniements identificatoires, dans sa réarticulation de l'identification fantasmatique (celle que Freud nommait l'identification à l'émoi, de type hystérique) à l'identification signifiante, (celle que Freud nommait l'identification régressive au plus petit trait prélevé sur l'objet), est une illustration même de ce nouage borroméen des trois registres. Les tiers que sont les protagonistes auxiliaires, le protagoniste principal, l'animateur sont tous, individus, personnes... , toujours référés, dans leur rôle et dans leur fonction, à la loi œdipienne.

A. Caïn (1994, p. 64) théorise dans le déroulement d'une séance psychodramatique la place du sujet dans le groupe qu'elle réfère à quatre discours. Ce qu'elle dit du Psychodrame-Balint vaut selon elle également pour le psychodrame thérapeutique. « En Psychodrame-Balint le corps et la psyché sont si étroitement liés qu'au cours des divers jeux et des divers moments de la séance le passage ou le blocage se feront de l'un à l'autre. Dans un premier temps en associant parole et parole, dans un deuxième temps corps et corps, puis corps et parole pour aboutir enfin à la parole du sujet une fois qu'il sera passé par la dynamique des jeux. On assiste ainsi à toute une dialectique entre les deux modes d'expressions, le verbal et le corporel, qui font passer le discours du sujet de l'énoncé premier (lorsqu'il commence à exposer son histoire) à un énoncé final beaucoup plus proche de sa vérité. »

La succession de ces différents temps d'associations entre corps et parole, que souligne A. Caïn, met bien l'accent sur l'enracinement de l'émoi dans le corps, sur son côté charnel du fait même de son lien à la parole. La parole en effet découpe le réel, introduit le manque et son corollaire, la souffrance.

Ce qu'elle dit du passage entre le mode d'expression verbale et le mode d'expression corporelle peut être considéré comme paradigmatique de la distance qui sépare le discours du sujet dans son énoncé premier (quand il commence à exposer) de son



énonciation finale, énonciation en effet qui vient dire la proximité du sujet désirant dans son rapport corps-parole au manque. Cela résulte en effet de l'efficacité du jeu avec ses changements de rôles, ses scansions qui déconstruisent l'image idéale que chacun des participants voulait présentifier, image aliénante, pour faire surgir la faille, le manque propre au sujet de la castration que nous sommes et à partir duquel peuvent se relancer les identifications signifiantes.

A. Caïn (1994) décrit une séquence spécifique au déroulement d'une séance de psychodrame psychanalytique qu'elle appelle « les quatre discours du psychodrame », quatre discours qui selon elle « représentent une évolution, un cycle dont le sens se révèle après coup. »

Pour elle le premier discours commence quand, le groupe réuni en cercle, chacun regarde l'autre soit en baissant les yeux, soit en regardant sans voir, soit en voyant sans regarder. Elle appelle premier discours la première parole prononcée par l'un des membres après un silence plus ou moins long. « C'est en effet dans ce premier temps que ce qui est dit sera apparemment de l'ordre de l'anecdote pourtant fait de réflexions plus ou moins bien préparées ou encore de rêves récents. Un premier discours qui permet une entrée en matière. »

Elle précise avec justesse qu'il importe pour l'analyste en position d'animateur de repérer si dans ce premier discours il y a demande ou pas. Et c'est avec raison qu'elle avance qu'il y a déjà jeu, même s'il est statique. En effet même si les corps ne se déplacent pas, il y a mouvement des regards dans une hésitation qui est maîtresse. Cela nous fait penser à ce que Lacan (1945) nomme l'*instant du regard*.

Le deuxième discours commence, selon elle, quand « l'animateur se lève pour inviter le participant à se lever en même temps que lui et lui demande de jouer une scène. Lorsque tous les deux se lèvent, on peut dire que le corps du protagoniste et le corps de l'analyste se rencontrent dans un transfert/contre-transfert corporels (et, ajouterons-nous, une identification) et qu'à partir de ce moment, quelque chose va déjà changer dans la dynamique du discours, du fait de cette simple rencontre. » Nous pouvons

avancer dans cete description qu'elle donne du deuxième discours que dans cette rencontre transférentielle et identificatoire des deux corps il y a mise en acte, reconvoction dans la compulsion de répétition de l'énigme des identifications à l'émoi, tant du côté de l'analyste que du participant. La mise au travail de l'énigme commence là. Cela pourrait être rapproché de ce que Lacan (1945), nomme « le temps pour comprendre » à la différence cependant que l'animateur, comme l'observateur, fait partie du jeu des trois prisonniers avec pour lui la nécessité de s'en déprendre. « C'est dans tout ce que le corps fait apparaître, que le discours va se montrer modifié par les émotions et les représentations qui surgiront au cours des divers moments des jeux. Ce qui nous semble évident, c'est le fait de mettre en surface par les jeux toutes les scènes vécues, éparpillées çà et là et qui ne sont accessibles que lorsque la pièce manquante, récupérée par le corps, surgit du dedans pour trouver sa place au dehors. Nous pouvons dire ainsi qu'à un moment de la séance le sujet sera fasciné par cet instant crucial qui survient et que l'analyste animateur saisit pour ne le renvoyer que plus tard, lorsque le moi sera prêt à la fois à l'entendre et à la fois à s'entendre avec lui-même ». (A. Caïn, 1994, pp. 63-72)

Le troisième discours, qu'en accord avec A. Caïn lors du Congrès de l'A.I.P.B. j'ai appelé « le temps de la perlaboration » (1994, p. 69) est « le plus angoissant des quatre, il doit être appréhendé par l'analyste avec beaucoup de tact et de prudence. En effet, à ce moment précis du jeu, le sujet est sans défense car il est agressé par la résurgence de tous les conflits jusque là refoulés. C'est comme si l'intéressé en cet instant avait à choisir entre plusieurs portes par lesquelles son corps l'obligerait à passer et cela est d'autant plus remarquable que le mouvement de son corps dépend entièrement de lui, qu'à l'inverse du théâtre il n'est pas écrit à l'avance, qu'en somme il est dicté par son propre inconscient : son sens est suffisamment ignoré pour qu'il n'éprouve pas envers lui la même défiance qu'il aurait vis-à-vis de paroles ... Le troisième discours apparaît comme le tournant qui va faire évoluer le sujet dans le groupe et par le groupe ... » . Ce troisième discours peut être rapproché dans un fondu-enchaîné également

de la seconde scansion de Lacan, le *temps pour comprendre*.

Le quatrième discours s'exprime quand le (ou la) protagoniste « reprend sa place assise parmi les autres, dans la même position qu'au début de la séance, mais avec les questions que les jeux ont suscitées, aussi bien chez elle que chez les autres participants. Or ce ne sont pas seulement des associations d'idées qui vont surgir mais tout autant des associations de jeux. » Ce quatrième discours est à rapprocher, selon moi, de ce que Lacan (1945) appelle « le moment de conclure ». Il s'agit en effet pour le sujet de répondre de sa propre identité grâce aux constructions et déconstructions du jeu. « Tel est ce quatrième discours dans lequel, répondant à sa vocation, avec des paroles impératives toujours prêtes à naître, le passé s'empare du présent. » (A. Caïn, 1994).

J'ajouterai cependant que dans ce quatrième discours, dont je fais l'analogue du *moment de conclure* de Lacan, il y a non seulement réalisation par le sujet et les autres membres du groupe des phénomènes de régression mais encore mise en acte de la nécessité de leur dépassement. Il y a là *acte de sujet*. Ce qui se produit là est ce que Lacan (1961-1962) théorise de la « compulsion des automatismes de répétitions et de leur dépassement possible. » Ce moment de conclure se présente dans ce que del Volgo (1997) nomme *l'instant de dire* ; il est consubstantiel à ce mouvement de prise et de déprise des identifications imaginaires avec pour conséquence la relance des identifications signifiantes. Le sujet parle en son nom propre de son identité et ne laisse pas à l'autre le soin de la décliner à sa place sur l'épithaphe d'une pierre tombale. C'est bien ce qui s'appelle sauver sa peau. Par ce mouvement d'identification, le sujet fait œuvre de chair. Cela a à voir avec le jugement d'existence freudien.

Pour ce qui concerne le Psychodrame-Balint proprement dit on peut avancer que ce que A. Caïn (1994) nomme le *premier discours* consiste déjà dans ce qui se joue lors de l'acte médical dans la rencontre avec le patient, le risque étant que ce discours soit très vite dans une impasse du fait des mécanismes de défense de chacun des protagonistes. J'avance donc que dans

le Psychodrame-Balint il y a très rapidement reprise de ce premier discours qui avait débuté dans le cabinet du médecin, en lui redonnant les chances d'aboutissement qu'offrent les trois autres discours dans leur lien aux trois scansion du temps logique lacanien.

Ce qu'il faut aussi ajouter c'est que, dans le Psychodrame-Balint, le groupe a pour pré/texte le discours du patient ; de ce pré/texte les jeux successifs permettront la construction de textes propres à chacun autour des identifications significantes. Cela permet, dans cette déprise des identifications imaginaires, une ponctuation des mécanismes de défenses ainsi qu'une relance de leur possible dépassement. Autrement dit, le Psychodrame-Balint permet à chacun de resituer la relation dans une clinique sous transfert, transfert qui sera non plus utilisé uniquement selon le mode de la suggestion mais qui sera analysé par le biais des déconstructions et reconstructions des identifications.

C'est en ce sens que l'on peut comprendre qu'intervienne ce changement limité quoique considérable de la personnalité du médecin dont nous avons parlé précédemment. La modification des mécanismes de défense écrête la surcharge passionnelle et rend plus souple la circulation du désir.

À la question qui lui était posée :

- « À quoi sert la psychanalyse ? », Freud répondait :
- « À transformer votre grand malheur en une misère ordinaire. »
- « Le monde », disait-il aussi, « n'est pas une chambre d'enfants. »

Il faut donc en rabattre sur ses prétentions et ses illusions narcissiques. Ce qui est passé est perdu, on ne le trouve plus alors qu'on le voudrait tant. C'est même là le premier temps du désir. On ne peut plus que faire à l'aveugle des retrouvailles, c'est-à-dire des constructions d'objets de notre désir à partir d'un modèle fantasmatique en nous dont nous ne disposons pas consciemment.

En somme, le prix à payer dans la relation soignant-soigné est,

pour ce qui concerne le soignant, la perte de l'illusion de la toute-puissance narcissique et l'acceptation de la misère ordinaire dont il n'aura pas à se défendre passionnément, voire à corps perdu. Cela permettra au patient, dans cet espace de liberté qui lui est ainsi offert, de pouvoir à son tour parler autour de son *défait fondamental* (Balint, 1971) et aborder lui aussi à la fois le structural et le contingent de sa misère ordinaire, elle-même signifiante de la condition humaine.

## IV

### Conclusion

**Du moi corporel au corps du sujet dans  
son lien à l'insupportable du réel du sexe  
et de la mort**



Le soleil ni la mort ne se peuvent  
regarder fixement.

---

La Rochefoucauld, *Maximes*.

Henriette, 60 ans, vieille demoiselle colopathe, déroulant sa sempiternelle litanie de plaintes sur le mode hypocondriaque ; patiente fidèle que je suis en psychothérapie au long cours, selon un rythme d'absences et de présences qu'elle régule à son gré. Après six mois d'absence, ce qui n'avait rien d'inhabituel, elle revient un jour. Au lieu d'utiliser son ton geignard, Henriette me parle sur un mode qui me surprend du fonctionnement de son côlon. Ce n'est plus la plainte lancinante, quérulente, et c'est presque incidemment que Henriette me fait part d'une constipation cette fois vraiment opiniâtre, accompagnée d'un syndrome douloureux abdominal, dont elle rend responsable un « navarin de mouton » consommé quelque temps auparavant et préparé — paranoïa oblige ! — par sa belle-sœur.

La concision de sa plainte et la minimisation de ses maux retiennent mon attention. Alors que je devais d'ordinaire freiner sa boulimie d'examens, je dois cette fois insister pour qu'elle consulte un gastro-entérologue du service. Les examens complémentaires conduisent à une laparotomie exploratrice.

Henriette avait un cancer envahissant du côlon et de l'ovaire ... Elle en mourut trois mois après.

Raimbault (1982) qualifiait de *clinique du Réel* son travail de psychanalyste à l'hôpital. Il est vrai que — le réel comme la mort ne se regardant pas en face — il faut le secours de lunettes ; ces lunettes sont le fantasme (Lacan, 1966-1967).

Chacun constitue sa réalité à travers son fantasme : réalité de son moi, réalité de son corps, du corps de l'autre et des objets qui l'entourent. Cette réalité vient à la place de l'insupportable



du réel présentifié originellement dans le réel de la présence et de l'absence de la *Chose*, et continûment dans le réel du sexe et celui de la mort.

Il n'existe pas à l'origine une unité comparable au moi. Freud (1905, *Trois Essais sur la théorie de la sexualité*) qualifiait d'auto-érotique le premier mode de satisfaction de la libido. Il entendait par là le plaisir qu'un organe prend sur lui-même. Chaque pulsion partielle cherche pour son propre compte sa satisfaction sur le corps propre. À cette période dite du narcissisme primaire, le moi comme tel n'étant pas encore constitué, ce sont des parties mêmes du corps que les pulsions investissent comme objet. D'ailleurs (et notamment en 1916-1917), Freud avait tendance à confondre auto-érotisme et narcissisme primaire. Lacan (1949) précise que le narcissisme est un investissement du corps dans sa totalité, qu'il a pour objet l'image unifiante du corps alors que l'auto-érotisme concerne des parties du corps, des bords d'orifices corporels investis par la libido.

