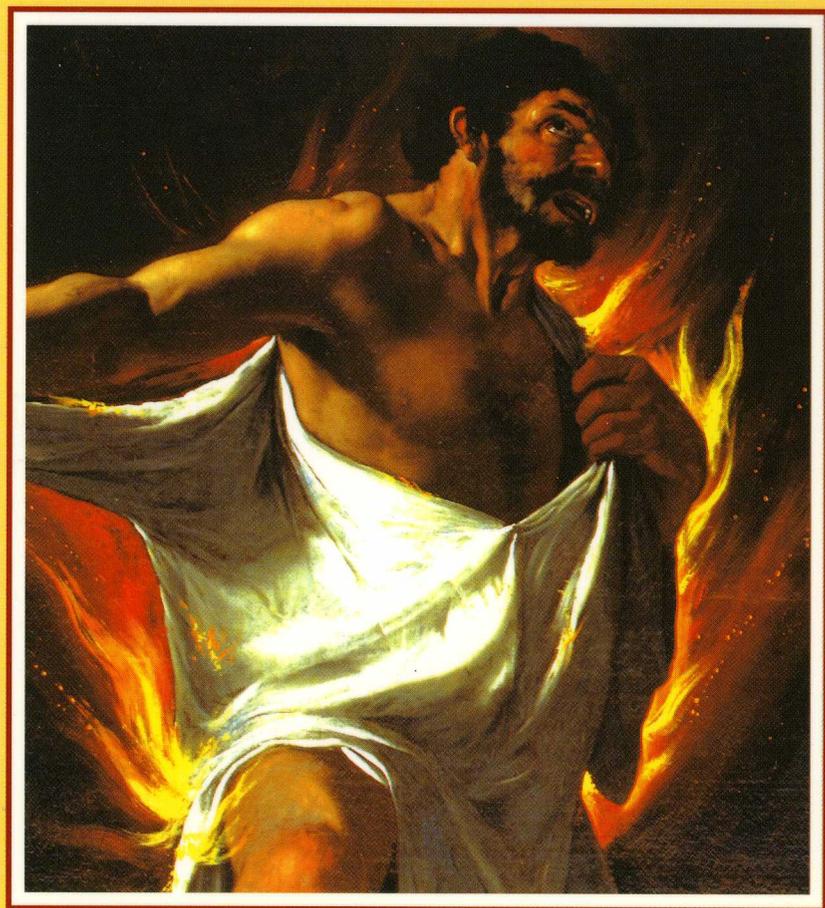


Gabriel Burloux



Le corps et sa douleur

DUNOD

Le corps et sa douleur

Collection *Psychismes*

PSYCHOLOGIE PROJECTIVE

- F. BRELET, *Le TAT. Fantasma et situation projective*
C. CHABERT
 - *Le Rorschach en clinique adulte*
 - *La Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*M. EMMANUELLI, C. AZOULAY
Les Épreuves projectives à l'adolescence
N. RAUSCH DE TRAUBENBERG, M.-F. BOIZOU
Le Rorschach en clinique infantile

PSYCHANALYSE GROUPALE

- D. ANZIEU, *Le Groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*
A. CICCONE, *La Transmission psychique inconsciente*
R. KAËS
 - *L'Appareil psychique groupal*
 - *Le Groupe et le sujet du groupe*
 - *La Parole et le lien*
 - *La Polyphonie du rêve*C. NERI, *Le Groupe. Manuel de psychanalyse de groupe*

LE MOI-PEAU ET SES CONCEPTS

- D. ANZIEU
 - *Le Moi-peau*
 - *Le Penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*G. LAVALLÉE, *L'Enveloppe visuelle du Moi*

PSYCHOSOMATIQUE

- SAMI-ALI
 - *De la projection*
 - *Corps réel, corps imaginaire*
 - *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*
 - *Le Corps, l'Espace et le Temps*
 - *Le Rêve et l'Affect. Une théorie du somatique*
 - *L'impasse relationnelle. Temporalité et cancer*
 - *L'impasse dans la psychose et l'allergie*
 - *Corps et âme. Pratique de la thérapie relationnelle*A. THOMÉ-RENAULT, *Le Traumatisme de la mort annoncée. Psychosomatique et sida*

CLINIQUE

ET PSYCHOPATHOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

- J. BERGERET
 - *La Personnalité normale et pathologique*
 - *La Violence fondamentale*J. BERGERET ET AL.
 - *L'Érotisme narcissique*
 - *La Pathologie narcissique*
 - *La Sexualité infantile et ses mythes*O. BOURGUIGNON ET AL. *Le Fraternel*
B. BRUSSET, *Psychopathologie de l'anorexie mentale*
G. BURLOUX, *Le Corps et sa douleur*
M. CORCOS, *Le Corps absent. Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires*

A. EIGUER

- *La Folie de Narcisse. La double conflictualité psychique*
 - *Le Pervers narcissique et son complice*
- F. RICHARD,
- Le Processus de subjectivation à l'adolescence*
-
- G. GIMENEZ,
- Clinique de l'hallucination psychotique*
-
- O. KERNBERG
- *La Personnalité narcissique*
 - *Les Troubles limites de la personnalité*
- G. LE GOUËS,
- L'Âge et le principe de plaisir.*
-
- M. MONJAUZE,
- La Part alcoolique du Soi*
-
- T. NATHAN,
- La Folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*
-
- C. TERNYNCK,
- L'Épreuve du féminin à l'adolescence*

PSYCHANALYSE ET CRÉATION

- D. ANZIEU, *Créer, détruire*
J. GUILLAUMIN, *Le Moi sublimé. Psychanalyse de la créativité*
S. DE MIJOLLA-MELLOR, *Meurtre familial. Approche psychanalytique d'A. Christie*
Y. THORET, *La Théâtralité. Étude freudienne*
S. TISSERON, *Psychanalyse de l'image*

LA PSYCHANALYSE ET SES CONCEPTS

- C. ARBISIO-LESOURD, *L'Enfant de la période de latence*
C. BARROIS, *Les Névroses traumatiques*
G. BLEANDONU, *W.R. Bion. La vie et l'œuvre, 1897-1979*
M. CADORET, *Le Paradigme adolescent*
A. CICCONE, M. LHOPITAL, *Naissance à la vie psychique*
F. COUCHARD, *Emprise et violence maternelles*
S. DE MIJOLLA-MELLOR
 - *Penser la psychose. Une lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier*
 - *Le Besoin de savoir*
 - *Le Besoin de croire*A. FERRANT, *Pulsion et liens d'emprise*
H. PARAT, *L'Érotique maternelle*
M. PERUCHON, A. THOMÉ-RENAULT
Destins ultimes de la pulsion de mort
R. ROUSSILLON, *Le Plaisir et la répétition*
J.-C. STOLOFF, *Interpréter le narcissisme*

DIVERS

- A. ANZIEU, *La Femme sans qualité*
R. KAËS ET AL. *Les Voies de la psyché. Hommages à Didier Anzieu*
S. TISSERON, *La Honte. Psychanalyse d'un lien social*

psychismes

collection fondée par Didier Anzieu

Gabriel Burloux

**Le corps
et sa douleur**

DUNOD

En couverture :

Francisco Zurbaran, *La mort d'Hercule*
Musée du Prado, Madrid
©Photo Scala, Florence

Conseiller éditorial : Laurent Morasz

Ce pictogramme mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du **photocopillage**.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les

établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie (**CFC**, 20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2004
ISBN 2 10 005209 8

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite selon le Code de la propriété intellectuelle (Art L 122-4) et constitue une contrefaçon réprimée par le Code pénal. • Seules sont autorisées (Art L 122-5) les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, ainsi que les analyses et courtes citations justifiées par le caractère critique, pédagogique ou d'information de l'œuvre à laquelle elles sont incorporées, sous réserve, toutefois, du respect des dispositions des articles L 122-10 à L 122-12 du même Code, relatives à la reproduction par reprographie.

REMERCIEMENTS

Jean Bergeret, Françoise Brette, Denise Colin-Rothberg, Jacqueline Cosnier, Jean Guillaumin, Jean Guyotat, ne peuvent savoir ce que je leur dois. Qu'ils en soient tous remerciés.

Mes remerciements aussi à André Beetschen, pour notre amitié et nos fructueuses différences, à Pierre Forestier qui partagea dans l'enthousiasme l'aventure de la consultation de la douleur et à Pierre Marcombes, qui nous a rejoints.

Mes remerciements enfin à Danièle Bachmann pour sa lecture avisée et à Laurent Morasz pour son aide efficace.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS V

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE

PENSER LA DOULEUR

1. Évidences et mystères de la douleur	9
La force et le sens	12
La douleur comme guérison	13
Éthymologie et linguistique	16
<i>Les Indo-Européens éprouvaient-ils de la douleur ?, 16 • Ce que nous dit la grammaire, 18</i>	
2. La douleur dans la vie de Freud	21
Le temps de la douleur physique : la relation avec Fliess	22
« Mon cœur est là dans le cercueil avec César ! »	27
Les conséquences de la mort du père	29
Les signifiants de la douleur de Freud	33
3. La douleur dans l'œuvre	37
Auto-entretien de la douleur	39
Auto-aggravation de la douleur	42

Plaisir-déplaisir	46
À l'origine, la détresse	48
L'épreuve de la satisfaction	50
« L'amour est le mal du pays »	53

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE DE LA DOULEUR

4. L'hystérique et son secret	57
Le dealer américain	57
Conversion et complaisance somatique	59
<i>Mystérieuse ou secrète ?, 59 • Convertir et converser, 60 • Deux réminiscences, 61</i>	
Le vécu douloureux d'une belle indifférente	63
Traumatisme et douleur	65
La leçon de l'hystérie	74
Pourquoi la douleur physique ?	75
5. Une douleur fossile : l'hypocondrie	79
L'histoire de Félix	79
La leçon de Ferenczi	84
Que veut l'hypocondriaque ?	86
Scène hypocondriaque et auto-érotisme	88
De quoi est fait le silence du corps ?	92
La théorisation hypocondriaque est une recherche de sens	95
La dépression de Félix	99
6. Les douleurs post-traumatiques psychogéniques	105
Les lombalgiques « psychogéniques »	105
<i>La douleur lombalgique comme réponse, 111 • Hyperactivité et répétition, 113 • La transmission intergénérationnelle, 116</i>	
Victor : un cas de psychogénie pure	120
7. Les douleurs « organiques » : tortures subies, tortures désirées	131
La douleur infligée	132

La douleur désirée : les masochistes	137
L'excès comme tentative de guérison	140
La douleur comme survie	144
Une autre cure de douleur	146
Fonctions et nécessités des fantasmes	150

TROISIÈME PARTIE

THÉORIE ET PRISE EN CHARGE

8. Une mélancolie du corps : l'algose ou névrose algique	155
Le corps bien portant est aussi une construction de la mère	157
La douleur comme trou noir : l'algose	158
Le contre-investissement	162
Hyperactivité et douleur	164
Vivance de la douleur et mortification du pare-excitations	167
Détachement, retournement, et détournement	171
La douleur physique protège-t-elle d'une lésion somatique ?	174
La douleur, bouclier devant une excitation psychique	176
9. La prise en charge des douloureux chroniques	185
Étiologies somatiques ou psychogènes	187
Psychanalyse et psychothérapie	189
Le néonarcissisme douloureux	195
Quand la régression se souvient	198
Répétitions	201
Souvenirs, souvenirs écran, souvenirs traumatiques	203
Temporalité, avant et après-coup	207
Überdeutlich et investissement latéral	208
De la plainte à l'auto-observation : rôle du double	212
Le récit associatif et le transfert	217
CONCLUSION. NARRATIVITÉ ET TRAVAIL DE L'ANALYSTE	223

ANNEXE

La consultation de la douleur à l'hôpital neurologique de Lyon	229
L'outil	231
Les principes	233
Le déroulement	233
<i>Première consultation, 233 • Deuxième consultation, 234</i>	
Le développement	235
Exemple clinique	237
<i>Exposé du docteur Marcombes, 237 • Exposé du docteur Forestier, 239</i>	
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	 243
 <i>INDEX</i>	 249

À Hélène de toujours,

À Johana, à Laura, à Clémence, et à leurs parents,

À tous les miens.

INTRODUCTION

LA DOULEUR n'est pas une donnée. Même celle du corps qui pourrait se confondre avec le pur phénomène physiologique se révèle infiniment plus complexe qu'on pourrait le croire : un coup, une brûlure, une piqûre, font mal parce qu'un dispositif neuronique le permet. Mais ce que nous ressentons est le fruit d'une acquisition.

La douleur est indispensable à la vie. Est-ce un hasard ? Elle est contemporaine de la naissance du petit d'homme et n'est alors qu'un cri ! Mais ce cri est un cri de vie. Il est une adresse à des adultes qui l'attendent et, sans que le bébé le sache encore, déjà interprété, déjà autre chose que pure physiologie. Cette dernière d'ailleurs se complexifie d'année en année et, curieusement, les neurophysiologistes nous apprennent des choses qui épaississent l'énigme de la douleur, tissent des liens avec ce que Freud le premier a pu en dire et ce que les psychanalystes pourraient en dire. Un dialogue devrait s'ouvrir.

Ce livre est issu d'une double nécessité.

