

LE CORPS OBJECTEUR D'INCONSCIENT ?

Martine Menès

Dans Champ lacanien 2010/1 (N° 8), pages 195 à 203

Le corps même muet parle, et particulièrement lors de deux manifestations qui révèlent dans la réalité, présentent même, les limites de la constitution du corps par « assèchement » de la jouissance.

Je parle d'abord du symptôme de conversion qui prend à la lettre les signifiants (ce n'est pas que dans la psychose qu'on observe ce mode de collage aux signifiants de l'Autre) et les traduit en une réalisation fonctionnelle. La conversion hystérique est, dès lors qu'elle est traduction, une formation de l'inconscient-langage, déchiffrable selon les lois du langage donc.

Le phénomène psychosomatique, PPS, n'est pas une conversion hystérique, mais presque son contraire. Dans l'hystérie, c'est connu depuis Freud, c'est le langage qui détermine les symptômes et les représentations sont littéralement traduites dans le corps. Il n'y a pas de lésions, seules certaines fonctions sont atteintes (marche, vue...) selon des lois non pas neurologiques mais langagières. L'atteinte est immédiatement réversible, à partir des associations ou même d'une intervention extérieure. Le PPS, s'il prouve l'intrication psyché / soma, désigne des phénomènes distincts de la composante psychosomatique de toute maladie, au sens où le vécu affecterait, comme le soutient la médecine psychosomatique, le cours d'une maladie, même génétique, virale ou microbienne. Le terme est de plus en plus réservé aux maladies auto-immunes qui s'attaquent à l'organisme lui-même. Le corps se met à fonctionner comme lorsqu'il rencontre un virus contre lequel il est vacciné, donc pour lequel il a déjà produit des anticorps, sans le savoir, de façon automatique.

Dans le PPS, le corps fabrique des défenses contre ce qu'il interprète, par expérience mais en toute méconnaissance, comme une attaque, et il se détruit lui-même, provoquant des lésions sans raison repérée. Le nanisme psychogène fréquent dans l'hospitalisme et les carences massives, toujours symboliques rappelle Lacan, est le même phénomène mais à l'inverse : le corps ne produit pas ou plus les hormones de croissance.

Pour aborder la question de la place de l'inconscient dans les PPS, il faut faire un détour par les mécanismes en jeu dans l'apparition du corps.

Car lorsque l'enfant paraît, c'est d'abord en tant qu'objet réel [1] Comment ce vivant s'incarne-t-il en corps ? Par des opérations qui relèvent des trois registres qui font la structure d'un sujet : le Symbolique, l'Imaginaire, le Réel.

De l'organisme au corps [2]

Je commencerai par le corps « symbolique », le découpage par le verbe, celui que j'appelle le *corps-symptôme* car métaphorique, parlé avant d'être parlant ; corps inscrit dans sa nomination par l'inconscient-langage.

C'est en effet le langage qui attribue un corps au sujet. C'est la chair qui se fait verbe et non le contraire. Le corps naît de la découpe que les signifiants venus de l'Autre font dans

l'organisme. Pas tout de l'organisme. Il y a un impossible à tout dire, à tout représenter par des mots, il y a un reste de vivant, lieu de jouissance tout autant d'angoisse. C'est sans doute ce dont parle ce petit garçon, cinq ans à peine, que des angoisses massives tiennent éveillé et qui me déclare en touchant son bras nu : « mais on n'est que de la viande ».

La conversion hystérique, dont Freud démontre dès son article de 1893 : « ...pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques le lien à la représentation et donc au langage qui la dit (ce que Freud nomme *représentant de la représentation*, nous pourrions le nommer *signifiant*), le prouve. La paralysie hystérique correspond à la conception que le patient se fait de son organe, dans l'indépendance, voire en contradiction, avec les lois de l'anatomie. Je cite Freud : « L'hystérie [...] prend les organes au sens vulgaire, populaire, du nom qu'ils portent », et elle traduit immédiatement sur le somatique (la fameuse complaisance) son conflit psychique. Par exemple, Elizabeth Von R., un des cas décrits par Freud dans *Études sur l'hystérie*, souffre d'une douleur aux jambes qui l'empêche de se tenir debout ; or, ce dont elle se plaint, c'est de manquer d'appui.

Lacan fait de l'incorporation, qu'il renomme du nom de corpsification, le « point inaugural du surgissement de la structure inconsciente. Comment se présente ce point mythique d'origine du sujet ?