Le passage au narcissisme secondaire par la loi de la castration conduit le sujet à concentrer sur un objet ses pulsions sexuelles partielles, agissant jusque-là sur le mode auto-érotique. L'objet est alors investi par la libido cependant que le primat des zones génitales n'est pas encore instauré. Ces investissements feront retour sur le moi devenant dès lors objet de la libido. La mise en place de ce narcissisme secondaire comprend une image de l'objet et une image du moi. Le moi figure un reflet de l'objet. Le moi résulte de la sédimentation des investissements d'objets abandonnés. Il est l'histoire de ses choix d'objets. Dès lors le narcissisme secondaire peut s'entendre comme l'investissement plus ou moins libidinal, sexuel, de l'image du moi ; cette image est elle-même constituée par les identifications du moi aux images des objets, vectorisée par le trait unaire. Autrement dit, nous pouvons entendre par narcissisme l'investissement par le sujet de sa propre image sous la forme d'un *phallus* avec les avatars de sa positivation. Nous sommes alors dans la fonction tragi-comique de l'objet.

Le monde symbolique préexiste au sujet. Pour se révéler cependant, il doit passer par le support du corps. L'imagó du corps propre est au principe de la causalité psychique (Lacan, 1946) et l'image du corps constitue le premier point d'impact des signifiants, particulièrement ceux de l'instance maternelle référés ou non à la métaphore du signifiant du Nom-Du-Père. Leur mode d'inscription déterminera la succession des identifications, donc des variations de la libido.

Le moi prend naissance dans le miroir et l'autre est un miroir. Pourtant la vision de l'image en l'autre ne suffit pas à elle-seule à constituer l'image du corps propre, car l'aveugle n'aurait pas de moi. Pour que l'image consiste, il faut qu'existe un trou dans cette image. Cela tient au fait que je peux voir mon image dans le miroir mais ce que je ne peux voir, c'est mon propre regard, lui-même objet de pulsion. De la même façon, l'image que l'autre me renvoie n'est pas complète. Il est lui-aussi un être pulsionnel, disposant lui aussi d'une image trouée.

Il en résulte qu'il existe de la libido non recouverte par l'image, une part sexuelle qui troue l'image. Lacan (1964) appelle  $-\varphi$  (phallus imaginaire) ce trou dans l'image devant lequel surgit l'angoisse et où vient se loger *l'objet-cause-du-désir*. Le narcissisme habille l'objet pulsionnel qui ne se présente jamais nu, mais toujours sous la forme de représentations, c'est-à-dire pris dans les images. « Le moi, le narcissisme, est donc composé d'un ensemble d'images investies qui circulent autour d'un manque (manque et de l'image et du signifiant, c'est moi qui souligne); il s'agit d'un montage autour d'un trou. Ce trou réel représente la cause du montage du narcissisme et les images investies permettent de s'accommoder de cette béance » (Nasio, 1988).

Le moi, construit dans le fil de la castration, est toujours réparation des effets de la perte et non suppression de la perte.

Pour que de la rencontre du réel de la *Chose* et du réel de *l'infans* adviennent une instance maternelle, une instance paternelle, un sujet de sa propre parole se reconnaissant dans un autre d'abord posé comme rival, il faut donc que soit présentifiée la loi

œdipienne de la castration. Les modes de présentification détermineront pour chacun la façon de faire avec le réel, c'est-à-dire la structuration du sujet et la construction de sa représentation corporelle, structuration et construction dont nous pourrions dire qu'elles se situent entre deux pôles, celui de l'hystérie posant, dans le registre du narcissisme secondaire, la question de l'identification sexuée, et celui de la schizophrénie qui, dans le registre du narcissisme primaire, montre l'échec de l'individuation, l'impossible passage du spéculaire à l'image, c'est-à-dire à la représentation. Les représentations de mots sont alors traitées comme des représentations de choses avec pour conséquence une pathologie de langage d'organes.

La variabilité, pour chacun, de la présentification de la loi dès la naissance et tout au long de l'existence, déterminera différents modes de construction de la réalité, homogènes et/ou hétérogènes les uns aux autres, mais coexistant nécessairement et ce, toujours avec le fil de l'angoisse de castration, sur le mode du refoulement, de la forclusion ou du déni, dans la dynamique de l'anticipation et de l'après-coup.

La présentification de la loi, toujours par quelqu'un en position d'Autre, vient rappeler l'insupportable jouissance mortifère du réel, commandement intériorisé par la voix du *Surmoi*. La mort est la butée ultime, elle fait partie du réel ; elle se déploie comme une véritable pulsion ne disposant d'aucun objet qui soit de l'ordre de *l'objet-cause-du-désir*. Contrairement aux pulsions partielles, elle ne fait pas le tour de l'objet mais celui du vide de la *Chose*.

Chaque présentification de l'interdit va dans le sens de la vie et interpellera le sujet dans la construction de son histoire, sexuée, avec ses zones sensibles corporelles. Cette interprétation présentificatrice sera signifiante ou pas, fera chaîne ou pas avec sa propre histoire :

— Ou bien elle conduit le sujet, séparé du réel de la *Chose*, à se questionner sur le désir de l'interpellateur à son égard (Comment me veut-il, homme ou femme, et dans ce cas : Quid de

la femme ?) : c'est la réponse hystérique ; l'impossible réponse hystérique résulterait de la carence en moyens de représentation de l'identité sexuelle autour du trou phallique enfermant le sujet dans la névrose d'angoisse, névrose actuelle. Freud (1894, *Manuscrit E*, p. 85) dissociait déjà deux modes de somatisation : « Dans la névrose d'angoisse comme dans l'hystérie, il se produit une sorte de conversion, ce qui révèle une nouvelle similitude entre les deux maladies, toutefois dans l'hystérie c'est une excitation psychique qui emprunte une mauvaise voie en menant à une réaction somatique alors que dans la névrose d'angoisse, au contraire, c'est une tension physique qui ne peut réussir à se décharger psychiquement et qui continue à demeurer dans le domaine physique ». En 1895, à propos des rapports neurathénie-névrose d'angoisse, il précise (p. 18) : « L'accès d'angoisse comporte uniquement le sentiment d'angoisse sans aucune représentation associée [...] Il s'associe à la sensation d'angoisse un trouble d'une ou plusieurs fonctions corporelles, respiration, activité cardiaque, innervation vasomotrice, activité glandulaire ».

— Ou bien le sujet est dans l'impossibilité de se déprendre de la perfection phallique que lui pose la question de la castration, perfection qu'il représente pour l'instance maternelle, le *père-du-nom* n'étant qu'un père nourricier. Il interprétera dès lors chaque séparation d'avec celle-ci comme un désir de mort à son égard, comme cela pouvait être le cas au moment de la phase anale : c'est la réponse obsessionnelle dont Freud disait qu'elle était le dialecte de l'hystérie, considérée, elle, comme langue fondamentale. On sait que Valabrega (1966) soutenait la possibilité de la somatisation conversionnelle dans l'obsession. Lacan (1962-1963, p. 63) à propos de l'analyse du rêve de la belle bouchère dit : « La seule chose qui intéresse la belle bouchère, c'est que son mari ait envie du petit rien qu'elle tient en réserve. Cette formule tout à fait claire quand il s'agit d'hystériques, faites-moi aujourd'hui confiance, elle s'applique à tous les névrosés. L'objet *a* fonctionnant dans leur fantasme et qui leur sert de défense contre leur angoisse, est aussi, contre toute apparence, l'appât avec lequel

ils tiennent l'Autre. Et, Dieu merci, c'est à cela que nous devons la psychanalyse ».

— Ou bien l'enfant a été livré au caprice de l'instance maternelle, l'instance paternelle ayant été plus ou moins défaillante. La loi de la castration est présentifiée sur le mode du déni ; dans ce cas, n'importe quel lieu du corps de l'*infans* peut venir à fonctionner comme objet-fétiche soutenant le déni de la castration maternelle, bouchant le trou phallique ; il en résulte que la pulsion partielle cherche sa satisfaction dans ce lieu du corps qui n'étant pas advenu à la symbolisation autour du trou de la castration est donc resté à l'état de reflet, voire d'idéalisation. On peut alors émettre l'hypothèse que ce lieu corporel en tant qu'*objet-fétiche* peut être un mode de défense contre la schizophrénie localisée. En effet Freud (1915, *Le Refoulement*) admettant qu'il pourrait y avoir un refoulement partiel du représentant pulsionnel originaire, la partie qui n'aurait pas subi l'effet du refoulement subirait le destin de l'idéalisation avec la possible constitution de l'objet-fétiche.

— Ou bien la loi de la castration a été forclore dans la constitution de la réalité du sujet ; deux cas de figure se présentent alors :

- 1 par suite d'un épisode forclusif localisé très précocement dans un espace-temps, un lieu du réel du corps de l'*infans* n'est pas passé du reflet à la représentation. Dans ce cas, l'atteinte corporelle fonctionnerait comme une schizophrénie localisée.
- 2 il peut aussi arriver que le travail de la représentation soit amorcé et qu'il soit brutalement interrompu pour reprendre ensuite. Dans ce cas, le deuil de l'objet est impossible en ce lieu du corps. La lésion équivaut alors à une mélancolie du corps, dans une identification narcissique à un objet global idéalisé. On pourrait penser qu'il y aurait eu échec de l'outillage symbolique de l'identification régressive, le trait unique freudien fonctionnant comme signe et non comme *lettre*, signifiant au sens lacanien d'une absence effacée.

— Ou bien la loi de la castration a été forclosée prématurément et définitivement avant tout travail de nomination. L'*infans* in utero n'existait déjà pas dans la représentation maternelle. Il n'était pas identifié et cette non-identification a persisté ; il n'y a pas pour lui de possibilité d'un acte d'énonciation : c'est la psychose schizophrénique.

Tout acte d'énonciation s'inscrit inévitablement dans la logique de la mémoire inconsciente selon la double dimension de l'après-coup et de l'anticipation. Il est même, semble-t-il, à référer à ce que Del Volgo (1997) nomme *l'instant de dire* qui demande un dispositif permettant un travail sur « la mémoire affectée, mémoire d'un passé douloureux » (Del Volgo, 2003).

Dans ce dispositif de *l'instant de dire* il s'agit « d'accueillir la plainte du patient et de permettre son élaboration par le moyen de l'association libre. Le patient est amené à dire ce qui lui vient spontanément à l'esprit. Le travail de remémoration du passé est mis en œuvre par l'interprétation historique des dires du patient. Le récit se trouve ponctué de questions comme : "depuis quand ?", "à quel moment ?", toujours en suivant pas à pas les propos du patient. L'histoire est une histoire hors temps réel, une histoire où l'inconscient peut apparaître par les rapprochements d'événements dans le récit et non dans la vérité événementielle » (Del Volgo, *ibid.*, pp. 90-91).

Selon moi, ce dispositif d'ordre psychanalytique n'a rien à voir avec une quelconque psychothérapie de soutien. Il n'y a pas en effet de petite ou de grande psychothérapie. Toute rencontre clinique étant toujours sous transfert, tout dépendra du maniement de celui-ci : utilisé (technique de la suggestion) ou analysé, ce qui conduit l'analyste à apprendre au sujet à se reconnaître dans la vérité de son histoire. Pour ce qui concerne ce dispositif de *l'instant de dire* (Del Volgo, 1997) nous pouvons dire qu'il ne s'agit donc pas d'une psychothérapie mais d'un vrai travail psychanalytique consistant en un soutien assidu de l'offre d'écoute.

— Ou bien il y avait représentation narcissique, confusion narcissique primaire entre l'*infans* et l'instance maternelle : c'est la paranoïa. Dans ce cas, toute séparation qu'implique forcément

le monde dans lequel nous vivons tous entraînera une impossibilité de construire la réalité autour du trou phallique, une réponse hypocondriaque, paranoïa du corps, mode de défense contre une représentation impossible, contre une schizophrénie localisée.

Nous avons plusieurs fois souligné la possibilité, pour chacun, de la coexistence de différents modes constitutifs de sa réalité. Le dénominateur commun est la rencontre du réel dans sa violence qui ne peut se faire qu'à travers le pare-excitation de la relation à l'Autre. Chaque rencontre avec le réel dans *l'ici et maintenant* réactivera un lieu et un temps passés de cette relation à l'Autre dans sa confrontation au réel de l'absence, du sexe et de la mort. Cela fait penser au bloc minéral cristallisé dont Freud (1932) compare la structure avec ses lignes de clivage à celle de l'organisation d'un individu.

La relation à l'Autre, les offres de l'Autre constituent ces lignes de clivage, point d'équilibre et de rupture de la personnalité. La relation à l'Autre, ici et maintenant, interpellera le sujet selon ces mêmes lignes. Gori (1978) souligne que la psychanalyse désigne le corps comme la mesure de toutes choses. Il rappelle aussi que « pour qu'un individu accède au langage, en manipule les signes et en éprouve quelque peu des effets de plaisir, il faut qu'un désir y trouve sa prise et marque de sa griffe l'acte de l'énonciation ». L'Autre, dans le rapport à *l'infans* que nous avons tous été, peut avoir été vécu, c'est-à-dire mis en représentation soit comme bienveillant et pacifiant soit comme intrusif et persécuteur (cela n'est pas sans rapport avec la *machine à influencer* de Tausk 1919). Gori (1975) souligne que cette *machine à influencer* peut être conçue comme identifiée au langage. Il ajoute (1993, p. 11) : « Cette expérience constitue d'ailleurs la réminiscence hallucinatoire de l'origine du langage rencontrée par l'enfant comme une immense *machine à influencer* ».