Tout d'abord interne. Après plus de vingt-cinq ans de travail avec les patients douloureux chroniques, travail difficile, j'éprouvais le besoin de faire enfin ce que je n'avais jamais, et malgré mes efforts, pu faire avant : rassembler un peu mes souvenirs, organiser ma pensée à partir des réflexions, des émotions et des sentiments que m'avaient fait vivre mes patients. Non pas pour édifier une théorie, la douleur ne se laisse pas ainsi emprisonner, mais pour témoigner. Tout en ayant profondément conscience que, de toute manière, penser la douleur c'est penser l'impensable !

C'est en tant que psychanalyste que j'ai été appelé à m'occuper des douloureux chroniques. Mais le généraliste que j'avais été a eu certainement son mot à dire. Il ne m'a pas aidé ! Sauf peut-être à mieux comprendre la *furor sanandi* des somaticiens vis-à-vis de la douleur

et leur déception devant les difficultés rencontrées. Car la douleur est une rebelle. À une époque où on parle beaucoup d'elle et où elle est partout présente, elle se glisse avec adresse entre la médecine du corps, interloquée par ses propres limites, et la médecine de l'esprit, appelée à la rescousse, mais qui renâcle. Devant l'arsenal imposant de la technique médicale et des possibilités thérapeutiques modernes, devant les exigences d'une demande d'efficacité bien entretenue par les médias, cette brouilleuse de cartes comme la nomme J.-B. Pontalis qu'est la douleur, non seulement nargue et défie, mais en profite pour être une vieille dame indigne, qui se permet de plus d'être à la mode.

Certes la médecine est en crise. Elle s'est essaimée en spécialités et techniques de plus en plus pointues mais a perdu quelque peu l'art de soigner la douleur. Elle a donc créé une nouvelle spécialité, celle des « algologues » qui exercent dans des consultations et des centres de la douleur. Ces institutions doivent être agréées et leur fonctionnement est codifié.

Cela rejoint ma deuxième exigence. Les psychiatres sont souhaités ou plus exactement leur présence est exigée au sein des consultations, multidisciplinaires, instaurées par décision ministérielle pour la prise en charge de la douleur physique rebelle. Mais ils se font tirer l'oreille, ils n'ont pas été formés pour cela et la plupart d'entre eux ne se sentent pas intéressés. Quant à mes collègues analystes, ils n'ont évidemment pas été convoqués et on ne voit pas bien pourquoi ni comment ils se trouveraient confrontés à un malade douloureux chronique, sauf, bien sûr, au décours d'une cure. L'ours blanc ne rencontre pas la baleine.

Et pourtant la psychanalyse a sécrété une dimension psychosomatique dont on connaît l'importance et les développements actuels. L'école dite de Paris, autour de ses créateurs, David, Fain, Marty et de M'Uzan, a su revenir au corps pour nous apporter une conception nouvelle de la relation corps-esprit, et une compréhension à la fois heuristique et féconde de l'apparition des lésions somatiques à travers les défaillances du psychisme. Mais ils ont très peu parlé de la douleur. Ils ont plus écrit sur l'absence de souffrance morale, l'alexithymie, de leurs patients que de la douleur comme phénomène humain à prendre en charge.

Il y a maintenant plus de cent ans, c'est bien sûr le corps des hystériques et en particulier au sujet de leur douleur (morale et psychique) que Freud débutait le long travail créatif qui lui permit d'inventer la psychanalyse. La douleur est présente dans son œuvre, du début à la fin, comme elle l'a été dans sa vie, ce qui peut-être explique cette préoccupation.

Mon livre est divisé en trois parties.

Dans la première, un chapitre sera réservé à la douleur dans la vie de Freud, un autre à la douleur dans son œuvre. L'œuvre, intuitive, un peu secrète et qu'il faut explorer, est un exemple et un enseignement. La réflexion qu'elle suscite en nous apporte une lumière précieuse sur l'énigme qu'elle était, à juste titre pour lui, et qu'elle est toujours pour nous.

La deuxième partie du livre sera une étude clinique, sous un angle particulier, celui exclusif de la douleur, de trois catégories nosographiques : l'hystérie, l'hypocondrie et la névrose post-traumatique. Ce sont trois modèles différents du traumatisme et de la douleur physique (et bien sûr psychique) qu'il peut provoquer. Freud a reconnu dans ces trois entités nosographiques une origine psychogénique. L'énigme de la douleur n'en est que plus profonde. Je leur consacrerai un chapitre en insistant beaucoup sur l'aspect traumatique. On verra se dessiner rapidement le thème de l'après-coup, la douleur apparaissant donc comme l'après-coup d'un avant-coup traumatique, récent ou au contraire lointain, voire prélangagier. On sait que Freud a pensé que l'étiologie traumatique était favorable au bon déroulement d'une cure. Mon optimisme est peut-être plus mesuré, mais qu'elle soit d'origine traumatique ou pas, qu'elle soit psychogénique ou somatique, toute douleur, par sa seule existence, est elle-même une effraction traumatique et impose un deuil, donc un investissement et un travail psychiques.

Le rôle et la fonction de la douleur chez ces patients les rendent prototypiques, en font des modèles applicables à tout un chacun. Ils permettent de comprendre que le recours à la douleur physique peut éviter une douleur psychique plus insupportable, et qu'elle devient alors elle-même un symptôme psychique, une solution, voire une tentative de guérison.

La douleur subie par les torturés ou désirée par les masochistes pervers apportera à cette question quelque lumière et beaucoup d'ombre. Cette exploration des confins me paraissait indispensable.

La troisième partie sera consacrée à la théorie et la pratique de la prise en charge psychothérapique de la douleur dans le cadre d'une consultation hospitalière que j'ai créée il y a une vingtaine d'années à l'hôpital neurologique de Lyon et qui est uniquement animée par des psychanalystes. Son principe et son mode de fonctionnement seront exposés en annexe.

J'introduirai tout d'abord la notion de « névrose algique » ou « algose », néologismes qui se sont imposés à moi. L'algose consiste en un investissement, puis en une véritable culture du phénomène

douloureux, dans la régression qui se produit lorsque le corps-psyché est envahi par la douleur, quelle qu'en soit l'origine. L'algose est enracinée dans les régions les plus archaïques de notre esprit, et représenterait une aptitude différente selon les individus, à ressentir, à investir, à supporter la douleur. Elle varie en fonction des problématiques, des circonstances, et des expériences vécues par les sujets, et n'a rien à voir avec la pusillanimité ou la douilletterie. Elle possède une double valence :

- La reprise masochique de l'investissement la fait s'incruster. Elle devient alors une maladie chronique, celle des patients qui viennent nous voir à la consultation de la douleur.
- Elle est pourtant, dès l'origine, du côté de la vie. Je comparerai donc la *vivance* de la douleur et de l'hyperactivité qui la précède si souvent, des douloureux psychogéniques, à la *mortification* du parexcitations des patients psychosomatiques qui ont des lésions, mais se plaignent peu. La douleur, investie, protégerait-elle le corps ? C'est ce que commencent à penser certains psychosomaticiens. J'essaierai d'approfondir la question et d'amorcer une réponse.

J'envisagerai également la prise en charge de la douleur, après avoir étudié ses différentes fonctions, les remaniements qu'elle impose au Moi, et certaines caractéristiques du fonctionnement mental des douloureux chroniques. À savoir la régression, le néonarcissisme douloureux et la nécessité de plainte. J'opposerai dans ce fonctionnement le rôle des souvenirs ou reviviscences mémorielles traumatiques qui limitent l'élaboration psychique, à celui des souvenirs écrans que la douleur éloigne de la scène psychique.

La douleur mobilise une grande partie de l'énergie psychique. Notre travail consiste à aider le patient à la redistribuer aux investissements antérieurs, désertifiés. Le langage est le témoin de l'évolution qui va du discours stéréotypé ou répétitif des débuts à une narrativité ayant retrouvé sa polysémie. Le rôle du psychanalyste y est essentiel.

C'est ainsi qu'une patiente m'a dit, au bout de quelques mois, cette phrase magnifique :

« Le récit de la vie a remplacé le récit de la douleur. »

D'abord simplement le récit, certes, mais après, le retour de la vie.

Des exemples cliniques illustreront tous ces points.

Les élèves et les héritiers de Freud n'ont pas suivi son avancée dans l'exploration de la douleur. Et pourtant la psychanalyse, à une époque

où elle s'interroge sinon sur son avenir, du moins sur la forme qu'elle va prendre lors de ce siècle débutant, dans certains de ses aspects, aurait beaucoup de choses à dire sur les multiples problèmes que pose la douleur à notre société : douleur physique, douleur morale, que Freud n'a jamais différenciée, sauf à considérer la première comme le modèle de la seconde, d'abord parce qu'elle est primitive, ensuite parce qu'elle impose son système économique. Et puis j'ajoute que dans la misère de notre monde actuel, le corps, si investi, est l'organe privilégié pour exprimer une souffrance qui ne trouve plus toujours ses mots.

Car notre société aussi est en crise et le problème de la médecine devant les patients douloureux n'est qu'un reflet de cette crise. On a l'impression que les parents ne savent plus faire de leurs enfants des adultes. Les adolescences sont tumultueuses et iconoclastes comme sans doute elles l'ont toujours été, mais elles ne s'engagent plus vraiment dans les valeurs parentales, même revisitées par la créativité générationnelle. Tout semble basculer de façon régressive (mais s'agit-il de régression ?) dans un monde où s'installent peu à peu la violence (Bergeret 1984), l'agressivité, et la destructivité. Et j'adhère totalement à cette phrase de Ph. Jeammet :

« Au scandale du début de ce siècle créé par la découverte de la place de la sexualité infantile dans le fonctionnement et la structuration de l'appareil psychique répondrait en cette fin de siècle cet autre scandale combien plus tragique même s'il n'est pas sans lien avec le premier, que représente la capacité des humains à se faire souffrir sans limite et à ne pouvoir y renoncer. » (Ph. Jeammet, 2000)

Nos patients ne sont plus les mêmes qu'il y a un siècle, n'expriment plus leur plainte de la même manière, notre technique a évolué et je ne vois pas pourquoi nous ne retournerions pas au corps d'où tout était parti. Nous savons que beaucoup d'entre ces patients déchargent dans l'acte et le comportement, et nous les prenons en charge. Nous devrions aussi écouter ceux qui déchargent dans le corps. La douleur corporelle est l'affect régressif de notre temps.

PARTIE 1

PENSER LA DOULEUR

Chapitre 1

ÉVIDENCES ET MYSTÈRES DE LA DOULEUR

ÉTONNANTE DOULEUR, qui dès l'origine s'empare de l'homme et lui fait désirer sa cessation, qui n'est jamais entièrement physique, qui n'est jamais entièrement morale. Qui n'a pas trouvé, d'ailleurs, de mots pour différencier son expression somatique et son expression psychique, ou plutôt qui les désigne tous les deux par les mêmes signifiants : souffrance, douleur, mal, peine... Ce qui montre l'unité de l'homme : lui, ne fait pas le départ ; il sait seulement qu'il souffre.

Énigmatique douleur, et nous le verrons, à plus d'un titre. Aucune étymologie, par exemple, ne la qualifie vraiment. Aucune des racines indo-européennes ou latines ayant légué à notre langue, les mots qui la désignent, et que j'ai cités plus haut, n'expriment directement le vécu qu'elle fait subir à l'homme. Elles évoquent le travail du bois (douleur, de l'indo-européen *DEL*), la punition (peine, du latin *poena*), la mauvaise chance (mal, du latin *malus*), le fait de subir (souffrance, du latin *suffere*), mais pas cette sensation redoutée qui au début de notre vie n'est qu'un cri !

Ce court chapitre a pour but de présenter quelques arguments qui seront largement développés par la suite. La douleur est habituellement

considérée comme un mal. Toutefois ce n'est pas toujours vrai, comme nous le verrons, par exemple, à propos des masochistes pervers, mais aussi en interrogeant d'assez près une tendance récente, qui se répand dans les jeunes générations et qui les pousse à marquer leur corps de façon douloureuse, ce qui rejoint des pratiques autrefois attribuées à des peuples dits primitifs ou attachés à des conduites anciennes. Mais nous le verrons aussi, il existe chez l'être humain outre un tropisme vers la douleur bien sûr lié au masochisme, une puissance autogénique de douleur physique. Cette dernière joue un rôle important dans certaines circonstances de la vie. Elle est à la fois un retour et un recours. Comme si retrouver la vieille compagne devenue familière avait une étrange vertu, apaisante et surtout protectrice.

Car la douleur chez l'être humain est à la fois une donnée, biologique incontournable, et une construction. Un coup de marteau nous fait mal physiquement, la perte d'un être cher, nous fait souffrir moralement. Nous comprenons cela intuitivement, ou plutôt cela nous semble aller de soi, et il faut être Freud pour se demander pourquoi le deuil que nous avons à faire d'un objet perdu est si douloureux. Certes, il avait des raisons personnelles de se poser cette question, mais nous verrons qu'elle a sa pertinence, et qu'il convient d'interroger le monde de la douleur sous les angles les plus différents pour en pénétrer un peu le mystère.

J.-B. Pontalis dans son article « Sur la douleur (psychique) » (1977) qui est de loin le meilleur texte écrit sur le sujet, nomme cette dernière une « brouilleuse de cartes ». Il aurait pu écrire le même article à propos de la douleur physique, sans modifications. On sait que Freud a souvent confondu les deux, qu'il est parfois difficile de savoir de laquelle il parle, et qu'il prend volontiers la douleur physique comme modèle de la douleur morale. Cependant qui ne saurait différencier la douleur d'un coup de marteau de la souffrance d'un deuil ?