Le lien entre le langage et le vivant se fait sur le corps par le biais des zones érogènes, celles qui interviennent dans les premières connexions qui organisent la dialectique entre besoin, demande et désir. Le corps est issu d'une surface, d'une enveloppe que les zones érogènes vont trouer. Freud écrit dans « le Moi et le Ça » : « le corps propre, et avant tout la surface de celui-ci, est un lieu d'où peuvent partir des sensations internes et externes [...]. Le moi est avant tout [...] la projection d'une surface

La jouissance nouée aux sensations internes et externes va être appareillée par le langage via les pulsions qui délimitent un corps. On en trouve la preuve par le désordre pulsionnel des autistes dont les orifices corporels ne sont pas « d'homestiqués » par le passage par l'Autre du langage et par la boucle autour de l'objet.

Je vais illustrer le processus par la constitution de la pulsion orale. L'*infans* est d'abord un organisme livré à ses besoins, qui souffre d'une tension indistincte. Le cri 0 (zéro) du nourrisson rencontre un autre qui l'interprète, qui va dire par exemple : « tu as faim ». Cette interprétation transforme le cri du besoin en demande supposée, corrélée à la demande de l'Autre : « mange ». L'Autre nomme aussi l'objet de l'appel et lui donne un nom, S_2 (il a un savoir sur ce que veut le bébé). Ainsi le petit sujet reçoit de l'Autre un décodage qui en imposant une signification nomme sa demande, S_1 , et fait disparaître aux entours ce que recouvrerait le sens du cri total. Perte de jouissance d'où se déduit l'objet a , perdu depuis toujours puisqu'il disparaît au moment même, au lieu même, de son origine, emportant avec lui une part d'être qui restera indicible. L'objet agira comme cause du désir à partir de sa place absente, alimentant la demande qui le supporte, toujours relancé par le manque à dire des signifiants.

Le sujet apparaît donc à la fois dans l'aliénation au(x) signifiant(s) maître(s) de l'Autre, et dans la séparation provoquée par la chute de l'objet.

Notons que la pulsion a toujours cette double face : versant signifiant, corrélé à la demande de l'Autre, versant jouissance, condensée sur l'objet. Cette face devient, comme Freud le faisait remarquer, rapidement prioritaire : par exemple, pour ce qui est de la pulsion orale, le plaisir de sucer prend le pas sur le besoin de se nourrir.

Or dans le PPS, il y aurait un court-circuit : l'appel reçoit toujours la même interprétation figée qui ne renvoie à rien au-delà du besoin qu'elle satisfait. L'exemple déjà évoqué de l'hospitalisme est éclairant : des bébés sont soignés et nourris avec exactitude, sérieux, professionnalisme. Il n'empêche : ils se balancent sans fin, présentent des retards massifs, dans tous les domaines, du développement comme de l'organique : verbal, psychomoteur, staturo-pondéral ; ils dépérissent. Et cette auto destruction, image extrême du PPS, peut évoluer jusqu'à la mort.

1Mais bien des situations de carence, symbolique toujours, ne sont pas aussi repérables. Le sujet se fige, non sous un seul signifiant comme dans la psychose, mais dans un circuit S_1/S_2 gelé où s'essouffle un désir asphyxié. Lacan nomme *holophrase* ce collage entre deux signifiants. J'y reviendrai.

Si le corps apparaît grâce à la découpe signifiante dans l'organisme, cette découpe, dans le même temps, le fragmente. Le *corps-image* vient compléter le corps-symptôme en lui donnant une consistance imaginaire. C'est la rencontre de son image qui va donner au petit sujet le sentiment de son unité corporelle alors qu'il est encore dans l'indistinction de ses limites corporelles, par exemple entre sa bouche et le sein. Une condition cependant pour que ce que Lacan nomme « le stade du miroir » ait cette fonction identificatoire : qu'une parole de confirmation accompagne la vision. Il faut que la parole de l'Autre fasse tiers arrachant le sujet à la captation par l'image [Moi Idéal $i(a)$]. D'autant que l'Autre le voit ailleurs, habillé de traits d'identification idéale [Idéal du Moi $I(A)$].

L'enfant trouve dans cette opération une nouvelle occasion de se séparer du lieu de l'Autre. Il ne se reconnaît pas mais se déduit dans ce qu'il perçoit. C'est celui qui fait fonction de représentant de l'Autre, qui le tient dans les bras, qu'il reconnaît d'abord. Il s'anticipe séparé par une opération logique de soustraction : il est ce qui dans le reflet décomplete l'image. Et l'écart entre $i(a)$ et $I(A)$ redouble celui, originaire, entre les signifiants.