Tout ce qui se joue dans cet appareil à influencer « se passe effectivement au niveau de son propre corps » (Tausk, 1919, p. 190). Il en découle que la construction de la réalité psychique freudienne passe aussi par la mise en représentation du corps propre dans son lien à l'autre et à l'Autre et constitue le fonde-

ment hypocondriaque qu'il s'agisse des névroses, des psychoses ou des perversions. On ne peut alors que souscrire à ce que Fédida (1993, p. 35) appelle *imagination hypocondriaque d'interprétation* dans son article sur *L'imagination somatique de l'interprétation dans la cure psychanalytique* (*ibid.*). Il cite en exergue Freud (1915, *Complément métapsychologique à la théorie du rêve*) : « On comprend également les capacités diagnostiques du rêve qu'on reconnaît généralement en les tenant pour énigmatiques ; des souffrances corporelles débutantes sont souvent ressenties plus tôt et plus clairement qu'à l'état de veille et toutes les sensations corporelles du moment se présentent grossies à une échelle gigantesque. Ce grossissement est de nature hypocondriaque, il présuppose que tout investissement psychique a été retiré du monde extérieur sur le moi propre, et il rend alors possible la reconnaissance précoce des modifications corporelles qui pendant la veille seraient encore quelques temps passées inaperçues ».

J'insisterai sur le fait que toute souffrance, corporelle ou psychique, est toujours une souffrance du psychésoma en relation à l'Autre. La plainte est mise en parole de cette souffrance, ce qui ne suffit pas pour autant. Il faudra passer, dans le champ du transfert, de l'imagination hypocondriaque d'interprétation à l'acte d'énonciation qu'est le jugement d'existence, *parole actée* selon Dolto. Cet acte d'énonciation concerne ce que j'ai appelé le *corps du sujet* (Bruère-Dawson, 1993).

Gisela se plaint d'un symptôme qui la gêne particulièrement. Elle se gratte le pouce droit jusqu'au sang. À ce grattage compulsif, elle ajoute un autre symptôme : un sourire figé énigmatique que chacun remarque. « J'ai ce sourire, dit-elle, quand je suis angoissée ». Evoquant ses souvenirs d'enfance, elle raconte qu'elle a eu sa première expérience sexuelle, sa révélation sexuelle, avec une copine du même âge : elles se regardaient l'une l'autre et pratiquaient le 69. Elle dit garder de cette histoire le goût et l'odeur du vagin.

Tout cela est énoncé de manière détachée, sans émotion. Enfant, elle a été anorexique. Une scène se répétait tous les jours. À table, elle refuse de manger. Quand les parents ont terminé,



exigeant qu'elle finisse son assiette, ils s'installent tout à côté, jouent aux échecs, puis montent faire la sieste. Elle se souvient du bruit du sommier. Je lui rappelle que dans le jeu d'échecs, il y a un personnage au sourire énigmatique : le fou. Gisela marque un temps d'arrêt puis, sur le mode de l'association libre, raconte un jeu de devinettes auquel son père se livrait. Il consistait à imaginer un mouchoir à l'intérieur du poing fermé, à y introduire le pouce. Il demandait avec un sourire énigmatique : « Qu'est-ce que c'est ? » sans que jamais la réponse ne soit donnée.

Adrienne, âgée de soixante-dix ans, femme cultivée et pleine d'allant, découvre en se rendant à sa maison de campagne que celle-ci a encore été visitée. Mais cette fois-ci la mesure est comble. Tout a été dévasté et les cambrioleurs, enragés de ne rien trouver, ont souillé la maison de leurs défécations. À son retour, Adrienne commence à présenter une symptomatologie ébrieuse et un regard apeuré. Elle garde cependant une vivacité intellectuelle. Mais très rapidement, en une semaine, les choses s'aggravent : elle a les yeux hagards, est aphasique, passe son temps à regarder fascinée des livres d'images de façon stéréotypée. Les examens pratiqués font poser le diagnostic de dégénérescence cérébrale d'évolution foudroyante : elle ne sait plus qui elle est, elle ne reconnaît plus les siens.

À son arrivée dans ce monde *l'infans*, de par sa prématurité, a besoin de la médiation de la relation à l'Autre. Par cette médiation, l'Autre lui donne des modes de lecture du Réel. Dans la relation à l'Autre, on peut penser qu'au début de l'existence le seul représentant psychique de la pulsion est le *quantum* d'affect, résultant de la mise en jeu de la sensorialité de *l'infans*. Elle entre en résonance avec celle de la mère, qui la lui renvoie en écho : ainsi pourrions-nous y voir le premier reflet renvoyé à *l'infans*, reflet sonore, olfactif, gustatif, visuel, proprioceptif.

Il importe cependant que cette mère *suffisamment bonne* de Winnicott mette en *vorstellung* à la fois le *quantum* d'affect de *l'infans* et le sien.

C'est par ce travail de *physio-philologie* selon Groddeck, comme le rappelait Fédida, que s'effectue une castration symboligène

par la nomination de toute une série de reflets partiels et se constituent les images partielles, pré-moi corporel, trouvant son assomption dans le moment du miroir où se constituera l'unité imaginaire, orthopédie aliénante mais nécessaire à la quête désirante du sujet, dans une double polarité libidinale narcissique et objectale. Cet imaginaire renvoie donc à la fois au rapport du sujet avec ses identifications formatrices et au rapport qu'il entretient avec le réel dont il émerge, y apposant la marque narcissique. Rappelons que Lacan (1949) souligne que le narcissisme se joue à deux niveaux : le premier se rapporte à l'image corporelle et permet au sujet de se donner une forme propre à son *umwelt*. Il est à l'origine du moi-idéal : il est le reflet de l'unité du corps. Mais chez l'homme, à la différence des autres mammifères, la réflexion dans le miroir va constituer *une possibilité noétique originelle* originant le second narcissisme, l'Autre comme *alter ego* se confondant plus ou moins selon les différents moments de l'existence avec l'idéal du moi.

Dans cette identification narcissique à l'autre, le sujet voit son être dans une réflexion de cet autre en tant qu'idéal. C'est ce que Freud désigne comme « la réversibilité libidinale du corps propre à l'objet ».

Lacan (1948) indique que l'idéal du moi est consécutif de toute relation symbolique. Il met l'accent sur sa fonction pacifiante non seulement dans la relation à l'Autre mais aussi dans la relation que le sujet entretient avec lui-même, avec son propre corps. Si l'Autre a une fonction de regard primordial pour le sujet, il n'est pacifiant que s'il est articulé au signifiant de la castration. Mais le sujet tente aussi d'atteindre réellement sans l'intermédiaire de l'Autre ce qui échappe à l'image spéculaire, c'est-à-dire l'objet cause de son désir. Et cela n'est pas sans rapport avec le *défaut fondamental* de Balint (1968) : « L'origine de ce défaut fondamental peut être rapportée dans le passé à un écart considérable entre les besoins de l'individu au cours des premières années (ou même de ses premiers mois) et les soins qu'il a reçus à cette époque. Cet écart crée un état de déficience dont les conséquences ne sont que partiellement réversibles ». Ce défaut fonda-

mental constitue donc une faille originaire et, dans la représentation narcissique primaire et, dans ce que Faure (1978) nomme la première parole, l'amour d'objet primaire, première parole constituée autour de ce défaut fondamental. Faure propose d'appeler *maladie de base* ou *maladie fondamentale* l'adaptation des vestiges des expériences passées qui subsistent et interviennent tout au long de la vie du sujet.

Ce défaut fondamental échappe à l'image spéculaire comme l'objet-cause du désir et grève celui-ci : tous deux sont marqués du signe de la souffrance.

Cela peut être rapproché de ce que Laplanche (1986) appelle *objet source*. Selon lui, le point de départ en est la *séduction originaire* à concevoir, non pas comme manœuvre sexuelle de l'adulte, mais comme le fait que l'enfant immature est confronté à des messages chargés de sens et de désirs, mais dont il ne possède pas la clef (*signifiants énigmatiques*). L'effort pour lier le traumatisme accompagnant la séduction originaire aboutit au refoulement de ces premiers signifiants ou de leurs dérivés métonymiques. Ces *objets sources* inconscients ou représentations de choses inconscientes constituent la source de la pulsion. Il n'est pas exclu que ces *objets sources* puissent s'avérer persécuteurs. Ils me paraissent en tout cas à la source du fondement hypocondriaque et masochiste de tout fantasme.

Lacan (1963) parlant de l'objet source du désir, objet *a*, énonce : « Cet objet, en fin de compte, ne représente rien d'autre qu'un certain nombre d'énigmes polarisées, qui, pour ceux qui parlent, se présentent dans ses grandes fonctions qui ne sont pas sans être liées au corps, à savoir le sein nourricier, le déchet, le rejet, la merde pour l'appeler par son nom, ou encore ces choses qui, pour avoir un aspect plus noble, sont strictement du même niveau le regard et la voix », j'ajouterai le respir, la peau, la tonicité, etc.

C'est dans la souffrance de l'attente du regard de l'Autre qu'advient l'énonciation du corps du sujet, du corps du désir. Dans cette énonciation se tissent des énoncés : l'image du corps, qui dans la maladie peut venir à coaguler. C'est peut-être en ce sens

qu'il faudrait "revisiter" les mécanismes de défense du moi et tout particulièrement les concepts de fixation, de régression etc.

L'objet cause de son désir n'étant pas visible, le petit d'homme va en constituer l'image par divers artifices. Dans cette construction, le corps du sujet, en n'importe quel lieu peut être concerné, de l'avant-coup (*reiz* : excitation) à l'après-coup (maladie). Ce qui échappe à la réversibilité libidinale produit l'angoisse, d'où cette formulation de Lacan (1963), quand dans l'inquiétante étrangeté freudienne, le double vient combler le manque imaginaire de la castration par l'effet du regard « ce que nous avons en face de nous, qui est notre statue, notre visage, notre paire d'yeux, laisse surgir la dimension de notre propre regard ; et la valeur de l'image commence alors à changer, surtout s'il arrive que ce regard qui apparaît dans le miroir commence à ne plus nous regarder nous-mêmes, initium aura, aurore d'un sentiment d'étrangeté qui est la porte ouverte sur l'angoisse. L'angoisse est — ajoute-t-il — phénomène de bord, béance où la constitution de l'image spéculaire montre sa limite, limite de la scène imaginaire, fenêtre qui s'ouvre sur le vertige ».

Et je pense à l'agir de ce psychotique qui, avec le coupe-papier du directeur, dans le bureau directorial, s'énucléait les deux yeux.

Je pense aussi à cette jeune femme à qui son agresseur violeur a arraché les deux yeux.

C'est donc dans le regard de l'Autre, Autre articulé à la castration, que le sujet trouve la voix/voie de la pacification. Les représentations d'objet du désir ne peuvent en effet s'élaborer que parce que la castration, introduisant une mise à distance de la Chose, oblige l'*infans* à remplacer la jouissance perdue par des représentations. Celles-ci s'avèreront radicalement inadéquates à remplacer la jouissance originaires perdue, d'où la relance de la course désirante par le jeu des métaphores et métonymies venant sans arrêt questionner l'Autre.

Les artifices qui permettent au petit d'homme de pallier l'irreprésentable de l'objet cause de son désir relancent donc la course des identifications, la construction de l'idéal du moi.

Quand la castration n'a pas fonctionné, quand ne s'installe pas la réversibilité libidinale du corps propre à l'objet, le moi idéal vient alors à fonctionner comme intrusion du Réel de l'objet-cause du désir : c'est alors l'hallucination du double. Pour J. Caïn (1971) : « On connaît depuis longtemps le lien entre la schizophrénie et la maladie psychosomatique. Et les observations sont nombreuses où les passages de l'un à l'autre de ces états sont soigneusement notés. Tel ulcéreux qui, à la fin d'une poussée douloureuse voit éclore un état délirant aigu, non structuré, tel asthmatique qui brutalement perd la raison et ses crises allergiques par la même occasion, tel paranoïaque chez qui alternent comme des saisons, l'affection cutanée et une bouffée délirante polymorphe ». Tout semble se passer comme si l'organe malade venait à préserver le patient de l'éclatement psychotique.

Winnicott (1949) avançait que la maladie psychosomatique est faite pour compenser la séduction du psychisme par l'esprit. On peut, dans la conception winnicottienne, rapprocher l'esprit du fonctionnement paranoïaque du moi idéal venant parer aux effets ravageurs d'une castration forclosée, castration qui, lorsqu'elle fonctionne permet au sujet de se constituer pacifiquement autour d'une énigme sans cesse relancée.

Winnicott (1949) avançait aussi qu'il fallait toujours prendre en considération l'hypocondrie du patient atteint de maladie psychosomatique.

Fédida (1993) soutient que l'hypocondrie est la seule pensée psychanalytique du corps, la paranoïa la seule pensée psychanalytique de l'Autre.

J'ajouterai pour ma part que l'hypocondrie, particulièrement celle que les anciens appelaient *hypocondria major* et la paranoïa, s'installent quand, entre l'infans et l'Autre, la forclusion fait l'Autre intrusif et persécuteur. Dans ce cas la réversibilité libidinale s'effectue sur un mode :

Persécuteur interne — hypocondrie.

Persécuteur externe — paranoïa.

Dans le premier cas, la maladie psychosomatique peut être considérée comme un traitement de l'hypocondrie, le persécu-

teur se transformant en soignant. Le zèle thérapeutique de ce dernier risque d'inverser la situation. Le thérapeute devient persécuteur externe et c'est alors la paranoïa avec son délire visant à contenir l'Autre externe persécuteur.