Le modèle pourrait être simple : l'effraction physique du corps et celle provoquée par l'affliction d'une perte, expliqueraient les deux modalités douloureuses et c'est bien à partir de ce mode de pensée que nous fonctionnons tous, peu ou prou. Toute douleur serait alors immédiatement ou plus tardivement compréhensible. Or il n'en est rien et l'évidence rassurante qui relie une cause à son effet est loin d'être aussi pertinente qu'on le souhaiterait. Et même si on considère qu'une des deux douleurs peut en quelque sorte déborder sur l'autre, car l'être humain a son unicité, cette explication trouve vite ses limites. Les consultations et les centres de la douleur représentent le champ actuel

qui permet au mystère éternel de la douleur humaine de se présenter à nous dans son expression moderne.

Si on a appelé des psychiatres dans ces consultations c'est parce que le modèle simple se complexifie très vite, quand il existe, mais surtout que très souvent il est manifestement, et d'emblée, hors jeu. Par exemple quand il n'y a pas d'entrée physique, ou psychique, du moins apparente à la douleur. Je pense aux hypocondriaques ou aux patients post-traumatiques. Chez ces derniers existe bien une porte d'entrée, mais elle est si minime ou si ancienne, qu'elle ne devrait pas ou plus avoir d'effet. Le psychiatre (ou le psychanalyste) a aussi été appelé car se retrouver devant une douleur, corporelle, brute, qui surgit sans trop de raison apparente est angoissant. Elle plonge l'interlocuteur du sujet douloureux au cœur de ce que j'appelle le mystère, sans armes, sans défense.

Un des aspects mystérieux de la douleur chronique est que de nombreux patients, lorsqu'ils sont pris en charge dans un cadre correct et qui devrait être rassurant, s'aggravent. Leur douleur augmente comme si le fait de lui offrir un champ d'expression lui permettait d'intensifier sa force de plainte. Cette aggravation n'a pas qu'une seule source. Elle en a plusieurs et ces sources savent allier leurs effets, s'entremêler tout en se dérochant. Elles « s'ajoutent » comme le dit Freud dans un de ses textes (« Esquisse d'une psychologie scientifique », 1895a). Certes toute douleur a le génie de retrouver les blessures, les pertes et les manques d'autrefois. Car elle est un traumatisme, le premier même des traumatismes, et la grande houle de la répétition sait les rattraper tous. Le tout est de leur trouver un sens.

Cette aptitude qu'a la douleur de s'auto-aggraver dans le cadre d'une relation établie pour l'amender, donne l'impression d'une impossibilité ou d'un refus de guérir, voire d'un besoin de souffrir, qui rappelle le modèle mélancolique de Freud. Il existe une mélancolie du corps, deuil impossible d'une perte irrémédiable et quelque fois inconnue. Nombreux sont les exemples et ils n'appartiennent pas tous à la même catégorie. Le masochisme souvent évident des patients n'est pas le seul agent en cause ou plutôt il ne représente qu'un côté de la face. Cette idée d'une incurabilité et de la tendance à l'aggravation, de la douleur, on peut la suivre dans l'œuvre de Freud du manuscrit G à *Malaise dans la civilisation* en passant donc par le texte sur la mélancolie. C'est l'exemple d'une intuition freudienne forte, qui ne trouve pas vraiment son aboutissement. Elle est importante car elle a engendré chez moi une longue réflexion, elle-même à la base du désir d'écrire ce livre. Surtout elle se trouve au centre du problème.

LA FORCE ET LE SENS

Aucune psychothérapie de la douleur physique chronique ne serait possible si les patients ne se posaient pas, plus ou moins bien, ou ne nous posaient pas la question de la force et du sens. Toutes les sensations, perceptions, impressions que nous pouvons ressentir, déclenchent un travail élaboratif psychique, qui permet de les incorporer dans le flux de notre conscience. La douleur se prête moins, et parfois pas du tout, à ce travail, et c'est d'ailleurs pour cette raison que Freud l'appelait « pseudo pulsion », sans objet, donc sans possibilité de satisfaction. Nous devons considérer que nous possédons ce que j'appelle « une aptitude à la douleur ». Dans mon esprit elle n'est pas érogène, elle est une évidence biologique. Comme telle elle n'est pas investie et la notion de douleur n'apparaît qu'avec l'augmentation d'un certain niveau d'excitation douloureuse. Peut-être est-ce cela que D. Rosé appelle « l'endurance primaire » (1997). Cette aptitude nous permet de vivre et d'accepter jusqu'à un certain point les variations d'intensité douloureuse. Qu'est-ce qui peut bien déranger un tel système ?

Cette question introduit l'aspect « construction » de la douleur. Dans notre espèce ce que nous ressentons au début de notre vie, et que Freud a appelé *Hilflosigkeit*, état sans aide, a longtemps été traduit par « état de détresse ». Dans cette détresse, comme nous le verrons au chapitre suivant, Freud distinguait l'angoisse et la douleur. La traduction de J. Laplanche : « désaide », plus proche du mot allemand, met l'accent sur la nécessité d'une aide, aide qui viendra de la mère et de l'environnement parental. On peut voir les choses ainsi : la douleur (comme l'angoisse) est immédiatement investie, car ressentie. Elle nécessite un contre-investissement pour pouvoir être supportée. On sait que pour Freud le refoulement originaire est un contre-investissement. La qualité de ce dernier va dépendre de la mère, de ce qu'elle peut proposer, de son pouvoir de consolation. Petit à petit va se produire une qualification des sensations douloureuses, certaines seront plus apaisées que d'autres, certaines seront redoutées, mais dans la complicité avec la mère. Il y aura bien sûr toujours un reste, qui fera par exemple que telle personne craindra les piqûres, ou les chatouilles, ou tel type de douleur, sans être spécialement douillet ou pusillanime. Bref, cela ira de pair avec l'histoire du développement psychique du sujet.

Par contre, et nous retrouverons là le masochisme et sa nécessité, l'enfant insuffisamment enveloppé par la chaleur, la douceur et la protection maternelle, ne pourra qu'investir les sensations douloureuses, les investir et donc les cultiver, car il ne pourra pas les dire. La douleur

peut devenir familière, habituelle et les systèmes de défense contre elle, répétitifs et pauvres : décharges motrices, cris qui n'attendent pas de réponses etc. Il peut se produire une subversion douloureuse, comme nous le verrons de manière serrée à propos de l'hypocondrie, ou des névroses post-traumatiques, dans des styles, si l'on peut dire, très différents. Dans ces cas pourra se constituer un micro espace douloureux pas vraiment interne car peu psychisé, pas vraiment externe. Mal localisé, lieu de projection d'angoisses et de douleurs archaïques, graine d'hypocondrie et de traumatophilie. Au passage nous saisissons à quel point il est difficile de préciser la nature physique ou psychique de telles douleurs précoces, qui sont au fond des réponses corporelles à une détresse psychique. Trop de force, pas assez de sens, et le psychisme reste agrippé à cette détresse.

Les auto-érotismes seront alors de mauvaise qualité, la fantasmatisation déficiente offrira peu d'espace au jeu des représentations et à l'imaginaire. Le corps siège de la douleur sera aussi le siège de décharges stéréotypées, qui se feront plus volontiers dans l'agir, le comportement, les jeux répétitifs, la violence, ou plus simplement dans un investissement massif de la réalité. La topique interne défaillante essaiera d'en trouver une, plus fiable, à l'extérieur. Mais si cette dernière se révèle défaillante, plus rien ne s'opposera à la douleur.

C'est le lieu ici de faire une première ouverture à la violence et la destructivité. J. Bergeret (1984) a consacré une grande partie de son œuvre à cette dimension, indiquée par Freud, qui a mis si longtemps à l'exploiter. Car si on part de l'idée d'un enfant devant être consolé, apaisé de sa détresse primitive, il faut considérer ce qui se passe lorsque les besoins narcissiques ne sont pas satisfaits, et là bien sûr on pense à Winnicott, non seulement il y a un manque, une déficience dans le développement du moi du sujet, mais la situation est aggravée par les composantes destructrices innées de l'être humain. Elles suivront leurs destins quand la pulsion se rapatriera sur le moi narcissique en transformant l'instinct de cruauté en masochisme.

LA DOULEUR COMME GUÉRISON

Mais il existe une autre voie de décharge paradoxale, à ce trop de souffrance accumulée, à cette faillite de la quête du sens, à ces frayages douloureux lentement gravés au cours du temps, c'est la douleur elle-même, la douleur comme tentative de guérison. Je ne parle plus là de la douleur d'un corps et d'une psyché meurtris, mais d'une douleur

issue de ce psychisme, d'une néo-douleur secondairement acquise, psychogénique, telle qu'on la constate dans l'hystérie, l'hypocondrie et les névroses traumatiques, mais qui peut aussi accompagner chacun d'entre nous, quand l'occasion se présente, soit d'une manière furtive et erratique soit de façon plus organisée, plus durable. Cette douleur-là peut aider à passer un cap.

Les liens avec l'archéo-douleur sont parfois évidents mais pas toujours. Cependant toute douleur par son existence même fait régresser le sujet qui la subit. Cette régression est temporelle, et fait retrouver les objets de l'enfance. Se retrouver dans une position infantile, c'est également réoccuper des positions psychiques oubliées : besoin de soins, de maternage, nécessité de se plaindre, qui ont une fonction défensive, à certains moments difficile.

Il y a donc une possibilité pour le psychisme de créer de la douleur. Freud l'avait découvert avec ses patientes hystériques. Mais il avait fait plus encore. Il avait compris la fonction de cette douleur : protéger la patiente d'une douleur morale plus forte encore. Le corps alors protège l'esprit. La douleur devient ainsi comme l'angoisse ou certains affects un symptôme psychique. Comme ce dernier elle est tenue par les deux bouts, formation de compromis, témoin d'un refoulement, ou d'un déni, elle sert deux maîtres à la fois.

La conversion hystérique n'est peut-être pas le modèle des autres possibilités de douleur psychogénique (hypocondrie, névrose traumatique). Nous verrons que très souvent a existé très précocement un investissement fort d'une sensation douloureuse qui aurait pu ne pas être autant investie si les circonstances avaient été différentes, et qui laisse une trace, trace secondairement surinvestie narcissiquement et devenue symptôme cardinal.

Mais l'idée de Freud reste valable, le corps et sa douleur protègent d'une souffrance morale plus intense. On comprend pourquoi je dis que dans ces cas la douleur est une tentative de guérison, voire une guérison tout court. On comprend aussi pourquoi les malades douloureux que nous voyons dans les consultations de la douleur, s'aggravent quand on désire les guérir, et résistent autant à quelque changement que ce soit. Ils sont accrochés à la maladie parce qu'elle est aussi une défense, et le masochisme les aide. Il s'agit là d'une forme que nous analystes connaissons bien, une variété de réaction thérapeutique négative.

Il peut paraître provocant de dire que, dans ces cas, la douleur est une manière de guérison, la meilleure qui s'est proposée au patient, quand il se débattait entre un besoin de punition ou un besoin de souffrir dont

les origines se perdent dans une forme vague qui confond demande de soins et nécessité de plainte. Celles là nous sont adressées.

Je vais ajouter un élément très important qui ne va pas éclairer les choses mais au contraire épaissir le mystère. Il s'agit de la question psychosomatique, et je me réfère aux travaux de l'école de Marty et à ceux, passionnants, de ses successeurs. Chez les patients dits psychosomatiques, le corps ne protège pas l'esprit : on parle chez eux de pensée opératoire, de dépression essentielle, de préconscient peu épais. Et on peut avancer aussi bien que l'esprit n'a pas protégé le corps, puisque c'est là la théorie et la découverte de Marty, de M'Uzan, Fain et David.

Or nous ne voyons pas ou très peu de tels patients dans nos consultations. Sans doute parce que leur manière d'être, une certaine acceptation de leur mal est bien supportée par les somaticiens. Ils souffrent en silence. C. Smadja a écrit un remarquable article à ce sujet, « L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle » (1999). J'ai observé depuis une vingtaine d'années que nos patients douloureux chroniques, du moins ceux dont j'ai parlé plus haut ne somatisent jamais. Comme si la douleur là encore était protectrice. Je dois préciser que les patients qui fréquentent les consultations de la douleur sont loin d'être tous psychogéniques. La plupart d'entre eux présente des lésions post-traumatiques corporelles, ou des séquelles d'affections organiques. Mais ils n'ont pas le « profil psychosomatique », ils ont surinvesti la douleur, se plaignent constamment mais ne somatisent pas. Je sais que les psychosomaticiens commencent à le penser également.

Pourquoi une douleur si investie protégerait d'une somatisation ? Peut-être par le biais de grandes possibilités régressives, d'un type particulier, qui permettent de retrouver ou de chercher une instance protectrice, maternelle, et dans la rencontre qui se fait avec nous, d'exprimer ce que tout petit enfant a fait autre fois : une plainte. « Allo maman bobo ». Encore faut-il recevoir le bisou qui guérit tout.

Car à qui s'adresse la douleur si archaïque du corps ? L'animal souffre en silence, le chat ou le chien qui a mal vient trouver son maître. L'être humain dont la destinée est de naître dépendant, appelle sa mère, et attend sa réponse. Au fil du temps la mère s'estompe mais pas sa nécessité.