Or Lacan souligne à plusieurs reprises que le registre imaginaire est prépondérant dans les PPS. Est-ce que le sujet tente d'ancrer l'insistance de son désir là où il y a trace du désir de l'Autre c'est-à-dire de son manque — dans $I(A)$ —, privilégiant la représentation plus que le représentant ?

Donc passer par les signifiants de l'Autre suppose une perte. Le vivant devient sujet mais les signifiants ne disent pas tout ; une perte réelle, de jouissance côté sujet, rencontre un manque symbolique côté Autre. Une part d'être reste sans traduction, sans mot pour le dire. Et dans la seconde opération, imaginaire, il y a encore une perte réelle car tout n'est pas spécularisable, il reste une zone d'ombre, hors image. Par exemple la libido, que Lacan appelle un organe incorporel, n'a pas le moindre reflet. Le *corps-réel* garde son statut de vivant, hors représentation langagière ou spéculaire, et ce pour tout *parlêtre*. Comment le sujet parvient-il à traiter la jouissance qui y reste attachée ? Si les phénomènes psychosomatiques manifestent la « livre de chair » restée hors sens, hors prise dans la dette de vie, fragments de miroir énigmatiques, faut-il en conclure que tout un chacun serait susceptible de déclarer un

PPS ? Ou bien y a-t-il des particularités dans la « corpséisation » qui favorisent un déclenchement de PPS ?

L'inconscient dans le phénomène psychosomatique

Le terme *psychosomatique* apparaît dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Il serait dû au psychiatre allemand Heinroth (1773-1843). Ce courant médical visait à réintroduire, comme à l'origine dans la tradition hippocratique de la médecine grecque ou dans celle traditionnelle chinoise, la dimension psychique pour rendre compte du déclenchement et de la causalité dans certaines pathologies organiques. Mais ce sont les années 40, aux États-Unis, qui voient l'explosion de ce courant en médecine.

Quand à Freud, il s'est peu intéressé à cette question, ce fut même une raison dans sa rupture avec Groddeck. Ils correspondent entre 1913 et 1926, puis Groddeck s'éloigne parce qu'il considère qu'il y a une sorte d'équivalence entre corps et psychisme qui suppose l'effet de l'inconscient dans toute maladie. Pour lui, le corps est dans les mots, et inversement. Mais ce serait Félix Deutsch qui utiliserait pour la première fois dans son article « *Psychoanalysis and internal medicine* » le mot *psychosomatique*, en avril 1927 ; tandis que Franz Alexander, qui dirigera l'institut de psychanalyse de Chicago, essaiera de dégager le phénomène psychosomatique à partir du concept freudien de conversion (1935). Il faut situer ces orientations dans le contexte des découvertes physiologiques de la première moitié du siècle sur le système neuro-végétatif. Les travaux de Selye, décrivant en 1946 le « syndrome d'adaptation », soit la réponse hormonale surrénalienne à une pression excessive pour un sujet, font toujours référence pour les recherches actuelles sur les effets physiologiques du stress. Alexander, s'appuyant sur ces notions, parlera pour certaines maladies qu'il qualifiera de psychosomatiques, de régression, de « reviviscence des réponses somatiques aux tensions émotionnelles de l'enfance », à une période très précoce, pré-langagière.

Lacan, lui, s'est à plusieurs reprises demandé que faire de la psychosomatique. Il la situe dans le *Séminaire II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse* au niveau du réel — à cette époque, le réel est encore proche du sens de réalité mais c'est une piste cependant —, « à la limite de nos élaborations conceptuelles ». Et en 1975, lorsqu'il reprend cette question dans la « Conférence à Genève sur le symptôme, il remarque à nouveau que c'est « le domaine le plus encore inexploré ».

Est-il possible de faire entrer dans l'expérience analytique du Champ lacanien ces patients que les freudiens considèrent comme inanalysables parce que ne se soumettant pas à la règle de l'association libre, et soupçonnés d'être sans fantasme, comme si le sujet divisé était radicalement séparé de son objet cause ? Je pense que l'orientation que Colette Soler soutient avec la place qu'elle nous invite à donner à l'inconscient réel devrait aider à trouver la possibilité d'accueillir les sujets souffrant de PPS.