Je pense à ce patient gastrectomisé pour ulcère malgré la mise en garde du psychologue, patient qui, dans les jours qui suivirent l'intervention, est entré en délire pour n'en plus sortir.

On peut se demander si, en enlevant l'organe malade, le chirurgien n'a pas joué et le rôle du persécuteur interne dont on ne peut plus se protéger puisque l'organe a été enlevé, et le rôle du persécuteur externe. La seule issue pour ce patient est le délire paranoïaque.

Tout dépendra donc de la lecture que le sujet pourra faire du regard, de la parole, des actes, voire des agirs de l'Autre.

On peut supposer que Giséla, par son grattage compulsif et son sourire énigmatique, a prélevé sur l'Autre, en tant que signes, des traits autour desquels s'est constituée sa course libidinale et narcissique. C'est autour de ce symptôme qu'elle fait tenir de bric et de broc une image corporelle.

L'appartement souillé a pu réactiver chez Adrienne le regard et l'agir d'un Autre persécuteur, dévastateur dont elle ne peut rien dire, faisant intrusion en elle avec, pour conséquence, la perte de tous ses repères identificatoires, déliaison des représentations de choses aux représentations de mots.

À l'inverse d'Adrienne, on peut évoquer Malraux (1974) qui dans *Lazare, le miroir des limbes* s'évoque, atteint de troubles neurologiques graves, tombé de son lit, ne se repérant plus dans l'obscurité : « J'étais un je sans moi ». La quête désirante, la parole, le dire subsistaient, seul manquait l'outil.

Je conclurai en avançant que, quelle que soit la pathologie présentée par un sujet, d'apparence psychique ou corporelle, ce qu'il importe de prendre en compte, c'est ce qu'elle vient présentifier de la relation à l'Autre, et tout particulièrement de la position du sujet face au regard et à la parole de l'Autre.

C'est là que s'originent le fantasme et ses enjeux, ses impasses, ses trous narcissiques de représentation dont le corps peut venir témoigner et que seule peut relancer la relation transférentielle.

Et pour reprendre ce que disait Gori, si le transfert est acte de parole et non pas interprétation sauvage à la Groddeck, si la voix, voix de l'Autre est corps de la parole, la parole dans le pacte — et les avatars de ce pacte — fait et défait le corps du sujet, le faisant passer du non-événement psychique à l'événement psychique et vice versa, et ce toujours selon les lignes de clivage préétablies, comme le rappelait Freud (1933). Ces lignes de clivage sont celles du destin.

« Au commencement était le Verbe (*Evangile selon saint Jean*, Prologue) et le Verbe s'est fait chair ». Pour Lacan (1962-1963, p. 31) « le trait unaire est avant le Sujet. Au commencement était le Verbe veut dire au commencement est le trait unaire. Tout ce qui est enseignable doit conserver le stigmate de cet initium ultra-simple. C'est la seule chose qui puisse justifier à nos yeux l'idéal de simplicité ». Cet initium pour chaque homme ne peut se faire que dans les aléas de la castration : le désir, le regard dans la relation à l'Autre ouvrant l'accès à la parole, à la métaphore y compris corporelle. Dans le cas contraire, corps et parole conscients et/ou inconscients ne peuvent qu'être dissociés partiellement, voire totalement. Cette dissociation n'est pas sans risques pour un moi plus ou moins constitué tant bien que mal et pour l'acte de parole lui-même, tant il est vrai que la parole essaye toujours de dire quelque chose du désir et de la jouissance sans y parvenir totalement. Paroles, encore et toujours paroles, paroles et images ... mais il n'y a pas de jouissance sans corps, il n'y a pas d'existence sans corps.

De sa naissance à sa mort, l'homme s'inscrit dans un trajet au cours duquel il doit à la place qui lui aura été dévolue, et qu'il doit subvertir afin de la faire sienne, témoigner à l'occasion de chaque rencontre du réel de son identité sexuée. Là est sa construction désirante, là est sa relation à l'Objet, là est sa jouissance. Ce trajet s'inscrit dans la dimension de l'espace et du temps. La dimension de l'espace représente l'investissement

du monde par sa corporéité ; la dimension du temps, outre son rythme par l'horloge, s'inscrit en tant que métaphore du réel du corps toujours dans la dimension désirante face au regard de l'Autre ; c'est que chacun est sommé d'avoir à prendre date, à se déclarer, avant qu'il ne soit trop tard, dans le contexte d'une rivalité à la fois source de jalousie et de reconnaissance mutuelle de l'un par l'autre, dans une identification au manque, donc sexuée. Lacan (1945) propose une scansion du temps dans un rapport à la pulsion, à son objet et à sa représentation psychique. C'est tout le problème de la métaphorisation du réel en réalité psychique, donc décisive.

La rencontre du réel est toujours traumatique. Elle se donne dans l'instant de la pulsion, *instant de voir* mais nous pourrions ajouter instant d'entendre, instant de sentir ... Lui fait suite un temps pour comprendre, dans l'articulation des représentants psychiques de la pulsion, autour du trou phallique de la castration, temps qui ne saurait être indéfiniment prolongé et qui doit déboucher sur le moment de conclure car le réel presse. Ce moment de conclure devant prendre en compte la castration dont l'expression ultime est la mort nous pose comme sujet de notre propre parole ne se dérochant pas à la rencontre du réel qui ne cesse de se présenter.

S'il est vrai que toujours se dérobe la dernière parole sur le réel, celle que chacun peut prononcer et que l'autre peut toujours se reprocher de n'avoir pas suscitée ou entendue, il n'empêche que personne ne peut fuir cette obligation d'être l'acteur de son histoire sous peine d'une aliénation radicale par le rival qui n'a rien à voir avec celle constitutive de l'imaginaire et du symbolique.

Reconnaître le terme n'est pas chose aisée, d'où la tricherie dont tout un chacun est complice. Seul le survivant, dans l'après-coup, peut, pour ce qui le concerne, à travers le prisme plus ou moins déformant de sa propre subjectivité, essayer de donner sens à l'histoire de celui qui n'est plus.

Dans la tribu des amérindiens galibis, en Guyane française, une coutume paraît étrange à l'observateur judéo-chrétien : on se lamente lors de la naissance, source de beaucoup de questions et



de tourments. Que sera-t-il au yeux du grand *Manitou* , donc aux yeux de l'Autre ? Quels seront ses actes d'homme ou de femme ? Après sa mort, on se réjouit, on peut enfin dire : il aura été ceci, il aura fait cela.

Cela veut dire que toute histoire signifie l'élaboration incessante de la corporéité sous le regard de l'Autre dont rien ne me garantit le désir (dans le cas contraire, il ne saurait y avoir qu'imposture). C'est autour de ce trou que je rencontre l'autre, le rival prêt à prendre la place. Mon histoire, dans sa dimension éthique, sera celle de ma jouissance face à l'autre à qui je reconnais la même prérogative, mais dont je ne saurais être comptable cependant sauf dans une culpabilité imaginaire.

Mon histoire sera celle de mon désir et de ma jouissance, c'est-à-dire la façon dont mon corps sexué, sera ou non pris dans ma parole, autour du trou originaire, celui de ma naissance, et du trou ultime, celui de la mort ...

*Ça n'empêche pourtant pas d'exister.*

V

## **Bibliographie**



- ABOULKER P., CHERTOK L., SAPIR M., 1965. Psychosomatique et chronicité. *L'évolution psychiatrique*. XXX, n° 3, 543-546.
- ABRAHAM G., 1982. Le corps et ses limites. *Psychothérapies*. II, n°4, 155-160.
- ABRAHAM N., TOROK M., 1987. *L'Écorce et le noyau*. Paris, Flammarion.
- ALEXANDER F., 1943. *La médecine psychosomatique*. Paris, Payot, 1962.
- ALLENDY R., 1928. Un cas d'eczéma. *Revue française de psychanalyse*, 327-344.
- ANDRÉS M., 1993, « Unaire » (trait) in *L'apport freudien*, Sous la direction de P. KAUFMAN, Paris, Bordas.
- ANONYMA, 1989. *Séduction sur le divan ou le malentendu amoureux*. Paris, Éditions La Découverte.
- ANSALDI J., 1980. La paternité de Dieu. *Études théologiques et religieuses*. Hors série.
- ANSALDI J., 1986. Quelques remarques sur la perversion d'après « Kant avec Sade ». *Dires, Revue du centre freudien de Montpellier*, n° 4, 15-28.
- ANZIEU D., 1965. La notion de structure. *Bulletin de Psychologie*, 239, n° 38, 13-15 fév., 710.
- ANZIEU D., 1971. Le corps et le code dans les contes de Borges. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 3, 177-210.
- ANZIEU D., 1974. Le moi-peau. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 9, 195-208.
- ANZIEU D., 1976. L'enveloppe sonore du Soi. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n° 13, 161-179.

- AULAGNIER P.C., 1979. *Les destins du plaisir*. Paris, PUF.
- AULAGNIER P.C., 1985. Naissance d'un corps, origine d'une histoire. In : *Corps et Histoire*, 4<sup>o</sup> Rencontres Psychanalytiques d'Aix-en-Provence, 1986, Paris. Confluents psychanalytiques, Les Belles Lettres.
- BALINT M., 1957. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, Payot. 1968.
- BALINT M., 1968. *Le défaut fondamental*. Paris, Payot, 1971.
- BENOIT P., 1985. Le saut du psychique au psychosomatique. *La Psychiatrie française*, n° 5, 13-26.
- BENOIT P., 1987. L'illusion psychosomatique. *Soins Psychiatrie*, n° 82/83, 53-59.
- BERT J.-M., 1966. *Allocution d'ouverture*. Troisièmes Journées occitanes franco-espagnoles de Gastro-Entérologie. Paris, Maisonneuve & Larose.
- BESSELES Philippe, 1994. *Cliniques de la texture. Études des origines et des mouvements de passe de la psyché*. Thèse de doctorat de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III, juillet 1994.
- BION W.R., 1959. *Recherches sur les petits groupes*. Paris, PUF, 1965.
- BIROUSTE J., 1980. Comment l'identité ouvre des perspectives au corps. *Annales Université Toulouse-Le Mirail*. Nouvelle Série, XVI, fasc. 2.
- BIROUSTE J., 1988. Praxéologie de la clinique du vieillissement. In : *Psychologues et cliniciens à l'épreuve du vieillissement*. Les cahiers du Laboratoire de psychologie clinique. Université Paul Valéry, Montpellier III.
- BLANC-PRADES M., 1988. *Propos résultant d'une recherche sur les psychoses*. Mémoire de maîtrise de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III. Inédit.
- BLANC-PRADES M., 1989. *Hystérie et alcoolisme*. Mémoire de D.E.S.S. de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III Inédit.

- BONFILS S., 1958. Une observation d'un cas d'association ulcus gastrique et psoriasis. Observation du somaticien. *Revue Française de Psychanalyse*, XXII, n° 6, 719-722.
- BOULZE I., 1998. Psychopathologie de l'alcoolisme : thérapie et prévention. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, co-directeurs C. Bruère-Dawson et J.-F. Chatillon, Université Montpellier III.
- BOWLBY J., 1973. *L'attachement. La séparation, angoisse et colère*. Paris, PUF, 1978.
- BRISSET Ch., 1953. Psychosomatique et pathologie cortico-viscérale. *L'Évolution Psychiatrique*, XVIII, n° 3, 569-573.
- BRISSET Ch., 1964. Hystérie et pathologie psychosomatique. *Revue Praticien* (14 avril).
- BRISSET Ch., 1970. Hystérie et psychosomatique. Les rapports de la structure et de l'histoire. *L'Évolution Psychiatrique*, XXXV, n° 2, 377-404.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1983. Le psychodrame des psychotiques : une expérience de la limite. *Revue de médecine psychosomatique et de psychologie médicale*. n° 3, 171-179.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1988. Le corps et la répétition. À propos du phénomène psychosomatique. *Cliniques Méditerranéennes*, 1<sup>er</sup> semestre, n° 17/18, 71-96.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1988. Couple, Groupe et Abandon. *Cliniques Méditerranéennes*. 2<sup>e</sup> semestre, n° 18/19, 87-92.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1989. Corps je te hais, corps je t'adore. *Cliniques Méditerranéennes*. 2<sup>e</sup> semestre, n° 23/24, 183-186.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1991. La corporéité comme métaphore du Réel. *Les Cahiers du CERFEE*, n° 6. Le Corps/des Corps, 71-75.
- BRUÈRE-DAWSON C., 1993. Le Corps du sujet. In *Cliniques Méditerranéennes*, n° 37/38, 79-85.
- BRUÈRE-DAWSON C., 2000. Psychanalyste à l'hôpital. *Cliniques méditerranéennes*, n° 62, 35-43.