La Mère : l'hypocondriaque l'a conservée au cœur de son secret douloureux ; l'hystérique l'a confondue au sein d'une scène primitive violente fascinante et inaccessible, qui l'aliène à jamais, et l'a mal reconnue ; et la victime d'un traumatisme, blessée par le dernier avatar de son destin « démoniaque », pleure son absence. Tous la réclament, et lui adressent leur plainte quand ils souffrent. Rencontre impossible ?

ÉTYMOLOGIE ET LINGUISTIQUE

« *Nihil agis dolor ! Quanquam molestus sis, nunquam confitebor te esse malum.* » (Tu agis en vain douleur, quoique tu sois importune, je n'avouerai jamais que tu es un mal.) Ciceron, *Tusculanae disputationes*

Les Indo-Européens éprouvaient-ils de la douleur ?

Étrange douleur. Pour quelque raison les hommes ont dû avoir de tout temps une répugnance à l'évoquer, et à préciser son concept. L'étymologie des signifiants qui la désigne, ou la connote, montre en effet une certaine phobie à le faire. J'ai voulu explorer les généalogies linguistiques de la douleur, et j'ai eu la surprise de constater que celle-ci surgit des rameaux, non de la racine, c'est le cas de le dire, de l'arbre. L'idée de douleur n'est pas présente dès l'origine étymologique des mots courants qui l'expriment, du moins dans notre langue et les langues apparentées. Nous le verrons, elle n'apparaît qu'après un certain temps d'évolution. Si bien qu'on peut se demander comment faisaient les Indo-Européens ou les premiers humains, pour dire qu'ils souffraient, car c'est là un mystère : les racines, (indo-européennes puis sanscrites) qui plus tard dans les langues filles dérivées (grec, latin pour nous) ont donné naissance aux mots signifiant la douleur, ne contenaient nullement cette notion au début.

J'ai consulté ces racines indo-européennes, suivi les transformations et déformations de sens et de formes des mots, en pensant que leur cheminement avait dû conserver une trace signifiante. Après tout, nous ne connaissons jamais la douleur de nos patients, seulement les mots qui essaient de la dire.

Le mot douleur lui même vient d'une racine indo-européenne (IE) *DEL-I* qui exprime l'idée de tailler, morceler. Elle a donné le sanskrit *Dalati*, il éclate. Nous trouvons en grec *Dai-Dalos*, travailler avec art, et en latin deux mots : *Dolare*, tailler le bois (d'où *Dolabra* : *Dolabre*, sorte de hache) et *Dolere*, souffrir. Ils ont donné en français, le premier : « doloire », instrument de tonnelier, et le second « douleur ». Soulignons que la notion de douleur vient de l'usage de l'instrument, la *Dolabre* probablement dangereuse, et par extension, d'autres instruments : *lumbos fuste Dolare*, caresser les reins avec un bâton. *Dolere*, forme verbale en quelque sorte factitive, sans doute issue secondairement de *Dolare* signifie à proprement parler : être travaillé par la *Dolabre* ou recevoir des coups. Si bien que le mot le plus courant pour désigner le fait de souffrir, le mot douleur, a pris naissance à partir d'un résultat, celui

provoqué par le fait de recevoir des coups. Le concept de douleur est un incident étymologique de parcours, mais n'est pas à l'origine.

Il faut signaler ici que le mot français « dol », qui semble proche parent de « douleur », fait partie d'une autre lignée, provient d'une autre racine *DEL*, la racine *DEL-III*, signifiant viser à, d'où le grec *Dolos* piège, ruse, le latin *Dolus*, ruse, et le mot français dol, tromperie. Quant à l'étymologie de « deuil », elle est incertaine, le mot viendrait peut-être d'un mot *Dolus* différent du *Dolus* précédent, et qui serait un nom verbal tardif dérivé de *Dolere*, appartenant au latin vulgaire du III^e siècle, et signifiant peine morale, chagrin.

La racine IE *BHER-II* signifie porter. Elle a donné le sanskrit *bharami*, le grec *Phero*, le latin *Ferre* qui ont la même signification. Le latin *Sufferre* (*sub ferre*) supporter, a donné le français « souffrir » qui signifie aussi supporter (comme dans : je ne peux le souffrir). Nous voyons que dans ce cas aussi la signification douloureuse est déviée de l'acception première.

Même chose avec le mot « peine ». La racine IE *KwEI-I* signifie : faire payer. Par l'intermédiaire de *KwOINA*, elle a donné le sanskrit *Cayate*, il punit, le grec *Poinê*, rançon, le latin *Poena*, rançon à payer pour un meurtre, réparation, vengeance, châtement, punition et aussi souffrance. Le français : peine a gardé les deux dernières significations.

Le mot « mal » vient du latin *Malus*, qui exprime l'idée de méchanceté, de ruse mais aussi de maladie, ce que retrouve le français avec malice, malignité, malin, le Malin, maladie et l'expression : avoir mal. Là encore c'est le méchant qui provoque la douleur.

« Chagrin » et « affliction » ne semblent pas avoir de racine Indo-Européenne. « Chagrin » proviendrait du germanique *Gram* (chagrin) qui en passant par *graim* aurait donné le vieux français graigner puis grigner, en gardant le même sens. Le mot « chat » serait mêlé à l'histoire du mot. Quant à affliction, il vient directement du latin *affligere* (*ad fligere*) : rapper (à) donner des coups à.

Deux autres signifiants un peu éloignés mais voisins, « détresse » et « angoisse », présentent la même caractéristique d'éloignement du sens primitif. Dans les deux cas le sens originare des deux racines Indo-Européennes est relié à la même idée de resserrement. Pour « détresse » nous avons l'IE *STREIG* : idée de raideur, de serrer. Le grec *Stragos* : exprimer goutte à goutte, le latin *Stringere* : serrer presser et *Distringere* : attacher, enchaîner, retenir, empêcher. Le latin populaire *Districtia* : chose étroite, et le français détresse.

« Angoisse » vient de l'IE *AUGH* : serrer, qui par l'intermédiaire d'*AMHAAH*, étroitesse, a donné le latin *Angere*, serrer, étrangler, tourmenter et *Angustiae* resserrement, passage étroit, tourment. En ancien français le mot angoisse signifiait à la fois : étroitesse, défilé, et d'autre part angoisse et colère (cf. l'anglais *anger*). Il faut noter ici le passage d'un affect très primaire, l'angoisse à un autre affect, plus défensif qui est la colère.

Tous ces mots ont une origine qui permet de comprendre comment ils ont pu arriver à signifier la douleur, mais on voit qu'au départ ils ne la signifiaient pas. La douleur apparaît comme une conséquence, celle de coups reçus, ou celle d'une vengeance, d'un châtement, d'une méchanceté, mais pas comme un concept basal allié à la racine primitive. Comment ne pas reconnaître là le point de vue d'un enfant ? Ce monde infantile et enfantin où la douleur est toujours provoquée par l'autre, le méchant, ou méritée comme punition parce que soi-même on a fait le mal ?

La seule exception à cette nécessité seconde d'apparaître dans l'évolution d'une langue, est grecque. Le mot grec *Algos* signifie douleur et uniquement douleur sans autre idée de cause ou de raison d'être. Il nous a donné *algie*, utilisé en suffixe.

L'absence d'origine étymologique propre me fait penser que pour l'être humain, peut-être depuis toujours – depuis l'âge d'or ? – l'état normal est un état sans douleur, qui n'a pas besoin d'être nommé ou conceptualisé car il va se soi, et qu'il n'y a pas de raison non plus de désigner son antonyme, l'état douloureux, qui lui n'existe que comme conséquence. Au fond n'est-ce pas ce que nous voudrions tous penser ?

Ce que nous dit la grammaire

La grammaire nous apporte un autre éclaircissement sur la psychologie de la douleur, par la manière de l'exprimer quand on la ressent. Les latins pouvaient le faire de diverses façons à partir du verbe *Dolere* souffrir.

Prenons par exemple un mal aux yeux : *Doleo oculos*, ou *Doleo ab oculis*, ou *Dolent oculi*, telles étaient les formes utilisables en latin. En français cela donnerait : je souffre les yeux (accusatif) je souffre par les yeux (ablatif) ou les yeux souffrent (nominatif). Dans cette dernière forme les organes souffrants deviennent sujets et non plus objets, de la douleur. Le latin pouvait également comme le français utiliser la préposition de : *Doleo de aliquo*, je souffre de quelque chose. Le datif pouvait aussi être employé : *Mihi dolet*, ça fait mal à moi, ça me fait

mal. Cette forme est toujours utilisée de façon préférentielle en italien : *Mi duole la testa* et en espagnol : *Me duele la cabeza*. La tête me *dole*, dirait-on en français si le mot avait survécu.

Le nombre de formes disponibles pour exprimer la douleur montre combien l'homme a de peine à la préciser et le besoin qu'il a de le faire. En français le vieux mot *doloir*, (ou *dolir* ou *douloir*) a donc disparu et laissé la place à souffrir. On a vu comment la racine dont il était issu était polyvalente. Je me demande donc pourquoi la douleur a perdu son verbe dans notre langue alors que la souffrance l'a gardé. Le vieux mot français avait l'avantage d'être polysémique car il signifiait à la fois : souffrir, se plaindre (*molt se dolent* : beaucoup se lamentent) et faire souffrir (ce n'est la que me *deult* : ce n'est pas ce qui me fait souffrir). Ce qui montre à quel point la douleur est transitive, qu'elle peut confondre le sujet et l'objet, celui ou la chose qui la dispense et celui qui en souffre. Un proverbe russe ne disait-il pas « le manche du knout relie celui qui le donne et celui qui le reçoit » ?

La polyvalence de ce mot ouvre à l'aspect sémantique des signifiants de la douleur. Il est inutile de préciser à un être humain l'aspect dénommatif de ces signifiants. Il les saisit et les emploie, mais que l'on dise « maman bobo ! » ou « j'ai mal » ou « je souffre ! » ou n'importe quoi qui exprime la douleur, on dit à la fois tout, et jamais assez. « Les mots sont trop étroits pour les émotions » disait Balint, et ils le sont pour la douleur aussi. Les questionnaires précis des consultations de la douleur tentant de préciser la qualité de ce qu'éprouvent les patients montrent vite leur limite et leur inutilité. De même essayer de discerner quelle éventuelle différente connotation le mot souffrance apporte au phénomène douloureux, que ne renfermerait pas la douleur, est un pur jeu de l'esprit. La souffrance serait du côté du vécu, la douleur du côté de la sensation. Mais certains disent douleur là où d'autres disent souffrance. Le monde de l'affect douloureux est un tourbillon composite et violent. On voudrait faire comprendre sa douleur, on ne peut que la dire. C'est pour cela que la langue offre tant de possibilités grammaticales de le faire. Aucune n'est jamais satisfaisante. L'homme qui a mal est plus près du cri que du vocabulaire, et aussi plus proche de ce que j'appelle les affects primaires : rage, colère, violence et des décharges psychiques ou motrices, qui vont avec. D'ailleurs au XVII^e siècle le mot douleur par exemple, signifiait outre ce qu'il nous dit aujourd'hui, les affects qui l'accompagnent : irritation, ressentiment, dépit : « Tournez votre douleur contre vos ennemis » (Racine, *Iphigénie*).

Nous pouvons tout de même exprimer la douleur, dans notre langue de diverses manières, comme les Latins. Par exemple : je souffre de

la tête, la tête me fait souffrir, me fait mal. ou j'ai mal à la tête. Sans compter toutes les possibilités offertes par les autres signifiants de la langue qui, lorsqu'on les utilise quand on veut communiquer avec l'autre ou avec soi-même, peuvent donner au locuteur l'impression d'un contrôle illusoire par le langage ainsi que celle de se dérober à l'inéluctable de la douleur, en en précisant la sensation. Mais la langue a ses limites et sur le problème difficile de la douleur, elle en dit long par ses mots, mais plus encore par ses manques. Eux nous disent l'indicible.

Je pense que l'homme qui souffre et se sent impuissant essaie d'avoir une action sur sa douleur. Aussi parle-t-il. Vaut-il mieux être actif, être le sujet : *Je* souffre, ou l'objet passif : la maladie *me* fait souffrir ? Est-ce un mouvement de reddition ou de stoïcisme ? ou un appel, une demande d'aide ? Comme la locution latine écrite en exergue, toutes ces formulations linguistiques de l'expression de la souffrance humaine me paraissent des tentatives dérisoires et émouvantes de réaliser un vieux désir : mettre à distance et contrôler la vieille ennemie.

Chapitre 2

LA DOULEUR DANS LA VIE DE FREUD

DANS SON INTRODUCTION à son livre sur l'auto-analyse de Freud, Didier Anzieu fait cette remarque à propos de l'inventeur de la psychanalyse :

« Plus tard il a eu fort justement conscience d'avoir été, dans son domaine propre, un génie, et pour le reste de sa vie, un homme ordinaire. »
(Anzieu, 1975)

On ne peut guère séparer l'homme génial de l'homme ordinaire. De même les écrits autobiographiques et auto-analytiques (disséminés dans les lettres à Fliess, *L'Interprétation des rêves*, la *Psychopathologie de la vie quotidienne*, etc.) et le corpus théorique ne peuvent non plus être dissociés. Or dans la vie de l'homme ordinaire aussi bien que dans l'œuvre géniale, nous retrouvons la douleur, fortement intriquée, prise dans la masse, et fonctionnant comme une origine.