Quelle spécificité de la clinique des PPS ? Nous l'avons vu, dans le PPS, il y a indivision entre le S_1 de l'appel et le S_2 de la réponse, toujours fixée au niveau du besoin supposé. Le désir de l'Autre reste introuvable car aucun espace ne permet d'en signaler l'énigme.

L'indivision est en français un terme juridique à l'instar de celui de jouissance. Dans l'indivision, l'un et l'autre sont distingués mais ce qui est à l'un est à l'autre. C'est une forme

de partage très paradoxal qui fait le cauchemar des séparations de couples : chacun peut jouir des 100 % mais ne possède que 50 %, dont de surcroît il ne peut se séparer puisque l'autre en a aussi la jouissance ! C'est sur cette distinction de principe cependant que l'indivision se distingue de la confusion psychotique.

C'est dans les leçons des 3 et 10 juin 1964 du Séminaire XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, que Lacan donne des indications pour comprendre le PPS. C'est à partir de l'inconnu du désir de la mère que le sujet se trouve divisé, en retour, par son propre manque ; or ce désir ne se laisse pas deviner dans ce cas. Avec pour conséquence que dans « la psychosomatique [...] l'induction signifiante au niveau du sujet s'est passée d'une façon qui ne met pas en jeu (son) *aphanisis*. » *Aphanisis* désigne le mode de présence du sujet apparaissant en éclipse entre deux signifiants, représenté par un signifiant pour un autre. Or le même signifiant se répète, le sujet se trouve dans une situation de réponse expérimentale : il réagit de façon réflexe à l'Autre « qui est là » dit Lacan. Trop là ? Trop présent d'un mode de présence trop réel ?

L'holophrase définit aussi un trouble de l'induction signifiante dans la psychose. La différence pourrait être dans le « en jeu » ; les pions sont là mais il manque la place vide pour permettre leur déplacement, pour jouer des signifiants. Lacan dans l'introduction à l'ouvrage de Jenny Aubry, *Enfance abandonnée*, parle de l'automutilation comme d'un phénomène de répétition pure. Le PPS est de l'auto mutilation *soft*, encore que certains mènent à la mort quand c'est un organe vital qui en est la cible. Est-ce que le sujet dans la répétition tente en boucle de mettre en circulation les signifiants maîtres et de créer une chaîne signifiante $S_1 \dots S_n$ sous laquelle circulerait le désir enfin possible ?

Notons que cette « affection » du système immunitaire touche plus volontiers le corps dans ses stades originaires, précoces, de découpe pulsionnelle, précisément dans sa surface, comme si faute d'une séparation symbolique efficace, le sujet avait recours à l'arrachement, laissant traces sur l'enveloppe corporelle : peau, membranes, viscères, muqueuses... et ce sont souvent des phénomènes inflammatoires. Ainsi ce bébé de quelques mois qui présente un eczéma généralisé résistant à tout traitement, et qui a pour conséquence un corps à corps permanent avec sa mère car il n'y a qu'ainsi que l'un et l'autre trouvent un peu de repos. Lorsque sa mère évoque que cet enfant est à la même place dans la fratrie qu'elle-même, mais que c'est un secret qu'elle ne partage qu'avec lui car personne ne connaît l'existence de l'enfant précédent disparu, le bébé devient cramoisi, au point que je conseille une hospitalisation. Mais quelques jours plus tard, l'eczéma a totalement disparu et ne réapparaîtra jamais. La séparation a pu se faire au niveau symbolique et non plus simplement réel.

Est-ce que dans le PPS une part d'organisme incarne la place absente d'une sorte de forclusion partielle délimitée par le PPS, inconscient réel à fleur de peau ? Et pour tenter de répondre à la question du déclenchement, peut-être suffit-il d'une mauvaise rencontre, d'une évocation qui renvoie à ce S_1 - S_2 figé pour qu'un PPS apparaisse. Notons que c'est souvent dans des situations de rupture, au sens large du terme.

À l'inverse, dans le discours hystérique, S_2 est sous la barre, radicalement séparé de S_1 , c'est pourquoi il est interprétable. Au corps victime du PPS s'oppose le corps instrumentalisé de la conversion hystérique. Le sujet porteur d'un PPS souffre d'un excès de mémoire inscrite dans le corps mais d'un manque de réminiscence, contrairement à l'hystérique.