- BRUÈRE-DAWSON C., CAÏN A., PIGNOLY G., 1973. La pratique du psychodrame. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Marseille et du sud-est méditerranéen*, 3, 455-460.
- BRUÈRE-DAWSON C., SALDES F., JEUFRY O., 1977. Réflexion sur l'interprétation. *Le Petit Hans. Lettres de l'école freudienne de Paris*, n° 20.
- BRUSSET B., 1985. *L'Assiette et le Miroir*. Toulouse, Privat.
- CAÏN A., 1986. Sur une technique du psychodrame analytique et son évolution. *Confrontation psychiatrique*, n° 26, 131-149, Spécia.
- CAÏN A., 1994. *Le Psychodrame Balint. Méthode, théorie et applications*. Grenoble, La Pensée sauvage, 152 p.
- CAÏN J., 1971. *Le symptôme psychosomatique*. Toulouse, Privat.
- CAÏN J., 1977. *Le double jeu*. Paris, Payot.
- CAÏN J., 1982. Fusion et défusion de la pensée et des affects. In : *Souffrance, plaisir et pensée*, 1<sup>re</sup> Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence, Paris, Les Belles Lettres, p. 165-203.
- CAÏN J., 1982. *Temps et psychanalyse*. Toulouse, Privat
- CAÏN J., 1984. Regard, érotisation et psychosomatique. *Revue française de Psychanalyse*, 48, n° 5, 1 183-1 195.
- CAÏN J., 1985. Contre-transfert et psychosomatique. In : *Corps et Histoire*. IV<sup>e</sup> Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence. Paris, Les Belles Lettres, 1986, p. 205-256.
- CAÏN J., 1990. *Le champ psychosomatique*. Paris, PUF.
- CALERO J., 1985. *Une rencontre : le corps et le vécu*. Mémoire de maîtrise de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III. Inédit.
- CALERO J., 1986. *Entr'acte au théâtre d'une expérience*. Mémoire de D.E.S.S. de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III. Inédit.
- CANNON W.B., 1927. The theory of emotions. *Amer. J. Psychol.*, n° 39, 106-124.

- CANNON W.B., 1929. *Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton. Century Crofts, New York.
- CASTORIADIS-AULAGNIER P., 1972. Le sens perdu. *Topique*, n° 7-8, 49-83.
- CASTORIADIS-AULAGNIER P., 1975. *La violence de l'interprétation*. Paris, PUF.
- CÉLERIER M.C., 1977. La Boulimie compulsive. *Topique*, n° 18.
- CÉLERIER M.C., 1978. De la causalité psychosomatique. *Topique*, n° 22, 111-133.
- CÉLERIER M.C., 1980. Projet, déconvenue, espoir d'un psychanalyste à l'hôpital. *Topique*, n° 26, 83-99.
- CÉLERIER M.C., 1985. *Médecine dure. L'hôpital en question*. Paris, Stock.
- CÉLERIER M.C., 1989. *Corps et fantasmes, pathologie du psychosomatique*. Paris, Dunod.
- CHANGEUX J.-P., 1983. *L'homme neuronal*. Paris, Fayard.
- CHÉMAMA R., VANDERMERSCH B., 1995. *Dictionnaire de la Psychanalyse*, Larousse. 1998.
- CLÉMENT C., 1969. Les Allumettes et la musique. *L'Arc*. (Winnicott).
- CLÉMENT C., 1981. *Vies et légendes de J. Lacan*. Paris, Grasset.
- COCTEAU J., 1951, *Orphée*, Film.
- COTTRAUX J., 1974. Narcissisme, pensée médicale et pensée psychotique. *Évolution psychiatrique*, 38, n° 1, 29-39.
- DAUVEN J., 1958. *L'hypnotisme, science précise*. Paris, Nouvelles Éditions Latines.
- DAVID C., 1982. Un mythe indissociable. In : *Souffrance, plaisir et pensée*. Paris, Les Belles Lettres, n° 15, 62.
- DAVID C., MARTY P., DE M'UZAN M., 1963. *L'investigation psychosomatique*. Paris, PUF.
- DAVID-MÉNARD M., 1983. *L'hystérique entre Freud et Lacan. Corps et langage en psychanalyse*. Paris, Éditions Universitaires.



- DEBRAY R., 1983. *L'équilibre psychosomatique, organisation mentale des diabétiques*. Paris, Dunod.
- DEBRAY R., 1983. Préconscient et maladie somatique. Quelques interrogations actuelles. *Revue française de psychanalyse*, 47, n° 2, 527-537.
- DEBRAY R., 1984. À propos des troubles somatiques dans l'œuvre de Freud et celle de certains de ses successeurs. *Revue française de psychanalyse*, 48, n° 5, 1 133-1 141.
- DEBRAY R., 1984. Les balancements de la symptomatologie psychosomatique dans le triangle : père-mère-bébé. In : *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson, p. 21-30.
- DEBRAY R., 1985. Adolescence et maladie somatique. Quelques réflexions actuelles. *Adolescence*, 3, n° 2, 309-319.
- DEJOURS C., 1986. *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Paris, Payot.
- DEJOURS C., MARTY P., HERZBERG R., 1980. Les questions théoriques en psychosomatique. *E.M.C. Psychiatrie*, 37 400, C 10.
- DELAY J., 1961. *Introduction à la médecine psychosomatique*. Paris, Masson.
- DEL VOLGO M.-J., 1997. *L'Instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne*. Toulouse, Erès.
- DEL VOLGO M.-J., 2003. *La Douleur du malade*. Toulouse, Erès.
- DEMANGEAT M., 1977. La causalité psychique ou la quête du sens. *E.M.C. Psychiatrie*, 37 290, A 30.
- DEROCHE S., 2001. Désir et compétition sportive. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- DEUTSCH F., 1953. *The psychosomatic concept in psychoanalysis*. New York, Internat. Univ. Press.
- DHIVERT J.-C., 1969. *Contribution à l'étude de la recto-colite hémorragique associée à la grossesse*. Thèse de doctorat, Faculté de Médecine, Université de Montpellier I. Inédit.
- DIDIER-WEILL A., 1999. In : *Lacan, Psychanalyste*. Colloque 27-28 mars 1999, Mouvement du Coût freudien, Marseille, 2002.

- DOLTO F., 1984. *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.
- DOLTO F., 1985. *La cause des enfants*. Paris, R. Laffont.
- DONGIER M., 1966. *Névroses et troubles psychosomatiques*. Bruxelles, Dessart.
- DOUCET-CARRIÈRE J.-L., 2003. *Médecine générale et formations de l'inconscient : un couple diabolisé ou la passion partagée de l'ignorance*. Grenoble, PUG.
- DUNBAR F., 1938. Notes psychanalytiques concernant l'asthme et le rhume des foins. *Psychoanalyt. Quart.*, 7-25.
- DUNBAR F., 1944. *Le diagnostic psychosomatique*. New York, Hoeber.
- DUPRÉ E., 1925. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Paris, Payot.
- ENGEL G., 1958. Studies of ulcerative colities. V. Psychological aspects and their implications for treatment. *Am. J. Digest. Dis.*, n° 3-4, p. 315.
- EY H., 1954. La mélancolie. In : *Études psychiatriques*, III, Étude 22, Paris, Desclée de Brouwer.
- EY H., 1955. Médecine psychosomatique et névroses d'organes. *E.M.C. Psychiatrie*, n° 2, 37 400, A 10.
- FAIN M., 1951. Le facteur conflictuel dans l'étiologie des ulcères gastro-duodénaux. *Revue française de Psychanalyse*, XV, n° 1, 344-355.
- FAIN M., 1957. À propos d'un cas d'hypertension artérielle. *Revue française de Psychanalyse*, XXI, n° 4, 469-484.
- FAIN M., 1957. Principes de clinique psychosomatique à l'occasion de l'investigation d'un cas de glaucome. *Revue française de Psychanalyse*, XXI, n° 2, 125-162.
- FAIN M., 1958. Une observation de gastro-entérologie. Observation du psychanalyste. *Revue française de Psychanalyse*, XXII, n° 3, 380-388.
- FAIN M., 1964. Perspective psychosomatique sur la fonction du fantasme. *Revue française de Psychanalyse*, XXVIII, n° 4, 609-623.

- FAIN M., 1981. Vers une conception psychosomatique de l'inconscient. *Revue française de Psychanalyse*, XLV, n° 2, 281-292.
- FAIN M., 1983. Les assises freudiennes de la psychosomatique. *Bulletin de la société psychanalytique de Paris*, n° 2, 3-8.
- FAIN M., 1984. *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson.
- FAIN M., 1984. Des complexités de la consultation en matière psychosomatique. *Revue française de Psychanalyse*, XLVIII, n° 5, 1 209-1 229.
- FALRET J.-P., 1882. *De l'hypocondrie et du suicide*. Paris, Caillebois.
- FAURE F., 1978. *La doctrine de M. Balint*. Paris, Payot.
- FAVEZ-BOUTONIER J., 1945. *L'angoisse*. Paris, PUF.
- FEDERN P., 1913. An example of libido displacement during the course of treatment. *Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society*. (08.01.1913). 4, 1 912-1 918. New York International Universities Press. 1975, 141-146.
- FÉDIDA P., 1971. L'anatomie dans la psychanalyse. *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 3, 116.
- FÉDIDA P., 1977. *Corps du vide et espace de séance*. Paris, J.-P. Delarge.
- FÉDIDA P., 1993. L'imagination somatique de l'interprétation dans la cure psychanalytique. *Cliniques Méditerranéennes*, Cliniques du corps en souffrance, n° 37/38, 35-45.
- FERENCZI S., 1909. Introjection et transfert. In : *Œuvres complètes*, 1. Paris, Payot, 1968.
- FINE A., 1987. Éléments d'une cure d'un sujet atteint de rectocolite hémorragique, éclairant l'économie des actings et l'hypothèse d'actings somatiques. *Revue française de Psychanalyse*, LI, n° 4, 1123-1136.
- FINE C., 1987. Le processus de conversion somatique de l'éthylisme. *Revue de médecine psychosomatique*, n° 11/12, 49-61.

- FOLCO-BERGER F., 2003. *Symptôme et structure dans la pratique clinique : de la particularité du symptôme de l'enfant à l'universel de la structure du sujet*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- FREUD S., 1887-1902. *Naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*. Paris, PUF, 1956.
- FREUD S., 1893. Un cas de guérison hypnotique. In : *Résultats, idées, problèmes*. I. Paris, PUF, 1984, 31-44.
- FREUD S., 1894. Manuscrit E. In *Naissance de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1956
- FREUD S., 1894-1934. *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1894. Psychonévroses de défense. In : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1895. Esquisse d'une psychologie scientifique. In : *Naissance de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1956.
- FREUD S., 1895. *Études sur l'hystérie*. En collaboration avec J. BREUER. Paris, PUF, 1956.
- FREUD S., 1895. Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe sous le nom de « névrose d'angoisse » In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1896. Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. In : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1900. *L'interprétation des rêves*. Paris, PUF, 1950.
- FREUD S., 1901. *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris, Payot, 1971.
- FREUD S., 1901. *Le rêve et son interprétation*. Paris, Gallimard, 1969.
- FREUD S., 1905. Fragment d'une analyse d'hystérie : Dora. In : *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954, 1-91.
- FREUD S., 1905. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris, Gallimard, 1962.

- FREUD S., 1908. Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité. In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1908. Les théories sexuelles infantiles. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969.
- FREUD S., 1909. Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (le petit Hans). In : *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954, 93-198.
- FREUD S., 1909. *Cinq Leçons sur la psychanalyse*. Paris, Payot, 1950.
- FREUD S., 1909. Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle : l'homme aux rats. In : *Cinq Psychanalyses*, Paris, P.U.F. 1954, 199-261.
- FREUD S., 1910. *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*. Paris, Gallimard, 1927.
- FREUD S., 1911. Le président Schreber. In : *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954, p. 263-324.
- FREUD S., 1912. La dynamique du transfert. In : *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1953.
- FREUD S., 1914. Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1981.
- FREUD S., 1914. Pour introduire le narcissisme. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969.
- FREUD S., 1914. Remémoration, répétition, élaboration. In : *La technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1953.
- FREUD S., 1915. L'Inconscient. In : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1952, 91-161.
- FREUD S., 1915. Observations sur l'amour de transfert. In : *De la technique psychanalytique*. Paris, P.U.F., 1953, 116-130.
- FREUD S., 1915. Pulsions et destins des pulsions. In : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1952, 25-66.
- FREUD S., 1915. Le Refoulement. In : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1952.

- FREUD S., 1916-1917. *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1951.
- FREUD S., 1917. Complément métapsychologique à la doctrine des rêves. In : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1952, 162-188.
- FREUD S., 1917. Deuil et mélancolie. In : *Métapsychologie*. Paris, Gallimard, 1952, 189-222.
- FREUD S., 1917. Sur les transpositions des pulsions, plus particulièrement dans l'érotisme anal. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969, 106-112.
- FREUD S., 1917. Le tabou de la virginité. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1971.
- FREUD S., 1918. L'homme aux loups. In : *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954, 325-420.
- FREUD S., 1919. Un enfant est battu. In : *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1975.
- FREUD S., 1920. Au-delà du principe de plaisir. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1970.
- FREUD S., 1920. Psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine. In : *R.F.P.*, 1933, 6, n° 2, 130-154.
- FREUD S., 1921. Psychologie collective et analyse du moi In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1951, 76-162.
- FREUD S., 1923. Le Moi et le ça. In : *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1970, 177-234.
- FREUD S., 1923. Psychanalyse et théorie de la libido. In : *Résultats, idées, problèmes*. II. Paris : PUF, 1985, 51-78.
- FREUD S., 1925. « Die Verneinung ». (La Dénégation). In : *Le Coq-Héron*, n° 52, Paris, 1975.
- FREUD S., 1925. Note sur le « bloc-notes » magique. In : *Résultats, idées, problèmes*. II. Paris, PUF, 1985, 119-124.
- FREUD S., 1925. Quelques conséquences psychologiques de la distinction anatomique entre les sexes. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969, 123-132.