Comment un analyste pourrait-il s'empêcher d'être un peu historien et freudologue quand les textes lui livrent le moment émouvant de la création de la psychanalyse, autour des années 1895-1900. En revisitant le paysage pourtant familier des lettres à Fliess, où la présence de

douleur est constante on apprend beaucoup. Pour celui qui s'intéresse à la douleur il y a deux raisons d'interroger la vie de Freud.

La première est qu'il a connu la douleur physique pratiquement toute sa vie. Avant le cancer de 1923, puis avec ce cancer jusqu'à la mort. Lors de la première période, il s'est comporté vis-à-vis de son ami Fliess comme les patients des consultations de la douleur se comportent avec les médecins. Il est en quelque sorte un patient typique. Il est dans une plainte continuelle. Nous pouvons ainsi voir quel sens avait la douleur pour ce « patient » privilégié, ce qu'il en a fait, et aussi ce qu'il n'a pas fait et que peut-être il aurait pu faire. Surtout nous pouvons imaginer quel travail psychique est possible avec les patients douloureux.

Après l'apparition du cancer, et donc d'une douleur qui devait durer jusqu'à sa mort, Freud arrête sa plainte. Il nous montre peut-être ce qu'une telle douleur peut devenir quand de fortes motivations existent par ailleurs, ce qu'il appelait une diversion.

La deuxième raison est plus théorique et concerne ce qu'il est convenu d'appeler l'énigme de la douleur. Nous verrons que le lieu de l'énigme n'est peut-être pas là où on le met, et que le secret demeure. Nous verrons surtout que le surgissement inopiné du questionnement freudien sur le sujet, dans le corpus théorique, peut déclencher chez le lecteur une réflexion fructueuse, guidée par les étonnantes intuitions de Freud, qu'il n'a pas pourtant développé. Nous verrons aussi qu'on peut ne pas partager ses constats pessimistes.

Ainsi Freud, par son expérience de la douleur nous fournit un exemple à certains égards irremplaçable, et à travers les interrogations qu'elle a sans doute suscitées dans la théorie, nous présente un modèle... à ne pas toujours suivre.

LE TEMPS DE LA DOULEUR PHYSIQUE : LA RELATION AVEC FLIESS

On est très étonné lorsque l'on connaît le stoïcisme et le courage dont fit preuve Freud lors de l'évolution du cancer de la mâchoire qui fut un terrible supplice et qui devait l'emporter, de constater sa sensibilité aux nombreuses petites affections et maladies qui nous sont révélées dans les textes à notre disposition. La liste en est longue : bronchites et affections des voies aériennes supérieures, rhinites, sinusites suppuratives, migraines – ou plutôt, semble-t-il céphalées –, colites, malaises intestinaux, constipation, indigestions fréquentes. En 1914 son *Leibarzt* lui fit passer, de crainte d'un carcinome, une rectoscopie qui se révéla

négative. « Ce ne sera rien pour cette fois » dit Freud (Schur, 1975, p. 345). Il faut ajouter à cette liste, des furoncles, des anthrax, des angines et même un phlegmon de l'amygdale, ainsi qu'une propension à des phénomènes vagues et aux risques d'évanouissement ; cela sans compter les troubles physiques provoqués par l'angoisse, en particulier les crises d'angoisses de mort (*Todesangst*) qui le frappaient souvent et qui peut-être expliquaient aussi les malaises « cardiaques » si souvent ressentis. Car Freud était hanté par l'idée de la mort. Il y songeait tous les jours, ce qui ne signifie pas pour autant qu'il la craignait : « Adieu il se pourrait que vous ne me revoyez jamais plus » avait-il l'habitude de dire, en quittant ses amis. (Jones, t. 3 p. 319).

De façon superstitieuse, il se fixait des dates de mort et quand le terme était dépassé il en fixait une autre, vivant un peu plus confortablement dans un espace ainsi protégé, jusqu'à la prochaine échéance. Ce fut 40, puis 41 et 42 ans, ce fut 51 puis 61 et 62 ans et enfin 80 et demi, date de la mort de son père Jacob et de son frère Emmanuel. Il mourut en fait en 1939 à l'âge de 83 ans.

Nous pouvons remarquer que les différents troubles dont je viens de parler ne sont pas des symptômes symboliques. Ils ne sont pas l'expression somatique d'une dynamique psychique, expression du refoulement. Ils ne sont donc pas hystériques. Ce sont des symptômes fonctionnels.

La série digestive et les troubles anxieux font penser à ce que Freud avait constaté dans les névroses actuelles : transformation immédiate de l'excitation en angoisse et en signes physiques (éventuellement en douleur), sans la participation du moi qui signe le conflit psychique et donc la névrose. D'ailleurs lui-même se reconnaissait un état de neurasthénie. « J'ai un grand talent pour me plaindre » dit-il un jour (E. Jones, t. 1, p. 188). Mais la plainte n'empêchait pas le stoïcisme, et il pouvait répondre à E. Jones qui s'apitoyait sur le gros rhume qu'il avait, « C'est purement externe, l'être intérieur est intact » (*ibid.* p. 187). Et nous verrons que ni ses petites maladies, ni plus tard les douleurs de son cancer n'ont pu arrêter son travail clinique ou gêner sa puissance créatrice.

La série infectieuse, respiratoire ou autre, serait peut-être du côté psychosomatique au sens de l'école de Paris. Mais je n'explorerai pas cet aspect nosographique, qui n'est pas mon propos. Je préfère voir, dans ce que nous savons de l'homme Freud, ce qui, d'une part, fait de lui le patient exemplaire dont je parlais plus haut, et d'autre part, ce qui l'a poussé à essayer non seulement de comprendre ses patients, mais de se comprendre lui-même et de s'auto-analyser.

Parce que la douleur, chez l'homme est toujours adressée à l'autre et que l'intersubjectif est aussi important que l'intrasubjectif, c'est dans cette ouverture à autrui qu'elle cherche à trouver un sens. Or Freud avait besoin pour fonctionner, d'être en relation avec un homme, sorte de double, narcissique et homosexuel, avec lequel il entretenait des rapports ambivalents :

« L'intimité d'une amitié, la haine pour un ennemi furent toujours essentiels à ma vie affective ; je n'ai jamais pu m'en passer, et la vie a souvent réalisé mon idéal d'enfant si parfaitement qu'une seule personne a pu être l'ami et l'ennemi. » (Freud, 1900, p. 412)

Dans les années quatre-vingt-dix, cet homme fut Fliess. Nous verrons à quel point cette notion de double est importante dans la prise en charge thérapeutique des patients douloureux. Elle est essentielle dans le processus d'installation de la relation, et l'évolution de l'ambivalence qui ne peut manquer de surgir, est la matière première sur laquelle le travail est possible.

C'est du côté du père, le vieux Jacob, qu'il faut rechercher l'origine des relations difficiles de Freud avec les hommes, vite vécus comme des rivaux. « Il pouvait aimer et haïr avec autant d'intensité » nous dit M. Schur. De Brucke le maître au regard terrible, pourtant admiré, à Ferenczi, l'élève turbulent et doué, vizir secret et grand paladin, en passant par Breuer, un peu plus âgé, figure paternelle encore, à Fliess, l'ami du début, puis aux élèves, Jung, Rank, et tous les autres, la liste de ces hommes est longue.

Dans la correspondance avec Fliess, nous pouvons observer comment l'ambivalence pouvait se manifester, puis se développer chez Freud au cours d'une relation amicale. Les premières lettres sont passionnées et prennent même le tour d'une correspondance amoureuse. C'est l'époque où les deux amis très fusionnels, très régressifs, échangeaient leurs idées et aussi, dans une sorte d'hypocondrie joyeuse, comme deux adolescents, leurs petites misères. Ils en partageaient quelques-unes, telles les rhinites et sinusites, ainsi que les « migraines » ou les céphalées qui en résultaient et Freud ne nous épargne pas ses suppurations nasales qui ne l'empêchent pourtant pas de se sentir souvent en pleine forme. Il est dans la fièvre de sa pulsion épistémologique, de son désir de découvrir le mystère de « la psychologie » (ce sera : « Esquisse d'une psychologie scientifique ») et de l'âme humaine. On est frappé de voir avec quel enthousiasme Freud adhère au début et pendant longtemps aux théories étranges et folles de son interlocuteur (comme celles des périodes, réglant aussi bien la vie des hommes que la vie des femmes,

ou celle de la névrose nasale réflexe) qui proposent une compréhension du psychisme, sans aucun rapport avec celle de la théorie freudienne du conflit intrapsychique, et de l'origine psychogène de la névrose. Et il se met vis-à-vis de lui en position de dépendance voire de soumission.

La correspondance entre Fliess et Freud n'a pas été traduite en français dans sa totalité. On ne peut donc saisir dans l'édition française quelle régression a permis entre les deux hommes, l'expression sans retenue et pour tout dire impudique, qu'ils ont de leurs problèmes somatiques. Freud ne le savait pas encore mais il fit de Fliess, par manque d'analyste, faudrait-il dire, un objet de transfert. La grande spontanéité de son écriture donne à son style un ton proche de la libre association d'une séance d'analyse, qui relâche un peu la censure et permet une plus facile expression de l'inconscient (Schur, p. 61)

Donc les deux amis partageaient certaines affections du sinus et du nez, mais dans leurs échanges, Fliess qui semble-t-il, supportait mieux la douleur, apparaît comme celui qui soignait l'autre, ce qui augmentait son ascendant. Si la douleur et la maladie les rapprochaient, ce sont elles qui commencèrent à ébranler un peu leur amitié. Freud ne pouvait pas vraiment accepter les explications étiologiques de Fliess au sujet des malaises qu'il éprouvait. Plus exactement il n'y croyait qu'à moitié. Lorsqu'il ressentit en 1895, de violentes douleurs cardiaques, inquiétantes (« On a besoin, en pareil cas, d'être secouru » écrit-il à son ami), dont le caractère et les irradiations lui firent soit redouter une origine organique, soit se demander « s'il était atteint d'une dépression raisonnablement motivée ou bien hypocondriaque », Fliess les imputa aux « périodes », à la « névrose nasale » et surtout à la nicotine, et lui enjoignit donc de cesser le tabac. Ni à cette occasion, ni plus tard dans sa vie, Freud ne put se résoudre à abandonner ses chers cigares. Et puis il y eut l'épisode Emma, sur lequel je reviendrai plus loin et qui jeta dans son esprit, un doute profond aussi bien sur les théories de l'homme Fliess que sur ses capacités en ORL.

À cette époque donc Freud n'entrevoit ni la psychogenèse éventuelle de ses troubles ni une résolution ou une solution psychique à sa douleur. Ce qu'il proposait pourtant à ses patients. Freud était pris entre deux nécessités, entremêlées : parler à un proche, masculin, autre soi-même avec qui il partageait tout, et s'en déprendre, s'en éloigner pour s'affirmer et créer.

Mais nous devons nous pencher sur ce que nous apprend sur la douleur l'ambivalente relation de Freud et Fliess dans les années 1890-1900 et le tour évolutif qu'elle prit au cours du temps. En quoi ressemblait-elle à celle que les patients douloureux chroniques entretiennent avec

ceux qui les soignent ? Elle était marquée par la régression et un besoin de se mettre en état de dépendance par rapport à celui qui sait, et qui donc peut guérir. Freud attendait tout de Fliess. Il était avide. Il voulait lui parler, entendre ses théories sur ses troubles, et en faire lui-même. Tout cela satisfaisait sa nécessité de plainte. N'est-ce pas là ce que font tous les patients douloureux chroniques ? Régresser, faire des théories, parfois étranges, les confronter à celles d'un référent, et se raconter inlassablement.

Cela permet deux choses :

- un investissement différent de la douleur, orienté, polarisé par le fait de l'échange, qui la rend plus familière, moins inquiétante et l'apprivoise quelque peu, mais aussi lui donne du corps, une certaine épaisseur qui tend à la chroniciser ;
- une sorte de dilution de cette douleur dans le cadre même de la relation, ce qui l'apaise.

Les deux phénomènes contribuent à la maintenir à un niveau relativement constant, que l'on peut appeler auto-érotique, régulièrement entretenu car toujours réinvesti dans l'échange avec l'autre. Dans le cas de Freud et Fliess l'effet de « double » est tel qu'on peut souvent parler d'un auto-érotisme à deux. Cette situation est un passage presque obligé lors de la prise en charge des douloureux chroniques et c'est à partir d'elle qu'on peut « travailler » l'empathie existante et faire évoluer les investissements, affectifs et douloureux, le risque étant que la relation se dégrade lorsque l'attente est déçue. On a vu que chez Freud cela se produisit dès la survenue des malaises et douleurs cardiaques, et la situation évolua avec de moins en moins d'amour, de plus en plus de haine jusqu'à la rupture finale, et définitive, essentiellement due à Freud.

Que la valence agressive prenne le pas sur le « courant tendre » comme dira Freud plus tard, doit avoir une logique : rébellion instinctive contre la régression et le sentiment de dépendance vis-à-vis de l'autre, narcissisme blessé, déception, peu importe. Toute manifestation transférentielle tire la douleur vers le haut, la psychise, et lui permet de sinon trouver, du moins chercher un sens, et de s'élaborer autrement que dans la décharge purement corporelle. On passe de l'infinie répétition d'une douleur physique, à une douleur qui, dans la relation, découvre des possibilités de liaison avec la problématique ancienne, en particulier traumatique, se mentalise, et trouve dans l'agressivité, la culpabilité, et la nécessité d'un deuil, des ponts psychiques potentiellement réorganisateur du présent, au regard du passé.