La conversion relève de la parole, le PPS relève de l'écrit, en occurrence sur le corps à l'insu du sujet porteur du message. Les lésions psychosomatiques seraient de l'ordre de la trace inscrite mais pré-signifiante donc illisible 11. Le « motérialisme », néologisme que Lacan emploie dans « la Troisième 12 » pour parler de l'inconscient non pas structuré comme un langage mais constitué de mots / sons hors sens, l'inconscient réel donc, s'y trouve particulièrement manifeste. Elles font signe, sont symboles plus que symptômes, dit Lacan dans la leçon du 4 juillet 1956 du Séminaire III sur *Les psychoses*, signature identique à des hiéroglyphes, dira-t-il plus tard, dans « La conférence à Genève » en 1975. Cette référence à la signature — de la trace personnalisée du nom que l'on porte — fait penser que le PPS pourrait faire fonction de nomination.

Mais revenons au Séminaire II dans lequel Lacan donne au PPS une autre explication, économique, qui complète celle de l'holophrase. Je le cite : « ... certains organes sont intéressés dans la relation narcissique [...] derrière laquelle il y a [...] une masse investie de libido [...] qui joue un rôle très important dans les PPS 13. » Il y a un investissement auto-érotique de l'organe qui relève de l'au-delà du principe de plaisir, ce qui place le PPS du côté d'une fixation de jouissance. Lacan donne une indication thérapeutique dans sa « Conférence à Genève » : « C'est par la révélation de la jouissance spécifique qu'il a dans sa fixation qu'il faut toujours viser à aborder le phénomène psychosomatique. C'est en ça que l'on peut espérer que l'inconscient [...] puisse servir à quelque chose. »

Dans ce même Séminaire II, dans la leçon du 26 janvier 1955, Lacan laisse entendre que le PPS pourrait se situer au joint de l'Imaginaire et du Réel, là où il place la différenciation entre l'auto clôture du sujet et son ouverture. Le sujet par le PPS-répétition essaie-t-il de sortir de l'aliénation en provoquant la séparation ?

Si nous faisons un saut de plusieurs années, dans « La Troisième », puis dans les séminaires ultérieurs, à l'intersection des registres imaginaire et réel Lacan place la jouissance de l'Autre. C'est elle qui mal régulée par la fonction phallique serait en indivision avec la jouissance du sujet, la frontière entre les deux, bien qu'existante, ne faisant pas limite. Indivision à nouveau, cette fois côté réel.

Le PPS alors pourrait être sinon un symptôme, en tout cas un sinthome, nouant borroméennement les trois registres d'une façon particulière, à partir des nœuds de l'imaginaire et du réel. Une version de nouage différente de celle de la père-version, le nom ici étant remplacé par la lettre de la lésion, la signature.

Ce n'est peut-être pas un hasard si Lacan ouvre à nouveau le dossier sur la psychosomatique à la même période où il insiste sur l'inconscient réel ; et il me semble que c'est une voie pour accueillir dans le Champ lacanien ces « l'êtres célibataires », au sens de clos sur eux-mêmes et pourtant pas autistes.

Rio, décembre 2009

Notes

- [1]

Lacan J., « L'étourdit », *Scilicet 4*, Paris, Seuil, 1973, p. 15.

- **[2]**

Cette partie reprend des points de mon article « Prendre le corps à la lettre », paru dans *Figures de la psychanalyse*, 2006/1, n° 13.

- **[3]**

Freud S., « Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques », *Résultats, idées, problèmes, tome I*, Paris, Puf, 1984.

- **[4]**

Lacan J., « Problèmes cruciaux pour la psychanalyse », séminaire inédit, leçon du 3 mars 1965.

- **[5]**

Freud S., « Le Moi et le Ça », *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1963, p. 194.

- **[6]**

Ce qui pourrait éclairer certaines formes de dyscalculie autrement que par un déficit cognitif...

- **[7]**

Lacan J., *Le Séminaire, livre II, Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1978.

- **[8]**

Lacan J., « Conférence à Genève sur le symptôme », in *Le Bloc-notes de la psychanalyse*, n° 5, 1985, p. 5-23.

- **[9]**

Soler C., *Lacan, l'inconscient réinventé*, Paris, Puf, 2009.

- **[10]**

Lacan J., *Le Séminaire, livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973, p. 206.

- **[11]**

Voilà qui éclaire jusqu'à l'apparition des stigmates mystiques que nous pourrions interpréter comme PPS.

- **[12]**

Lacan J., « La troisième », *Lettres de l'École freudienne*, n° 16, 1975, p. 177-203.

- **[13]**

Lacan J., *Le Séminaire livre II, op. cit.*, p.119

Mis en ligne sur Cairn.info le 01/12/2017

<https://doi.org/10.3917/chla.008.0195>