- FREUD S., 1926. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 1968.
- FREUD S., 1927. Le fétichisme. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969, 133-138.
- FREUD S., 1927. L'humour In : *Le mot d'esprit..* Paris, Gallimard, 1930.
- FREUD S., 1930. *Malaise dans la culture*. Paris, Denoël, 1934.
- FREUD S., 1932. *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1971.
- FREUD S., 1937 . L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In : *Résultats, idées, problèmes*. II. Paris, PUF, 1985, 231-268.
- FREUD S., 1937. Constructions dans l'analyse. In : *Résultats, idées, problèmes*. II. Paris, PUF, 1985, 269-282.
- FREUD S., 1938. *Abrégé de psychanalyse*. Paris, PUF, 1978.
- FREUD S., 1938. Le clivage du moi dans le processus de défense. In : *Résultats, idées, problèmes*. II. Paris, PUF, 1985, 283-286.
- GACHELIN G., 1986. Vie relationnelle et immunité. In : *Corps et Histoire*. IV<sup>e</sup> Rencontres psychanalytiques d'Aix-en-Provence. Paris, Les Belles Lettres, 45-98.
- GANTHERET F., 1971. Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse. *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 3, 137-146.
- GARMA A., 1957. *La psychanalyse et les ulcères gastro-duodénaux*. Paris, PUF.
- GARMA A., 1962. *Les maux de tête*. Paris, PUF.
- GARMA A., 1963. L'intégration psychosomatique dans le traitement psychanalytique des maladies organiques. XXIV<sup>e</sup> Congrès des psychanalystes de langues romanes. *Revue française de psychanalyse*. 1964-1965, 28, n° spécial, 5-45.
- GARNIER P., 1987. La question psychosomatique. *Soins psychiatrie*, 82-83.
- GAUDÉ S., 2003. Psychodrame freudien et modernité. In : *Actualité du Psychodrame freudien. Sujet et Modernité*, *Revue du psychodrame freudien*. S.E.P.T., n° 143-144. Juil.-déc. 2003.

- GAUTHIER Y., 1984. Reconstruction et observation en psychosomatique des enfants. *Revue française de psychanalyse*, 48, n° 5, 1229-1242.
- GIRARD R., 1972. *La violence et le sacré*. Paris, Grasset.
- GOMEZ-SUERTEGARAY G., 1983. *À propos d'une prise en charge d'une malade psychosomatique*. Mémoire de D.E.S.S. de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III. Inédit.
- GONTARD F., 1985. Approche psychosomatique d'un jeune hyper-tendu. *Adolescence*. III, n° 2, 379-374.
- GORI R., 1975. Le Code ou la machine à signifier. In : *Psychanalyse et langage*. Parios, Dunod, 163-171. Réédité en 1990.
- GORI R., 1978. *Le corps et le signe dans l'acte de parole*. Paris, Dunod.
- GORI R., 1982. De la demande de communication au désir d'être entendu. *Entrevues*, n° 2, 15-26.
- GORI R., 1985. De l'amour en souffrance à la souffrance d'aimer. *Cliniques Méditerranéennes*, 1<sup>er</sup> semestre, n° 5-6, 5-29.
- GORI R., 1986. Contribution au débat sur l'interprétation. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 9-10, 11-48.
- GORI R., 1987. Narcissisme, théorie du moi et refoulement. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 11-12, 61-124.
- GORI R., 1987. Pour introduire la question de l'interprétation. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 11-12, 7-32.
- GORI R., 1988. Abandon. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 18-19, 145-158.
- GORI R., 1988. La répétition ou la remémoration manquée. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 17-18, 9-32.
- GORI R., 1989. La passion : une folie au féminin. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 23-24, 11-30.
- GORI R., 1989. Pour introduire la question sur mémoire et traumatisme. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 21-22.



- GORI R., 1993. La Passion de la causalité : une parole en cause, *Cliniques Méditerranéennes*, Clinique du corps en souffrance, n° 37-38.
- GORI R., 1994. La question de la causalité en psychanalyse. *Cliniques Méditerranéennes*, n° 41-42.
- GORI R., 1996. *La Preuve par la parole*. Paris, P.U.F.
- GORI R., DEL VOLGO, M.-J., 2005. *La Santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*. Pais, Denoël.
- GOROT J., 1980. Allergie, délire et processus projectif. *Psychanalyse à l'Université*, 5, n° 20, 709-714.
- GRANOFF W., 2004. *Le Désir d'analyse*. Aubier/Psychanalyse.
- GREEN A., 1973. *Le discours vivant*. Paris, P.U.F.
- GREEN A., IKONEN P., LAPLANCHE J. et coll., 1984. *La Pulsion de mort*, Paris, P.U.F.
- GRINKER R.R., ROBINS F.P., 1959. *Cliniques psychosomatiques*, Paris, PUF.
- GRODDECK G., 1913. « Nasamecu » *La nature qui guérit*. Paris, Aubier-Montaigne, 1980.
- GRODDECK G., 1916. 1<sup>re</sup> Conférence. In : *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades*. Paris, Éditions Champ Libre, 1978, I.
- GRODDECK G., 1917. 1<sup>re</sup> Lettre à Freud. In : *Ça et Moi*. Paris, Gallimard, 1977.
- GRODDECK G., 1918. 90<sup>e</sup> Conférence. In *Conférences psychanalytiques à l'usage des malades*. Paris, Éditions Champ Libre, 1979, II, 103.
- GRODDECK G., 1920. Du Ça. In : *La Maladie, l'art et le symbole*. Paris, Gallimard, 1969, 63-89.
- GRODDECK G., 1923. *Au fond de l'homme, cela*. (Le livre du Ça). Paris, Gallimard, 1963.
- GRODDECK G., 1933. Du vivre et du mourir. In : *La Maladie, l'art et le symbole*. Paris, Gallimard, 1969, 290-309.

- GROSSMAN G., GROSSMAN S., 1965. *L'analyste sauvage* G. Groddeck. Paris, PUF, 1978.
- GUEx G., 1973. *Le syndrome d'abandon*. Paris, PUF.
- GUIR J., 1983. *Psychosomatique et cancer*. Paris, Point Hors Ligne.
- GUITTER B., 1996. *Le lien du sacré et ses vicissitudes*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- GUTTON Ph., 1984. Pratiques de l'incorporation. *Adolescence*, II, n° 2, 315-338.
- GUTTON Ph., 1985. La maladie, tache aveugle. *Adolescence*, II, n° 2, 177-238.
- GUTTON Ph., BERGER M., 1978. À propos d'une observation de maladie de Crohn chez l'enfant. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XXI, fasc. 1, 57-66.
- GUTTON Ph., LEVY-LEBLOND E., 1978. Psychopathologie clinique et hépatologie infantile. *La Psychiatrie de l'Enfant*, XXI, fasc. 1, 5-56.
- HAYEM D., 1981. Le corps fou. *Topique*, n° 27, 123-134.
- HAYNAL A., 1983. À propos de la problématique des modèles en médecine psychosomatique. *L'Evolution psychiatrique*, 48, n° 4, 943-959.
- HEMMI F., 2000. *De procès en procédure. Avatars de la symbolisation de la corporéité chez l'hypocondriaque*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- ISRAËL L., 1968. *Le médecin face au malade*. Bruxelles, Dessart.
- ISRAËL L., 1976. *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris, Masson.
- ISRAËL L., 1979-1980. *Marguerite D., au risque de la psychanalyse*. Toulouse, Erès, 2003.
- ISRAËL L., 1989. *Boiter n'est pas pêcher*. Paris, Denoël.
- ISRAËL L., 1994. *Le Désir à l'œil*. Séminaire 1975-1976. Strasbourg, Arcanes, 1995

## Bibliographie

- JANET P., 1903. *Les névroses*. Paris, Flammarion.
- JANET P., 1903. *Les observations et la psychiatrie. Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, Alcan.
- JANET P., 1929. *Evolution psychologique de la personnalité*. Paris, Alcan.
- JONES E., 1948. *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1997.
- JURANVILLE A., 1954. *Lacan et la philosophie*. Paris, PUF.
- KAËS R., 1984. *Fantasme et formation*. Paris, Dunod.
- KLEIN M., 1921-1945. *Essais de psychanalyse*. Paris, Payot, 1968.
- KLEIN M., 1932. *La psychanalyse des enfants*. Paris, PUF, 1959.
- KLEIN M., 1952. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : *Développements de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1966, 247-300.
- KRAFT-EBING 1887. *Psychopathia sexualis*, Édition refondue par A. Moll, Climats, 1990.
- KREISLER L., 1974. *L'enfant et son corps*. Paris, PUF.
- KREISLER L., 1981. L'enfant du désordre psychosomatique. *Rencontres cliniques*. Toulouse, Privat.
- KREISLER L., 1987. *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse, Privat.
- LACAN J., 1932. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Paris, Seuil, 1975.
- LACAN J., 1938. *Les complexes familiaux dans la formation de l'individu*. Paris, Navarin, 1984.
- LACAN J., 1945. Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. In : *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, 197-214.
- LACAN J., 1946. Propos sur la causalité psychique. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 151-193.
- LACAN J., 1948. L'agressivité en psychanalyse. In : *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, 101-124.

- LACAN J., 1949. Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je. In : *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, 93-100.
- LACAN J., 1951. Intervention sur le transfert. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 215-226.
- LACAN J., 1953. Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 237-322.
- LACAN J., 1953-1954. S. I. *Les écrits techniques de Freud*. Paris, Seuil, 1975.
- LACAN J., 1954-1955. S. II. *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1978.
- LACAN J., 1955. Variantes de la cure-type. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 323-362.
- LACAN J., 1955-1956. S. III. *Les psychoses*. Paris, Seuil, 1981.
- LACAN J., 1956-1957. S. IV. *La relation d'objet*. Paris, Seuil, 1994.
- LACAN J., 1957. L'instance de la Lettre dans l'inconscient. In : *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, 493-528.
- LACAN J., 1957-1958. S. V. *Les formations de l'inconscient*. Paris, Seuil, 1998.
- LACAN J., 1958. La direction de la cure et les principes de son pouvoir. In : *Écrits*. Paris, Seuil, 1966, 585-645.
- LACAN J., 1958. La signification du phallus. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 685-695.
- LACAN J., 1958-1959. S. VI. *Le désir et son interprétation*. Séminaire inédit.
- LACAN J., 1959-1960. S. VII. *L'éthique de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1986.
- LACAN J., 1960. Position de l'inconscient. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 829-850.
- LACAN J., 1960-1961. S. VIII. *Sur le transfert*. Paris, Seuil, 1991.
- LACAN J., 1960-1964. Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, 793-827.

## Bibliographie

- LACAN J., 1961-1962. S. IX. *L'identification*. Séminaire inédit.
- LACAN J., 1962-1963. S. X. *L'Angoisse*. Paris, Seuil, 2004.
- LACAN J., 1964. S. XI. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1973.
- LACAN J., 1965. Hommage fait à Marguerite Duras, Du ravissement de Lol. V. Stein, In : *Ornicar*, n° 34, Automne 1985, Navarin.
- LACAN J., 1966. Du sujet enfin en question. In : *Écrits*, Paris, Seuil, 229-236.
- LACAN J., 1966-1967. La Logique du fantasme. C.R. Séminaire In : *Autres Écrits*, Paris, Seuil, 2001, 323-328.
- LACAN J., 1969-1970. S. XVII. *L'envers de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1991.
- LACAN J., 1970. Radiophonie. *Scilicet*, n° 2-3.
- LACAN J., 1972. S. XIX. « Ou ...pire » . Séminaire inédit.
- LACAN J., 1972-1973. S. XX. *Encore*. Paris, Seuil, 1975.
- LACAN J., 1973. L'étourdit. *Scilicet*, n° 4.
- LACAN J., 1973. *Télévision*. Paris, Seuil.
- LACAN J., 1974-1975. S. XXI. *Les non-dupes errent*. Séminaire inédit.
- LACAN J., 1975. Conférence à Genève sur le symptôme. *Le Bloc-notes de la psychanalyse*. 1985, 5, 5-24.
- LACAN J., 1975. Le Séminaire, Livre XXII, R.S.I., In : *Ornicar*, 5, Hiver 1975.
- LACAN J., 1975-1976. S. XXIII. *Le Sinthome*. Séminaire inédit.
- LACAN J., 1978. Le mythe individuel du névrosé. *Ornicar*, n° 17-18.
- LACAN J., LEVY R., DANON-BOILEAU H., 1953. Considérations psychosomatiques sur l'hypertension artérielle. *Ornicar*, 1987, 43, 5-17.
- LACAN J., BONNAFE L., EY H., FOLLIN S., ROUART J., 1950. *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses* Paris, Desclée de Brouwer.

- LALANDE A., 1956. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF.
- LALIVE D'ÉPINAY M., 1983. *Groddeck*. Paris, Éditions Universitaires.
- LANTERI-LAURA G., 1979. *Lecture des perversions. Histoire de leur appropriation médicale*. Paris, Masson.
- LAPLANCHE J. , 1968. Interpréter (avec) Freud. *L'Arc, Freud*, 37-46.
- LAPLANCHE J. , 1969. La sexualité. *Bulletin de psychologie*, 1969-1970, 23, n° 9-12.
- LAPLANCHE J. , 1970. *Vie et mort en psychanalyse*. Paris, Flammarion.
- LAPLANCHE J. , 1980. *Problématiques I. L'Angoisse*. Paris, PUF.
- LAPLANCHE J. , 1980. *Problématiques II. Castration. Symbolisation*. Paris, PUF.
- LAPLANCHE J. , 1980. *Problématiques III. La sublimation*. Paris, PUF.
- LAPLANCHE J. , 1981. *Problématiques IV. L'inconscient et le ça*. Paris, PUF.
- LAPLANCHE J., LECLAIRE S., 1961. L'inconscient : une étude psychanalytique. *Les temps modernes*, n° 183, 81-129.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., 1964. Fantasma originaire, fantasme des origines, origine du fantasme. *Les temps modernes*, n° 215, 1833-1868.
- LAPLANCHE J., PONTALIS, J.B., 1967. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris , PUF. 1968.
- LE BOULANGÉ Ch., 2001. Variantes de la cure-type. In : *Quarto*, n° 74, Psychanalyse pure et appliquée, Bruxelles, 2001.
- LECLAIRE S., 1966. Les éléments en jeu dans une psychanalyse. *Cahiers pour l'analyse*, n° 5, 1-36.
- LECLAIRE S., 1966. Intervention dans la discussion sur l'article de Conrad Stein, Langage et Inconscient. In : *L'Inconscient*, Paris, Desclée de Brouwer, 170-177.