Déception, ressentiment, agressivité... Freud ressentait tout cela de façon plus ou moins refoulée, et entremêlée d'élans inverses, enthousiastes vers Fliess. Mais arriva un événement qui le précipita dans une dimension nouvelle de la douleur.

Rappelons-le, il était en train d'inventer la psychanalyse. Il se demandait si ses propres symptômes, psychiques et aussi physiques, ses « hystéries » comme il les appelait n'étaient pas, en réduction, de la même nature que ceux de ses patients. Il s'intéressait aux rêves de ces derniers et se mit à étudier les siens, à se prendre en somme comme patient, et ce fut le début de l'auto-analyse. Mais l'auto-analyse véritable, « systématique » ne devait commencer que plus tard, après la mort du père.

C'est dans cette ambivalence que la douleur, morale ou physique – et Freud n'a jamais distingué les deux –, pouvait prendre un sens également ambivalent, celui de l'agressivité et celui de la culpabilité. Après la mort de son père, il peut avec quelque ironie saluer en Fliess « l'astrologue d'honneur » et commencer à tirer sa révérence (Schur, p. 139). Mais il va découvrir une autre douleur, morale liée à la culpabilité. Plus exactement cette culpabilité et l'agressivité qui la motivait, reprises et hyperinvesties dans l'auto-analyse vont lui permettre de distancier et d'amender les symptômes qu'il ressentait, comme s'il existait un balancement entre les souffrances du corps et celles de l'esprit.

« MON CŒUR EST LÀ DANS LE CERCUEIL AVEC CÉSAR ! »

Comme un coup de tonnerre dans un ciel serein, cette citation de Shakespeare, retentit dans une lettre bien grise adressée à Fliess, un an et demi avant la mort de Jakob. L'image est celle de la mort, le ton celui de la vie. Antoine apostrophe Brutus meurtrier de son père adoptif, César, devant le cercueil où ce dernier repose. Quand une émotion ou un petit événement psychique traversait sa pensée, Freud citait volontiers un de ses auteurs de référence, surtout Goethe ou Shakespeare. Dans cette lettre, Freud piaffe, il pressent toutes les découvertes qu'il va faire et renâcle devant les besognes neurologiques dont il s'est chargé. « Pégase attelé à une charrue » dira-t-il plus tard dans les mêmes conditions. Cette citation surgie de nulle part, est à la fois une intuition fulgurante et une prémonition. Gébérovitich, cité par A. Aubert (1966, p. 83), y voyait à juste titre, une condensation de Julius le petit frère de Freud, décédé, et de Jacob le père. La mort du père, âgé et fatigué était prévisible, bien qu'elle n'ait eu lieu qu'un an et demi plus tard, mais certainement pas

le remords ni la culpabilité, engendrés par l'intense travail psychique, auto-analytique que Freud engagea alors, et qui fut précédé donc par cette illumination, véritable signal d'une angoisse à venir et prémices d'une culpabilité anticipée, non encore éprouvée.

Quelques mois avant la mort de son père, Freud, désarmé doit se défendre contre ses affects de deuil anticipé. Il réagit par un déni de sa propre souffrance :

« Je crois vraiment que ce sont ses derniers jours... L'état du vieillard, au reste ne m'attriste pas. Je lui accorde un repos bien mérité... C'était un homme intéressant, essentiellement heureux... Je ne lui souhaite pas une longue maladie. » (Schur, p. 136)

Mais une des dates fatidiques (40 ans) se rapproche et lui fait penser à sa propre mort. Son déni de douleur est démenti par le désarroi qui l'accompagne, et qui provoque une remise en cause de sa découverte fondamentale, celle qui est au fondement de sa théorie, il s'agit ni plus ni moins que du refoulement et donc de l'inconscient ! Il perd confiance en lui :

« En ce qui concerne la théorie du refoulement, je suis saisi de certains doutes que tes suggestions suffiront peut-être à dissiper, comme il est arrivé pour la question de la menstruation masculine et féminine chez un même individu. » (Freud, 1895b, p. 150)

Là où il voyait naguère, au cœur du psychisme, un conflit de forces, il recherche une autre explication : « facteurs chimiques, etc. » et un « terrain physiologique solide ».

Puis c'est la mort de Jakob, en octobre 1896. Freud est étonné par les affects qu'il éprouve (lettre 49) :

« Par une des voies obscures situées à l'arrière-plan du conscient officiel, la mort de mon vieux père m'a profondément affecté. »

Et plus loin (lettre 50) :

« Tout le passé ressurgit. »

Il raconte ensuite à Fliess, d'un ton assez neutre, presque léger, un « joli rêve » (le rêve « On est prié de fermer les yeux ») qu'il a fait le lendemain de l'enterrement où il est d'ailleurs arrivé en retard, et qu'il rattache au « sentiment de culpabilité, tendance très générale chez les survivants ». Ce sentiment de culpabilité, point de départ de la

véritable auto-analyse, systématique, Freud le travaillera toute sa vie. Nous savons qu'il s'étonnera toujours de la douleur qui accompagne un deuil, et qu'il ne fera jamais complètement celui de son père, et il faut lire l'étude approfondie que J. Guillaumin (2000) a consacrée à ce sujet, *in* « L'invention de la pulsion de mort ».

LES CONSÉQUENCES DE LA MORT DU PÈRE

Puis Freud se ressaisit. Le surgissement du passé provoqué par la mort, va marquer pour lui une nouvelle période. Après un dernier *pensum* neurologique sur les paralysies infantiles, il va entreprendre avec un enthousiasme et une ambition quasi maniaques (lettre 51) une œuvre qu'il pressent grande, et la lettre 51 est une sorte de vision enfiévrée de tout ce qu'il va créer, de la prodigieuse lettre 52, théorie de la mémoire et de l'inconscient, jusqu'à la découverte du complexe d'Œdipe, un an plus tard dans la lettre 71. Pégase s'est envolé !

On peut distinguer plusieurs courants dans son psychisme remanié. Tout d'abord, il poursuit son amitié avec Fliess, mais la relation évolue. Plus exactement les deux termes de l'ambivalence qui la caractérisaient vont s'intensifier. D'une part il a grand besoin de s'agripper à lui, d'où la recrudescence des protestations d'amitié, mais d'autre part il sent qu'il doit s'éloigner de l'homme, de ses théories extravagantes, et aussi de l'emprise qu'il exerçait sur lui. Dans le même temps il désinvestit sa douleur physique : « j'ai décidé de ne plus avoir de problèmes cardiaques ! ». Elle apparaît de moins en moins dans les lettres et dans l'œuvre qui va naître, et Jones dira, beaucoup plus tard : « il n'était pas dans ses habitudes de discuter de sa santé, sauf avec Ferenczi » (on retrouve là la nécessité d'un autre écoutant la douleur). Freud se lance alors dans l'interprétation de ses rêves et l'élaboration de sa culpabilité et par conséquent de son agressivité. Il est important de voir que douleur morale et douleur physique ont pu coexister et même se confondre dans sa vie. Freud ne les a jamais séparées, et nous le verrons, l'une peut être une défense contre l'autre, un soulagement, et l'inverse est vrai.

L'auto-analyse est liée au difficile problème de la douleur chez Freud, de la douleur en général, une et irréductible. On peut penser que la douleur du deuil a dans une certaine mesure rapatrié à l'intérieur ce qui autrefois était projeté sur l'écran identitaire du double, et vécu corporellement, les deux choses ne s'excluant nullement, et que l'ambivalence intéresse désormais beaucoup plus l'objet interne, le père mort. La situation ainsi introjectée ne peut plus dès lors être traitée ou déniée

de la même manière. Ce qui était vécu dans le corps émigre dans le psychisme, la douleur est tirée vers le haut. Au fond on pourrait dire que l'enfant Freud avait confié son corps et ses symptômes au parent Fliess, au prix de balivernes à avaler, tout en poursuivant son travail créatif sous l'œil dubitatif mais bienveillant de l'ami.

Au carrefour de l'autobiographie et de l'œuvre théorique se situe *L'Interprétation des rêves* texte fondateur de la psychanalyse. Freud a sorti l'œuvre de sa propre substance, et nous permet d'assister comme en direct, à son travail psychique. Il avait mis la lettre 52 sous le signe de la mémoire et de l'inconscient, catégories qu'il avait découvertes avec les hystériques (réminiscences et refoulement des représentations incompatibles). Il était, comme le dit joliment M. Schneider (1980), encore médecin déjà psychanalyste. Le médecin s'était retrouvé spécialiste de la douleur, avec les hystériques. L'analyste va, dans la douleur de son deuil, se prendre lui-même comme objet et le génie se lancer dans l'exploration de l'inconscient de l'homme (ordinaire ?). Il rêve. Il se remémore.

Germe de remords et culpabilité du survivant

Comme toutes les personnes en analyse, il rêve beaucoup, et le travail interprétatif auquel il se livre, beaucoup plus profond que lors de la première auto-analyse, deux auparavant, ranime sa mémoire. Il avait parlé de culpabilité à propos de la mort du père, et il lui fallut un an avant d'en retrouver une autre, liée à une autre mort, celle du petit frère, Julius, décédé à six mois d'une affection intestinale, alors que lui-même en avait dix-sept, mort qu'il avait secrètement désirée.

« Tout me fait croire aussi que la naissance d'un frère d'un an plus jeune que moi, avait suscité en moi de méchants souhaits... et que sa mort... avait laissé en moi le germe d'un remords. » (Freud, 1895b, p. 194)

Culpabilité, germe de remords ou remords tout court, sont propres à fabriquer un fond d'angoisse, une douleur psychique liée à l'agressivité, aux méchants souhaits de mort, et cela va être la matière même du travail élaboratif de Freud. Et c'est la raison de l'intérêt qui nous pousse à essayer d'examiner la substance et l'étendue de ce travail, mais aussi ses limites. Car Freud n'a pu aller au *durch* de son *Arbeit*, au bout de sa perlaboration, et paradoxalement, ce sont peut-être ces limites qui ont permis la sublimation à l'œuvre dans *L'Invention de la psychanalyse*, comme un reste non satisfait, un « germe » de créativité, au prix bien sûr d'une douleur rémanente. On comprend mieux dès lors le rôle et la fonction qu'ont pu jouer les symptômes et malaises physiques

mis en scène dans les lettres à Fliess, en adoucissant le terme dur de l'ambivalence, par le biais du masochisme.

« Les douleurs se prêtent parfaitement à fournir un but passif masochiste. » (Freud, 1915*b*)

L'aspect punitif ainsi réalisé, est paradoxal : il permet et même accentue le clivage amour haine, mais de façon souterraine, car en même temps il le masque. Cela a rendu sans doute plus faciles les démonstrations « amoureuses », le courant tendre, qu'une pudeur homosexuelle modère en général beaucoup entre les hommes. Mais investir le masochisme c'est investir l'autre, sadique, ce qui pour Freud n'était possible qu'un certain temps. D'autre part souffrir c'est aussi appeler le parent compatissant et consolateur. Dans les deux cas la révolte est prévisible, ne serait-ce que par refus de la dépendance. et c'est bien une histoire de rivalité entre hommes qui mit fin à leur relation. Il s'agissait de la notion de bisexualité, que Freud avait empruntée à Fliess, sans vouloir lui en reconnaître la paternité. D'où la dispute et la brouille. Comme il l'a dit lui même dans la lettre 75, Freud ne pouvait pas être son propre analyste. Plus exactement il pouvait analyser, et on ne peut lire l'interprétation des rêves sans étonnement et admiration devant l'acuité de sa vision interne. Mais il ne pouvait pas dépasser son conflit profond, ni ses problèmes aigus de rivalité avec les hommes

Le surgissement d'une telle composante destructrice et agressive, est fréquent dans le cadre du travail avec les douloureux chroniques (même quand l'origine n'en est pas homosexuelle). C'est une des grandes difficultés que nous rencontrons et c'est la plus fréquente cause de rupture entre les malades et les médecins somaticiens... ou psy. Tout semble aller bien dans la relation, le patient est sage et compliant, et brutalement, ne supporte plus rien, ni sa douleur ni sa dépendance ni l'autorité de l'autre et rompt la relation.

Je pense que la relation de Freud et Fliess n'était pas symétrique et je partage totalement l'opinion de César et Sara Botella qui estiment (1984) que Fliess aimait l'homme Freud plus que sa pensée, « sorte de parure ». Par contre, l'investissement homosexuel de Freud sur Fliess aurait été... « un moyen de faire de Fliess un double au service de l'épanouissement de sa pensée ». Et ils imaginent le parcours de Freud comme « oscillant entre la réassurance par l'investissement des doubles matériels et le besoin de s'en dégager pour créer ». Mais je crois que ce besoin était puissamment enraciné dans la nécessité qui était la sienne d'aimer un homme, de l'obliger, ou d'être son obligé, ou d'en faire un élève, puis de s'opposer à lui, d'en faire un rival et

d'en triompher. Le prototype étant le père, mais, nous l'avons vu, le fantasme meurtrier avait été réalisé précocement, trop peut-être, par la mort de Julius. Si l'investissement (psychique) de Fliess était homo-érotique, pour reprendre l'expression de J. Bergeret, celui de Freud passait continuellement d'un auto-érotisme à deux à un auto-érotisme tout court, créatif, alimenté par le premier. Et ce sont là aussi des situations relationnelles fréquentes, rencontrées au cours des psychothérapies de patients douloureux.

Freud avait dix ou douze ans quand son père lui raconta l'épisode du bonnet de fourrure qu'un chrétien lui avait arraché et lancé dans la boue, en criant : « Juif descend du trottoir ! » Jacob était allé ramasser son bonnet. « Cela ne me sembla pas héroïque de la part de l'homme grand et fort qui me conduisait... » et Freud, non satisfait, opposa à cette scène une autre situation celle d'Hannibal, un Sémite, à qui son père avait fait jurer de le venger des Romains, et auquel il s'identifia. Mais lui pensa plus à s'affirmer, qu'à venger le père humilié. Ses découvertes, son autorité grandissante et la reconnaissance qui les accompagnaient, représentaient aussi un triomphe sur ce père, triomphe qui le laissait inassouvi puisqu'il devait en quelque sorte le déplacer et le réaliser sur tout ce qui ressemblait à un rival. Son esprit ne se débarrassa jamais de ce père faible soumis et humilié donc méprisable et à haïr, mais aussi à aimer : « les frères meurtriers du père le haïssaient mais ils l'aimaient aussi ! » dira-t-il plus tard. Pas plus qu'il ne se débarrassa de l'image culpabilisante du petit frère Julius. Bien d'autres fantômes continuèrent à le hanter. Dans le fameux rêve « Non vixit », tous ses rivaux sont là, convoqués et tous au rendez-vous : Fleischl, Paneth, Brucke, le neveu John, et jusqu'à Julius. Ce sont des revenants nous dit Freud et on sait que dans la lettre à R. Roland écrite en 1936, c'est encore le père, dernier revenant, qui surgit au sommet de l'Acropole, dans le trouble de mémoire et la confusion qu'il éprouva. Si encore une fois on ne peut qu'admirer la pénétration de l'analyse freudienne, on est très étonné par les affects jubilatoires qui l'animent quand il se retrouve en position de survivant :

« Combien en ai-je déjà conduits au tombeau ; moi, je vis encore ; je leur ai survécu et garde la place... »

« Je me réjouis à l'idée de survivre encore à quelqu'un, à l'idée que ce n'est pas moi qui suis mort mais lui, que je garde la place... » (Freud, 1900, p. 413-414)

Il n'y a donc pas de place pour deux, et il lui faut défendre la sienne. Ce n'est pas un hasard si la mort de Jules César lui revient à l'esprit : « Là où vit Brutus, César doit mourir ».

D. Anzieu (*L'Auto-analyse* t. 2 p. 501) indique qu'en 1897 Freud retrouvait des souvenirs essentiels, mais seulement à titre de représentations alors qu'en 1898 « c'est en tant qu'affects que ces souvenirs reviennent nourrir ses rêves ». Nous sommes touchés par l'authenticité et l'honnêteté de Freud, ainsi que par sa perspicacité. Mais les affects qu'il nous livre nous apparaissent crus, chargés de violence, et pourtant innocents. Ils nous montrent à quel point Freud est loin d'introjecter ses pulsions agressives et de commencer le deuil de son père. Il avait compris avec les hystériques que la remémoration, avec ou sans affects ne suffisait pas, que l'inconscient dévoilé, reste rusé et inventif, et que l'élaboration introjective nécessite pour se mettre en place, une autre action.

J'insiste sur ce point précis : quand le travail psychique (et la remémoration affective est une marque de ce travail) devient-il ou ne devient-il pas opérant, dans le processus qui nous intéresse ici, et qui est celui du changement ? Qu'est-ce qui permet une modification de la charge affective et répétitive de la psyché vers un dynamisme différent, ouvert sur un champ de représentations plus vivant, plus large et créatif, libéré ? L'extraordinaire fécondité de Freud, sans cesse renaissante, jamais satisfaite, n'a pas empêché un enlèvement d'une partie de son psychisme dans un réseau démoniaque de signifiants, instruments inquiétants de la musique sourde qui a rythmé sa vie. Comme si la douleur qui est un traumatisme en soi, l'avait encerclé dans un entrelacs de formes répétitives, et impi-toyables. Autres revenants, apparitions énigmatiques survenant non pas comme les autres dans les rêves et la psyché de Freud, mais dans sa vie, et le frappant au corps.

LES SIGNIFIANTS DE LA DOULEUR DE FREUD

Le cancer survenant en 1923 allait reprendre le relais et satisfaire tragiquement la « nécessité de douleur » qui semblait être la sienne et que l'on constate si souvent chez les patients douloureux.

Hémorragies, injections, mâchoire, et aussi stupéfiants, tels sont les signifiants étranges qui ont poursuivi Freud, comme des Erinyes. D'autres, aussi répétitifs sont anodins comme par exemple le prénom de Joseph. Je n'insisterais pas sur cet aspect des choses, ce qui serait d'un intérêt purement historique, si n'existait pas un autre intérêt, double.

Le premier étant que des affects très forts et même parfois violents, ont accompagné ces signifiants. Ces affects, qui pouvaient aller jusqu'à la douleur, Freud les a vécus, il en a parlé, mais ils ont constitué des points de résistance à son auto-analyse et des points d'appel pour la répétition. Il nous faut croire un peu au hasard, mais si quelque chose pousse à la répétition, elle n'est pas due à une force diabolique, mais est une construction du psychisme dans la problématique traumatique. Peut-être vaut-il mieux comme le faisait Freud, l'appeler Destin (*Schicksal*) ?

L'autre intérêt est clinique. Nous constatons chez les douloureux chroniques de telles condensations signifiantes, apparemment banales, qui attirent comme un trou noir, des images, des scènes, des émotions du coup banalisées, et qui reviennent inlassablement dans les souvenirs et le discours mais aussi dans la vie des patients, sous forme d'événements. Chez Freud ces signifiants ne sont pas aisément dissociables. Ils tiennent ensemble dans cet entrelacs dont je parlais plus haut. Je ne les dissocierais donc pas en les évoquant assez brièvement, sans doute trop pour la compréhension, mais je renvoie les lecteurs intéressés aux travaux cités des historiens.

Nous ne pouvons nous empêcher, devant l'envergure du génie freudien et l'étendue de l'œuvre accomplie, de penser à l'homme luttant seul, et mal, contre son destin, pris dans l'infinissable deuil de son père ; d'un père construit par l'enfant ambitieux qu'avait été le jeune Sigmund.

La mâchoire, qu'il faut élargir au palais et au sinus, future évolution du cancer de 1924, est le lieu primaire du mal pour Freud. Dès le début de l'interprétation des rêves, un accident de l'enfance, survenu alors qu'il avait entre deux et trois ans, probablement moins de deux comme il le précise dans l'article sur les souvenirs écrans (*Névrose, psychose et perversion*, p. 120) ainsi que le nom d'un médecin, totalement amnésiés « ...bien qu'une cicatrice au menton eût dû me rappeler une de ses interventions » lui reviennent en mémoire, au cours de l'analyse d'un rêve :

« Je montais sur un escabeau dans l'office pour prendre une friandise... L'escabeau se renversa et me frappa de son arête derrière la mâchoire inférieure. J'aurais pu y laisser toutes mes dents. » (Freud, 1900, p. 477)

Le médecin (Joseph Pur) arrêta l'hémorragie et posa trois points de suture.

Freud ajoute, en poursuivant l'analyse du rêve :

« [...] je découvre la tendance cachée que pourrait satisfaire la mort redoutée de mon fils » (*ibid.*)

Avec l'héroïne du fameux rêve « L'injection faite à Irma » (Emma) on retrouve le palais, l'hémorragie, l'injection et même l'évanouissement que connut Freud lors de l'hémorragie provoquée par l'extraction d'une longue mèche de gaze qu'avait « oubliée » Fliess lors d'une intervention chirurgicale, dans l'arrière-gorge de la patiente. Emma verse son sang (*Verblutungsszene*, saignement à mort) et c'est Freud qui tourne de l'œil nous dit M. Schneider. « Voici le sexe fort ! » lui dira-t-elle quand il reviendra la voir ragailardi par du cognac. Il est extraordinaire que l'épisode d'Irma condense tous les signifiants. On sait qu'elle avait fourni à Freud, par une vision, diabolique, qu'elle avait eue, le matériel des aiguilles.

Freud, très coupable, et s'interdisant consciemment, toute agressivité vis-à-vis de Fliess, utilisa ces aiguilles dans son rêve, pour en faire une injection. Ce n'est pas un hasard. Il s'était, quelques années auparavant, déjà senti coupable d'avoir conseillé à son grand ami Fleischl d'utiliser de la cocaïne pour traiter les douleurs intenses qu'il ressentait. Elles étaient dues aux multiples amputations que son ami avait subies à la main après une infection. Il était morphinomane. Il devint cocaïnoman. Freud, qui l'assista jusqu'à la fin de sa vie qui fut une torture, se défendait en affirmant qu'il n'avait prescrit la cocaïne qu'en ingestion, pas en injections. Pourtant il avait vanté ces injections dans un article, qu'il avait effacé de sa mémoire. On conçoit que le thème des injections ait été associé à un sentiment de culpabilité, ainsi d'ailleurs que celui des stupéfiants. D'autant qu'un jour il avait instillé de la morphine dans les yeux d'une vieille patiente, au lieu de l'injecter comme il le faisait tous les jours, en l'intervertissant avec le collyre également quotidien.

Bref, la culpabilité chez Freud faisait feu de tout bois, mais préférait certaines essences, certains signifiants. Dans l'analyse du rêve où il retrouve la chute de l'escabeau et découvre ses désirs inconscients de mort vis-à-vis du fils qui est sur le front, il dit cette phrase étonnante :

« [...] lorsque pareil malheur arrive, l'intensité de la douleur, va jusqu'à susciter dans notre inconscient ces désirs refoulés. » (Freud, 1900)

Or ce n'était pas le cas puisque ce n'était qu'un rêve et que le fils était bien vivant. Mais on voit là, en germe le processus qu'il décrira chez le mélancolique. Freud était hanté, parasité par une culpabilité imaginaire ancrée sur le meurtre. Et il ne pouvait contre-investir son agressivité

de façon durable dans cette sorte de bonhomie que l'on prête à son personnage, du moins dès qu'il s'agissait de potentiels rivaux.

Je reviens aux signifiants. Le premier rendez-vous avec la mâchoire, allait être suivi d'un autre bien plus tragique, celui avec le cancer, qui allait lui provoquer d'autres hémorragies et nécessiter de nombreuses injections. « *Blut ist ein besonderer Saft* » (M. Schneider, p 67) : le sang est un liquide bien étrange, dira-t-il un jour, inquiet devant ses propres saignements. En 1917 il souffrit d'une douloureuse enflure du palais dont il ne tint pas compte (Schur p. 372). Mais dans les années vingt, lui qui guettait les dates éventuelles de sa mort, vit cette dernière frapper durement son entourage. Il perdit à quelques jours d'intervalle son ami von Freund, sa fille Sophie, l'enfant du dimanche, puis deux ans après, son petit fils Heinz, fils de Sophie. Heinz et son grand-père avaient été opérés à la même époque. Le jeune garçon, des amygdales et Freud de son cancer (c'était la première des trente-deux interventions qu'il devait subir). Ils se racontaient l'un à l'autre les progrès de leurs convalescences. Heinz fut emporté rapidement par une tuberculose miliaire. Freud malgré tout ce qu'il put dire sur l'étrangeté de la douleur du deuil, qui s'étonnait de son existence, déclara ne s'être jamais remis de celui-ci. C'est d'ailleurs la seule fois qu'on le vit pleurer.

Puis ce fut le long martyre, l'extension locale du cancer, les radios ou radium-thérapies, la douleur, les hémorragies parfois impressionnantes, le « monstre » métallique qu'il devait porter constamment, douloureux au point d'empêcher parfois la parole, et Anna la fille bien aimée devait lire les textes de son père. Mais rien n'arrêta Freud. Ni le cancer ni la Gestapo, ni l'exil à Londres, ni les souffrances de plus en plus fortes ne vinrent à bout de son stoïcisme. Il continua son travail clinique, son œuvre et sa vie, jusqu'à l'extrême du supportable. Jusqu'à l'émouvante dernière phrase :

« À présent ce n'est plus qu'une torture, et cela n'a plus de sens. » (Schur, 1975, p. 622)

Max Schur lui fit alors ce qu'il avait promis, une injection de morphine qui apaisa Freud et l'endormit à tout jamais.

Chapitre 3

LA DOULEUR DANS L'ŒUVRE

À LA FIN DE SA VIE Freud considère son œuvre. Il nous lègue un testament scientifique au travers de plusieurs écrits. Certains sont optimistes en ce qui concerne l'avenir de la psychanalyse et son efficacité (« Constructions dans l'analyse » par exemple). D'autres plutôt pessimistes (« Analyse finie, analyse sans fin »). Dans l'*Abrégé de la psychanalyse* (1938), un an avant sa mort, il envisage, entre autres, deux sources de résistance chez le patient en analyse : le *besoin* d'être malade et le *besoin* de souffrir. Je souligne le mot *besoin* car il est fort. Celui de souffrir correspond avec la dernière apparition de la douleur dans l'œuvre ; la première datait de janvier 1895. Il s'agissait du texte sur la mélancolie (manuscrit G). Ces deux dates attestent de la persistance de la préoccupation freudienne au sujet de la douleur. Je voudrais dans ce chapitre mettre cette préoccupation en balance, sinon en dialectique, avec le principe qui fait marcher le système freudien, à savoir le principe de plaisir-déplaisir, principe dans lequel la douleur n'a pas sa place. En effet nous verrons que pour Freud la douleur n'est pas un déplaisir :

« La souffrance possède une qualité spéciale ressentie en même temps que le déplaisir. » (1895b)

Cette « qualité spéciale » oppose la douleur au déplaisir dans la mesure où l'excitation déplaisante qui provoque ce dernier peut être traitée psychiquement ce qui la ramène au niveau d'origine. Que pour Freud l'excitation douloureuse ne puisse pas l'être lui confère une caractéristique d'emblée. Or je pense que la qualité spéciale en question se prête parfaitement à un travail psychothérapeutique de type analytique. Mon intention est d'expliquer pourquoi et comment. La raison d'être de ce chapitre est que, malgré la position insistante de Freud sur un certain aspect inguérissable de la douleur, on trouve dans ses écrits des arguments qui permettent de penser le contraire.