## Bibliographie

- LECLAIRE S., 1968. *Psychanalyser*. Paris, Seuil.
- LECLAIRE S., 1971. *Démasquer le réel*. Paris, Seuil.
- LECLAIRE S., 1975. *On tue un enfant*. Paris, Seuil.
- LECLAIRE S., 1981. *Rompre les charmes*. Paris, Interéditions.
- LEDoux M.H., 1990. *Introduction à l'œuvre de F. Dolto*. Paris, Rivages.
- LEFÈVRE P., 1984. La psyché de la somatose en quête de névrose. Le sentier obstrué. *Revue française de psychanalyse*, XLVIII, n° 5, 1 173-1 183.
- LEGENDRE P., 1996. *La Fabrique de l'homme occidental*. Mille et une nuits/Arte Éditions, nov. 1996.
- LEMOINE G., LEMOINE P., 1972. *Le psychodrame*, Paris, R. Laffont.
- LERICHE R., 1953. *Où commence la maladie ? où finit la santé ?* Paris, Spes.
- LÉVI-STRAUSS Cl., 1949. L'efficacité symbolique. *Revue de l'histoire des religions*. 135, n° 1, 5-27.
- LÉVI-STRAUSS Cl., 1949. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris, PUF, 1967.
- LÉVI-STRAUSS Cl., 1958. *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1971.
- LÉVI-STRAUSS Cl., 1964. *Mythologiques. Le Cru et le Cuit*. Paris, Plon.
- L'HEUREUX-LE-BŒUF D., 1984. Corps malade, corps érotique : un cas d'encoprésie chez un jeune enfant. In : *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson, p. 1-10.
- LIENDO C., GEAR C., 1969. *Sémiologie psychanalytique*. Paris, Éditions de Minuit, 1974.
- LOMBART F., BERDAH S., 1985. Troubles psychosomatiques chez l'enfant. *Actualités psychiatriques*, 6, 84-89.
- MAC DOUGALL J., 1972. Scène primitive et scénario pervers. In : *La sexualité perverse*. Paris, Payot, 51-94.

- MAC DOUGALL J., 1974. The psycho-soma and the psychoanalytic process. *The international review of Psychoanalysis*, n° 1, 437.
- MAJOR R., 1970. L'affect peut-il être un « signifiant » ? *Revue française de psychanalyse*, 34, n° 5-6, 1 203-1 207.
- MAJOR R., 1970. Intervention sur l'interprétation. *Revue française de psychanalyse*, 34, n° 5-6, 846-849.
- MALEVAL J.-C., 1981. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*. Paris, Payot.
- MALLET J., 1955. Hystérie de conversion. *E. M. C., Psychiatrie*, 37 340, A 10.
- MALRAUX A., 1974. *Lazare, le miroir des limbes*. Paris, Gallimard.
- MANNONI M., 1967. *L'enfant, sa maladie et les autres*. Paris, Seuil.
- MANNONI M., 1979. *La théorie comme fiction*. Paris, Seuil.
- MANNONI M., 1983. *Les symptômes et le savoir*. Paris, Seuil.
- MANNONI O., 1964. Je sais bien ... mais quand même. In : *Clef pour l'imaginaire*. Paris, Seuil, 1969, 9-33.
- MANNONI O., 1982. *Ça n'empêche pas d'exister*. Paris, Seuil.
- MARCHAIS P., 1968. *Les processus névrotiques*. Paris, Expansion.
- MARGOLIN S.G., 1951. Étude des fonctions gastriques au cours d'un traitement psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 15, n° 1, 197-215.
- MARINI M., 1986. *Lacan*. Paris, Belfond.
- MARTY P., 1952. Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, XII, n° 3, 339-356.
- MARTY P., 1976. *Les mouvements individuels de vie et de mort. I. Essai d'économie psychosomatique*. Paris, Payot.
- MARTY P., 1980. *Les mouvements individuels de vie et de mort. II. L'ordre psychosomatique*. Paris, Payot.
- MARTY P., 1984. Des processus de somatisation. In : *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson, 101-115.



- MARTY P., 1984. À propos des rêves chez les malades somatiques. *Revue française de psychanalyse*, XLVIII, n° 5, 1 143-1 163.
- MARTY P., DE M'UZAN M., 1963. La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, XXVII, 345-355.
- MARTY P., FAIN M., 1955. Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Revue française de psychanalyse*, XIX, 205-284.
- MARTY P., FAIN M., DE M'UZAN M., 1963. *L'Investigation psychosomatique*, Paris, P.U.F., 1994.
- MARTY P., FAIN M., DE M'UZAN M., DAVID C., 1968. Le cas Dora du point de vue psychosomatique, *Revue française de psychanalyse*, XXXII, n° 4, 689-714.
- MASSON O., 1985. Thérapie familiale et maladies psychosomatiques. *Psychologie médicale*, 17, n° 14, 2083-2085.
- MATHIEU M., 1973. Contribution à l'étude du transfert dans les groupes de fonction. *Perspectives psychiatriques*, n° 41, 67-75.
- MAURY A., 1998. *Au carrefour de la loi et de la clinique*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- MAZERAN V., OLINDO-WEBER S., 1989. *Les déclinaisons du corps*. Marseille, Éditions Hommes et perspectives. Journal des psychologues.
- MAZERAN V., OLINDO-WEBER S., 1990. La somatisation limite. Du corps souffrant au sujet en souffrance. Itinéraire. *Dires, Revue du centre freudien de Montpellier*, 8.
- MAZET P., 1982. Les troubles psychosomatiques dans la grande enfance. *Rev. Péd.*, 18, n° 5, 259-264.
- MELTZER D., 1967. *Le processus psychanalytique*. Paris, Payot, 1971.
- MESCHONNIC H., 2005. *Je travaille à réhébraïser la Bible*. Le Monde, 2 février 2005.
- MEYER R., 1982. *Le corps aussi. De la psychanalyse à la somatoanalyse*. Paris, Maloine.

- MICHAUX L., GEORGES-JANET L., 1956. Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes, la répudiation des soucis matériels, affirmation d'intellectualisme pur. *Presse Médicale*, 64, n° 9, 181-183.
- MICHAUX L., GALLOT H., BENOIT Ph., 1956. De la réduction alimentaire à l'anorexie intentionnelle. *Revue de neuropsychiatrie infantile*. n° 5-6, 205-212.
- MILLER J.A., 1981. Lacan. *Ornicar*, n° 24.
- MILLER J.A., 1986. À propos des affects dans l'expérience analytique. In : *Les affects et l'angoisse dans l'expérience analytique*. Bruxelles, Actes de l'école de la cause freudienne.
- MILLER J.A., 2002. *Lettres à l'opinion éclairée*. Paris, Seuil.
- MISSENARD A., 1974. Note sur le corps, dans les groupes et ailleurs. *Bulletin de psychologie*, n° spécial groupes, 161-163.
- MISSENARD A., GELLY R., 1969. *L'identification dans la formation du médecin*. Rapport du Colloque de psychologie médicale de langue française, Barcelone.
- MISTCHERLICH H., 1956. *Die psychosomatic in der Allergie*. II<sup>e</sup> Congrès européen d'allergologie. Florence.
- MITTELMANN V.B., 1961. Affections psychosomatiques, psychose et action thérapeutique. *Revue française de psychanalyse*, XXV, n° 4-5-6, 881-884.
- MOIROT M., 1988. Le cancer, maladie de l'âme ? *Le généraliste*, n° 980, 12-14.
- MOREL D., 1987. Cancer et vie fantasmatique. *Études psychothérapeutiques*, 70, n° 4, 281-287.
- MORENO J.-L., 1965. *Psychothérapie de groupe et psychodrame*. Paris, PUF.
- MOUNIER B., 1988. Pour réfléchir sur les troubles factices avec symptômes physiques. *Revue de médecine psychosomatique*, 16, 13-19.
- MULLER C., KAUFMANN L., CIOMPI L., 1967. Le concept psychodynamique. *E.M.C. — Psychiatrie*, 37 290, A 10.

- M'UZAN M. de, 1958. Une observation d'un cas d'association ulcus gastrique et psoriasis. Observation du psychanalyste. *Revue française de psychanalyse*, XXII, n° 6, 723-732.
- M'UZAN M. de, 1966. Transferts et névrose de transfert. In : *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977.
- NASIO J.D., 1980. *L'inconscient à venir*. Paris, Christian Bourgeois.
- NASIO J.D., 1987. *Les yeux de Laure*. Paris, Aubier.
- NASIO J.D., 1988. *Enseignement de sept concepts cruciaux de la psychanalyse*. Paris, Rivages.
- NEMO P., 1975. *L'homme structural*. Paris, Grasset.
- NENNA A.D., TAINURIER C., 1983. Modèle psychosomatique et incertitude. *L'évolution psychiatrique*, 48, n° 4, 935-941.
- NEYRAUT M., 1968. À propos de l'inhibition intellectuelle. *Revue française de psychanalyse*, XXXII, n° 4, 761-786.
- NEYRAUT M., 1974. *Le transfert*. Paris, PUF.
- OGILVIE B., 1987. *Lacan, le sujet*. Paris, PUF.
- OPPENHEIMER A., 1983. Le choc de la puberté. À propos de la demande de changement de sexe. *Adolescence*, I, n° 2, 309-318.
- ORTIGUES E., 1962. *Le discours et le symbole*. Paris, Aubier.
- OVIDE L'Art d'aimer. Paris, Les Belles Lettres, 1960.
- PALMIER J.-M., 1972. *Lacan*. Paris, Éditions Universitaires.
- PANKOW G., 1969. *L'homme et sa psychose*. Paris, Aubier.
- PANKOW G., 1977. *Structure familiale et psychose*. Paris, Aubier.
- PANKOW G., 1984. *25 années de psychothérapie analytique des psychoses*. Paris, Aubier.
- PASINI W., 1982. L'approche corporelle en psychosomatique. *Psychothérapies*, 4, 207-211.
- PAVLOV J.-P., 1904. La sécrétion psychique des glandes salivaires. In : *Arch. Intern. Physiol.* 1. Œuvres choisies, Moscou, Éditions Langues Etrangères, 1954.

- PERRIER F., 1959. Psychanalyse de l'hypocondriaque. *Evolution psychiatrique*, n° 3, 413-433.
- PERRIER F., 1968. Structure hystérique et dialogue analytique. *Confrontations psychiatriques*, n° 1, 101-117.
- PERRIER F., 1968. Sur la clinique, le transfert et le temps. *L'Inconscient*, n° 6, 3-29.
- PERRIER F., 1971-1972. *Les corps malades du signifiant*. Paris, Inter-éditions, 1984.
- PESCH E., 1985. *Pour connaître Freud*. Paris, Bordas.
- PIERON H., 1957. *Vocabulaire de la psychologie*. Paris, PUF.
- PINOL-DOURIEZ M., 1984. *Bébé agi-Bébé actif*. Paris, PUF.
- PIRON H., HUBER W., VERGOTE A., 1964. *La psychanalyse, science de l'homme*. Bruxelles, Dessart.
- POMMIER G., 1983. *D'une logique de la psychose*. Paris, Point Hors Ligne.
- POMMIER G., 1985. *L'exception féminine*. Paris, Point Hors Ligne.
- POMMIER G., 1987. *Le dénouement d'une analyse*. Paris, Point Hors Ligne.
- POMMIER G., 1990. *L'ordre sexuel*. Paris, Aubier.
- PONS E., 1974. L'effet organisateur du fantasme de scène primitive dans les groupes institutionnels. *Bulletin de psychologie*, n° spécial, 34-325.
- PONTALIS J.-B., 1970. La question de la psychanalyse. *Nouvelle Revue de psychanalyse*. n° 1, 5-8.
- PONTALIS J.-B., 1977. *Entre le rêve et la douleur*. Paris, Gallimard.
- PONTALIS J.-B., 2004. *Le dormeur éveillé*. Paris, Mercure de France.
- POSSOZ P., 1989. *Conférence sur la maladie de Crohn*. Inédit.
- RAIMBAULT G., 1973. *Médecins d'enfants : onze pédiatres, une psychanalyste*. Paris, Seuil.
- RAIMBAULT G., 1975. *L'enfant et la mort*. Toulouse, Privat.
- RAIMBAULT G., 1982. *Clinique du réel : la psychanalyse et les frontières du médical ...* Paris, Seuil.

- RAIMBAULT G., ZIGOURIS R., 1976. *Corps de souffrance, corps de savoir*. Paris, Seuil.
- RAJCHMAN J., 1986. *Le savoir-faire avec l'inconscient*. Bordeaux, William Blake.
- RANK O., 1922. *Don Juan et le double*. Paris, Payot, 1973.
- RANK O., 1924. *Le traumatisme de la naissance*. Paris, Payot, 1968.
- REBUFAT P., FRECOURT J., ROUSSEAU-DUJARDIN J., TRILLING J.-G., 1982. *Le champ du laboureur*. Paris, Galilée.
- REY P., 1989. *Une saison chez Lacan*. Paris, R. Laffont.
- REY-FLAUD H., 1994. *Comment Freud inventa le fétichisme et réinventait la psychanalyse*. Paris, Payot, Rivages.
- RIFFLET-LEMAIRE A., 1970. *Jacques Lacan*. Bruxelles, Dessart.
- RIVIERE J., 1929. *La féminité en tant que mascarade*, Traduction française dans *Féminité Mascarade*, Paris, Seuil, 1994.
- ROSOLATO G., 1962. Introduction à l'étude de l'hystérie. *E.M.C. Psychiatrie*. 37 335, A 10, 1-6.
- ROSOLATO G., 1969. *Essais sur le symbolique*. Paris, Gallimard.
- ROSOLATO G., 1976. Le narcissisme. *Nouvelle revue de psychanalyse*. n° 13.
- ROUDINESCO E., 1993. J. Lacan. *Esquisse d'une vie, Histoire d'un système de pensée*. Paris, Fayard.
- ROUSTANG F., 1976. *Un destin si funeste*. Paris, Éditions de Minuit.
- ROUSTANG F., 1980. *...Elle ne le lâche plus*. Paris, Éditions de Minuit.
- ROUSTANG F., 1986. *Lacan. De l'équivoque à l'impasse*. Paris, Éditions de Minuit.
- SAFOUAN M., 1968. *Le structuralisme en psychanalyse*. Paris, Seuil.
- SAFOUAN M., 1988. *Le transfert et le désir de l'analyste*. Paris, Seuil.
- SAMI-ALI, 1974. *L'espace imaginaire*. Paris, Gallimard.
- SAMI-ALI, 1977. *Corps réel — Corps imaginaire*. Paris, Dunod.
- SAMI-ALI, 1979. Cardiologie et psychosomatique : présentation d'une recherche. *Psychanalyse à l'Université*, n° 5, 173-177.

- SAMI-ALI, 1980. *Le Banal*. Paris, Gallimard.
- SAMI-ALI, 1984. *Le visuel et le tactile. Essai sur la psychose et l'allergie*. Paris, Dunod.
- SAMI-ALI, 1985. Psychomotricité et pathologie de l'adaptation. *Thérapie psychomotrice*, n° 65, 39-47.
- SAMI-ALI, 1987. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris, Dunod.
- SANS P., 1977. Éléments pour une critique du concept de psychosomatique. *L'Evolution psychiatrique*, 42, n° 2, 261-274.
- SAPIR M., 1972. *La formation psychologique du médecin*. Paris, Payot.
- SAPIR M., 1979. Corps et filiation, filiation tissulaire, filiation de l'imaginaire. *Psychanalyse à l'Université*, 4, n° 16, 685-696.
- SAPIR M., 1979. Trouble fonctionnel ou trouble de la relation. *Revue de médecine psychosomatique*, 21, n° 4, 417-434.
- SAPIR M., 1980. *Soignant-soigné : le corps à corps*. Paris, Payot.
- SAPIR M., 1985. le corporel et le psychosomatique. *La psychiatrie française*, 5, 43-50.
- SAPIR M., 1985. *Les groupes de relaxation*. Paris, Dunod.
- SAPIR M., 1986. *Nous sommes tous des psychosomatiques*. Paris, Dunod.
- SAPIR M., et coll., 1975. *La relaxation : son approche psychanalytique*. Paris, Dunod.
- SCHILDER P., 1968. *L'image du corps*. Paris, Gallimard.
- SCHNEIDER P.-B., 1968. Rapports de la psychanalyse avec la médecine psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, XXXII, n° 4, 645-678.
- SCHNEIDERMAN S., 1986. *Jacques Lacan maître Zen*. Paris, PUF.
- SCHREBER D.-P., 1903. *Mémoires d'un névropathe*. Paris, Seuil, 1975.
- SCHULTZ J.-H., 1956. *Le training autogène*. Paris, PUF, 1964.
- SEARLES H., 1977. *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris, Gallimard.

## Bibliographie

- SECHEHAYE M.-A., 1950. *Journal d'une schizophrène*. Paris, PUF, 1978.
- SEGAL H., 1964. *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*. Paris, PUF, 1969.
- SEGAL H., 1982. *Mélanie Klein. Développement d'une pensée*. Paris, PUF.
- SELYE H., 1946. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J. Clin. Endocrinol.*, n° 6, 117-196.
- SENARCLENS M. De, FISCHER W., 1978. *Aménorrhée : féminité impossible ? Étude psycho-somatique*. Paris, Masson.
- SERRANO J.-A., 1988. Réflexions sur « une » pratique de la psychosomatique. *Revue de médecine psychosomatique*, 16, 41-53.
- SERRES M., 1985. *Les cinq sens*. Paris, Grasset.
- SHENTOUB S.-A., MIJOLLA A. de, 1973. *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme*. Paris, Payot.
- SICHEL J.-P., 1974. L'enfant psychosomatique. *E.M.C.* 37 404, A 10.
- SIGAL M., 1979. *L'image du corps chez l'alcoolique*. Mémoire de maîtrise de psychologie clinique, Directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- SILVESTRE M., 1987. *Demain la psychanalyse*. Paris, Navarin.
- SIMÉON M., ARIEL R., 1976. *Freud. L'aventure psychanalytique*. Paris, Phébus.
- SIVADON P., GANTHERET F., 1965. *La rééducation corporelle des fonctions mentales*. Paris, E.S.F.
- SOLER C., 2001-2002. *L'en-corps du sujet*. Formation clinique du champ lacanien, 2003.
- SOLIÉ P., FÉDIDA P., MONTRELAY M., CAZENAVE M., 1983. *La psychanalyse aujourd'hui*. Paris, Imago.
- SONTAG S., 1979. *La maladie comme métaphore*. Paris, Seuil.
- SOUBIRAN G.-B., COSTE J.-C., 1975. *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris, Doin.

- SPERLING M., 1949. The role of the mother in psychosomatic disorders in children. *Psycho. Som. Med.*, 11, n° 6, 337-385.
- SPERLING M., 1961. Vie fantasmatique inconsciente et relations objectales dans la colite ulcéreuse. *Revue française de psychanalyse*, XXV, n° 1, 853-862.
- SPITZ R.A., 1957. *Le non et le oui*. Paris, PUF, 1973.
- SPITZ R.A., 1958. *La première année de la vie de l'enfant*. Paris, PUF, 1963.
- SPITZ R.A., 1965. *De la naissance à la parole*. Paris, PUF, 1972.
- STEIN C., 1971. *L'enfant imaginaire*. Paris, Denoël.
- STEIMANN D., 2001. J'ai confiance en ma femme. In : *Quarto*, n° 74, Psychanalyse pure et appliquée, Bruxelles, 2001.
- STÉPHANOS S., 1986. Médecine psychosomatique et analyse de la relation d'objet. *Psychothérapies*, 4, 197-204.
- STERN A.L., 1963. Recto-colite hémorragique chez une fillette de onze ans. Début d'une psychothérapie. *Revue de médecine psychosomatique*, 5, n° 4, 382-387.
- STITOU R., 1999. *L'exil comme épreuve de l'étranger. Pour une anthropologie clinique du déplacement*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, directeur C. Bruère-Dawson, Université Montpellier III.
- SUBLIME L., 2002. *Les limbes du symbolique : confrontation du psychologue clinicien aux nouvelles émergences cliniques de la postmodernité*. Thèse de doctorat de psychopathologie clinique, co-directeur C. Bruère-Dawson et J.-F. Chatillon, Université Montpellier III.
- TAUSK V., 1919. De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie. In : *Œuvres Psychanalytiques*, Paris, Payot, 177-217.
- THURIN J.-A., PACAUD G., 1985. Pour une approche scientifique de la psychosomatique. *Psychiatrie*, 64, n° 1, 65-67.
- TRILLAT E., 1960. Oralité et langage. *Evolution psychiatrique*, 25, n° 3, 383-409.



## Bibliographie

- TRONO C., 1986. *Figures du double. L'inconscient entre corps et théâtre*. Paris, Denoël.
- ULLMO-BRUN D., 1978. L'enfant à perdre. *Psychologie médicale*, 10, n° 4, 643-650.
- VALABREGA J.-P., 1954. *Les théories psychosomatiques*. Paris, PUF.
- VALABREGA J.-P., 1957. À propos d'une angoisse dite « situationnelle » des malades. *Présences*, n° 60.
- VALABREGA J.-P., 1957. L'anthropologie psychanalytique. In : *La psychanalyse*, n° 3, Paris, PUF.
- VALABREGA J.-P., 1962. *La relation thérapeutique*. Paris, Flammarion.
- VALABREGA J.-P., 1966. Problèmes de théorie psychosomatique. *E.M.C. Psychiatrie*, II, 37 400, C 10.
- VALABREGA J.-P., 1969. La psychanalyse savante. In : *L'Inconscient*, n° 8, Paris, PUF.
- VALABREGA J.-P., 1972. Nouvelles remarques sur la formation psychanalytique. *Études freudiennes*, n° 5-6.
- VALABREGA J.-P., 1977. Le fondement théorique de l'analyse quatrième. *Topique*, n° 19.
- VALABREGA J.-P., 1980. *Phantasme, mythe, corps et sens*. Paris, Payot.
- VASSE D., 1978. *Un parmi d'Autres*. Paris, Seuil.
- VASSE D., 1983. *Le poids du réel, la souffrance*. Paris, Seuil.
- VIDERMAN S., 1968. Narcissisme et relation d'objet dans la situation analytique. *Revue française de psychanalyse*, XXXII, n° 1, 97-126.
- VIDERMAN S., 1982. *La construction de l'espace analytique*. Paris, Gallimard.
- VILLEMAIN F., 1989. *Stress et immunologie*. Paris, PUF.
- VINDREAU Ch., 1987. Le syndrome boulimique et les troubles affectifs. *Actualités psychiatriques*, 9, 55-63.

- VIVÉS J.M., 2002. *La voix et la pulsion invocante dans le champ de la psychologie clinique et de la psychanalyse*. H.D.R., Université de Nice. Inédit.
- VOGIN S., 2003. *La Maladie à point nommé*. Mémoire de maîtrise de psychologie clinique, sous la direction du Professeur C.-G. Bruère-Dawson, Université Paul-Valéry, Montpellier III. Inédit.
- VON UEXKÜLL Th., WICK E., 1962. L'hypertension de situation. *Arch. Kreislauff*, 39, n° 2-4, 236-271.
- WAELEHENS A. de, 1972. *La psychose*. Bruxelles, Nauwelaerts.
- WAJEMAN G., 1982. *Le maître et l'hystérique*. Paris, Navarin.
- WALLON H., 1945. Kinesthésie et image visuelle du corps propre. In : *Enfance*, 1976, n° 29, 60-71.
- WALLON H. 1945. *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Paris, PUF, 1963.
- WEISS E., ENGLISH O., 1949. *Médecine psychosomatique*. Neuchâtel, Delachaux — Niestlé, 1952.
- WIDLÖCHER D., 1970. Situation de la psychanalyse entre les sciences humaines et la médecine. *La revue du praticien*, 20, n° 10, 1 525-1 537.
- WINNICOTT D.W., 1945. Le développement affectif primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, 33-47.
- WINNICOTT D.W., 1949. L'Esprit et ses rapports avec le psychésoma. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 135-149.
- WINNICOTT D.W., 1951. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. *La psychanalyse*, 1959, n° 5, 21-41.
- WINNICOTT D.W., 1958. La Capacité d'être seul. In : *De la Pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 325-333.
- WINNICOTT D.W., 1960. La distorsion du moi en termes de vrai et de faux-self. *Bulletin de l'association psychanalytique de France*, 1969, n° 5, 90-106.

- WINNICOTT D.W., 1964. *Les Aspects positifs et négatifs de la maladie psychosomatique*. In : *Revue de Médecine psychosomatique*, 1969.
- WINNICOTT D.W., 1965. *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris, Payot, 1970.
- WINNICOTT D.W., 1967. La localisation de l'expérience culturelle. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1971, n° 4, 14-23.
- WINNICOTT D.W., 1967. Le rôle du miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1974, n° 10, 79-86.
- WINNICOTT D.W., 1971. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard, 1975.
- WINNICOTT D.W., 1974. La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1975, n° 4, 35-44.
- WINNICOTT D.W., 1975. *Fragment d'une analyse*. Paris, Payot.
- WINNICOTT D.W., 1989. *Lettres vives*. Paris, Gallimard.
- WOLF S., WOLF H.-G., 1943. *Fonction gastrique chez l'homme*. London, Ed. Oxford Unionpress.
- ZIMERAY C., 1984. Emilie (Psychothérapie d'un nourrisson atteint d'eczéma). In : *Corps malade et corps érotique*. Paris, Masson, 11-20.
- ZYLBERSZAC F., 1972. Problèmes psychologiques posés par l'enfant asthmatique. *La psychiatrie de l'enfant*, 14, n° 1, 149-201.

Cet ouvrage a été mis en pages par les  
PRESSES UNIVERSITAIRES DE LA MÉDITERRANÉE  
(université Paul-Valéry, Montpellier 3)

pulm@univ-montp3.fr

www.PULM.fr

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2005