La douleur fait dans l'œuvre freudienne des entrées tellement inattendues, tellement impromptues qu'on ne peut y repérer un fil continu, un fil rouge qui poursuivrait sa recherche signifiante tout au long de son évolution. Il s'agit plutôt d'un écheveau bariolé, dont les fibres s'interrompent, renaissent ailleurs, colorées parfois différemment, ou disparaissent, et qui peinent à s'organiser en un tout intelligible. En dehors de ce que Freud peut nous dire, il est important de remarquer la constance de sa préoccupation, la diversité de ses angles d'attaques, la persistance énigmatique de certains thèmes. On ne peut évidemment s'empêcher de penser que c'est un homme douloureux qui a écrit l'œuvre.

Une étude serrée des conceptions ou idées de Freud sur la douleur ne répondrait pas à la vocation de ce livre. Je renvoie pour cela à celui d'Annie Aubert (1996) qui s'est attelée avec bonheur à cette tâche difficile. Le cheminement historique, chronologique qu'elle a choisi, dans sa visite de l'œuvre fait apparaître les difficultés inhérentes au phénomène de la douleur, du moins dans la manière que Freud a eu de l'aborder.

J'ai donc essayé de dégager quelques lignes, ou plutôt quelques questions, malgré l'enchevêtrement de l'écheveau, malgré son hétérogénéité, pour mieux poser l'énigme et, non pas la dénouer ou la déchiffrer, mais m'en approcher. Il faut observer que Freud lui-même n'a pas parlé de l'énigme de la douleur, mais de celle du deuil (et on a vu ses difficultés à faire celui de son père), de celle de la mélancolie et de celle du masochisme (*Les énigmatiques tendances masochistes du moi*, 1920). Pourtant cette énigme existe, aussi bien dans la pensée que Freud a développée à son sujet, que dans celle des médecins qui essaient de la traiter.

La douleur qui est donc présente d'un bout à l'autre de l'œuvre freudienne y a un statut tout à fait particulier. Tout d'abord Freud distingue peu la douleur physique et la douleur morale. Le langage utilise

les mêmes termes pour les désigner dit-il dans *Inhibition, symptôme, angoisse*. Bien plus il proclame comme une évidence que le modèle de la douleur morale est la douleur physique. Ce point, discutable, est important car il assigne d'emblée à la douleur un caractère particulier – qui la distingue de l'angoisse –, celui de ne pas être ou être difficilement accessible à un travail psychique de résolution. L'angoisse pourrait ainsi se décharger dans le psychisme, mais pas la douleur. Or le cas du deuil, prototype de la douleur morale, montre bien qu'un tel travail est possible, la mélancolie étant un cas très particulier, une exception, et non pas une règle. De plus, un travail de mélancolie, de détachement de l'objet aussi difficile soit-il, peut se faire, comme B. Rosenberg l'a montré dans son travail sur le masochisme.

Il est vrai par contre que la douleur physique est plus rétive à un tel travail. Le but de ce livre est de montrer pourquoi et comment il est pourtant réalisable. D'ailleurs on ne peut guère imaginer une douleur somatique isolée. Les frontières entre le somatique et le psychique sont quelquefois bien indécises et une douleur physique est toujours, aussi, une douleur morale, le vécu d'une perte, psychiquement investie.

Mais bien plus étrange encore est l'idée que la douleur a non seulement une tendance à l'auto-entretien, mais aussi à l'auto-aggravation et donc à l'incurabilité. Il est intéressant de creuser un peu ce pessimisme freudien car d'une part il apparaît justifié mais d'autre part il renferme très curieusement des lignes de pensée qui rendent optimiste. Considérons d'abord les textes.

AUTO-ENTRETIEN DE LA DOULEUR

Dés le Manuscrit G daté de janvier 1895 consacré à la mélancolie (il faut entendre nous dit-on dépression) quelques lignes nous expriment une des idées fortes de Freud, idées fortes portées par des mots forts : *hémorragie* interne, aspiration, *appauvrissement*, inhibition qui a l'effet d'une *blessure* et enfin trou, tous signifiants qui signent l'effraction et la perte. Mais surtout remarquons deux points fondamentaux :

- l'effet d'appel exercé sur la quantité d'excitation présente (il s'agit de l'hémorragie cause de l'appauvrissement) ;
- et déjà une petite mention : « voir la théorie de la douleur physique » qui fait de cette dernière le paradigme de la souffrance morale.

Deuil et mélancolie (1917) répète exactement ces deux points :

« Le complexe mélancolique se comporte comme une *blessure* ouverte attirant de toutes parts vers lui des énergies d'investissement (celles que nous avons nommées dans les névroses de transfert contre-investissements) et vidant le moi jusqu'à l'*appauvrir* complètement. »

Et plus loin vers la fin, arrive la phrase célèbre sur la nécessité d'acquiescer des : « lumières sur la nature économique d'abord de la douleur corporelle, puis de la douleur psychique qui lui est analogue. »

Freud en est donc toujours au même point.

Dans *Au delà du principe de plaisir* (1920) à propos des névroses traumatiques, Freud entame une réflexion qui va amener le fameux tournant de la théorie. Le traumatisme psychique, la rupture du pare-excitations, lui donne l'occasion de réaborder, à ce propos, le problème économique de la douleur, et il prend à nouveau, une fois de plus la douleur physique comme modèle, ce qui ne laisse pas d'être surprenant. Il la définit comme une *effraction* du pare-excitations sur une étendue limitée. Il retrouve son schéma de 1895 et le reprend en le complexifiant un peu, mais à mon avis sans apporter de nouvelle solution :

« L'énergie d'investissement est *rappelée*, venant de toute part, pour créer dans le voisinage du point d'effraction des investissements énergétiques d'une intensité correspondante. Il s'établit un contre-investissement considérable au profit duquel tous les autres systèmes psychiques *s'appauvrissent...* » (Freud, 1920)

Un système fortement investi dit Freud est capable d'admettre un afflux supplémentaire d'énergie, de la transformer en investissement quiescent c'est-à-dire de la « lier psychiquement ». J'ai souligné les points communs aux trois textes : effraction, rappel des énergies et appauvrissement consécutif. Le seul point de divergence se trouve dans le *Manuscrit* dans lequel le recours aux énergies disponibles se fait pour pallier la très forte perte d'excitation due à la douleur, alors que dans les autres textes elle a lieu au contraire pour bloquer l'excès de cette même excitation.

Ainsi dans *Au delà du principe de plaisir*, la douleur et la névrose traumatique sont définies par rapport au pare-excitations : effraction sur une étendue limitée pour la première, étendue pour la seconde. Un autre point commun est le débordement de l'élaboration psychique ou son incapacité à les contenir ou à les traiter. Mais si Freud a vis-à-vis du traumatisme un point de vue alternatif parfois pessimiste : « déchirure qui ne guérira jamais plus mais grandira avec le temps » (objets du fétichisme *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 2) parfois optimiste :

« il n'y a aucun doute que l'étiologie traumatique offre à l'analyse l'occasion de loin la plus favorable », il nous laisse en suspens vis-à-vis de la douleur comme il le fait du système de défense qu'il a inventé contre elle.

On comprend le processus de défense mis en place, mais on ne voit pas pourquoi il pourrait faire cesser la douleur, ni comment elle pourrait se métaboliser dans le psychisme. La violence de la douleur est en quelque sorte équilibrée par la violence d'un contre-investissement, dans un bras de fer qui compte plus par la quantité d'énergie qu'il mobilise que par ses qualités. Quand deux forces de même intensité se neutralisent, se figent dans un affrontement pétrifié, la scène peut durer longtemps. L'expression « lier psychiquement » fait penser à une autre expression plus haut dans le même texte : « Le malade serait pour ainsi dire fixé psychiquement au traumatisme ». Le contre-investissement dont il s'agit a rameuté toutes les énergies disponibles dans un but occlusif et purement dynamique, quantitatif. La nécessité de la force prime la possibilité du sens. Mais ne peut-il pas être tant soit peu qualitatif ? Jean Cournut a écrit un article dans la *Nouvelle Revue de psychanalyse* (n° 39) qui présente parfaitement ces deux possibilités de contre-investissement. Celui de pure nécessité et d'urgence, et celui qui outre sa qualité défensive est de plus capable de donner du sens et de s'ouvrir au psychisme. J. Cournut emploie l'expression de « surtension libidinale narcissique ».

Ce point est très important car d'une part il est indiscutable que nous observons dans les douleurs chroniques un tel aspect, figé dans l'effort de défense. Et pourtant je le contesterai. On comprend la nécessité d'une quantité urgente et occlusive devant une excitation qui déborde tout, une contre force. Mais doit-elle subsister dans cet état de contre-fort immuable ? sans trouver un sens ? Si cela était, il n'y aurait aucune chance d'agir sur une douleur chronique. Nous verrons dans le chapitre 3 sur la prise en charge, comment il faut s'interroger sur la qualité du contre-investissement originaire ayant permis le refoulement du même nom. C'est-à-dire de ce que l'objet primaire a pu proposer et qui nous renvoie à la question de la relation mère-enfant.

À mon avis donc, Freud ne fait pas dans ce texte qui répète sa vieille idée, ce qu'il s'était proposé dans *Deuil et mélancolie* : résoudre le problème économique de la douleur physique. Il s'enferme au contraire dans la même idée catastrophique de la douleur. Il explique un mécanisme défensif nécessaire et auto-entretenu, sans envisager le moindre débouché, la moindre voie d'apaisement de ce mécanisme qui paraît

inarrêtable. Bref : appauvrissement du psychisme, combat féroce, situation bloquée, telle est la situation que nous laisse Freud. Bien pire, avec d'autres textes vont apparaître des idées encore plus sombres.

AUTO-AGGRAVATION DE LA DOULEUR

« Esquisse d'une psychologie scientifique » est un texte dont on sait qu'une partie au moins a été écrite dans un état d'enthousiasme créateur dont Freud devait revenir rapidement :

« L'état d'esprit dans lequel j'ai conçu la psychologie m'est devenu étranger. » (Freud, 1895)

C'est pourtant un texte inspiré, la question de la douleur y est abordée au travers de trois chapitres (6, 11, 12) très courts mais très denses.

Dans le premier, intitulé « La douleur », cette dernière est présentée comme un phénomène capable de mettre en échec une organisation d'ordre *biologique*¹. Il s'agirait donc d'une douleur en soi, définie par ses résultats : « irruption de grandes quantités », « augmentations de quantité », « irruption de quantités excessives », qui produisent un frayage. Et arrive alors la phrase célèbre :

« Il est certain que la douleur laisse derrière elle des frayages permanents en ψ à la manière d'un coup de foudre. » (*ibid.*)

On voit poindre l'idée d'un caractère possiblement définitif, incurable de la douleur. C'est pour Freud une idée familière et nous la retrouverons souvent formulée ailleurs, par exemple dans le chapitre sur la souffrance, le plus insistant sur ce point.

C'est le chapitre 12, intitulé « L'épreuve de la souffrance considérée comme » est le retour mémoriel de ce qui a provoqué la douleur ; c'est-à-dire quand l'image mnésique de l'objet générateur de souffrance est réinvestie par le fait de nouvelles perceptions. Il se produit alors « quelque chose de semblable à la souffrance », et un besoin de décharge. Freud est dans l'embarras. Les neurones qu'il a imaginés pour expliquer le fonctionnement mental, φ , ψ et ω , ne suffisent pas à décrire cette épreuve de la souffrance. Il appelle à son secours des neurones

1. Je souligne le mot biologique car Freud ne précise pas le caractère somatique ou moral de la douleur dont il parle. En l'occurrence il semble là aussi confondre les deux aspects.

sécréteurs, inventés pour la circonstance, et dénommés neurones clés. Il est significatif qu'il fasse à ce propos un lapsus en les appelant moteurs (nostalgie sans doute d'une décharge motrice, plus simple). Ces neurones clés, lorsque des quantités excessives ont fait une brèche, sont excités par le *souvenir* de la douleur. Mais loin de provoquer une décharge, ils les *ajoutent* par certains détours, par le biais d'une sécrétion¹. Nous sommes en présence d'une défense qui aggrave la situation ! Le moi douleur se défend bien mal.

« L'expérience de la douleur fournit d'excellents frayages entre l'image mnémorique de l'objet hostile et ces neurones clés. » (Freud, 1950, p. 339)

Freud parle là « d'une surprenante mais indispensable hypothèse ».

Dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* de Laplanche et Pontalis, la douleur qui n'a pas d'entrée propre apparaît cependant à l'article « Défense » et à propos justement de l'expérience de la souffrance. Les auteurs en soulignent l'aspect paradoxal. Je cite :

« Pourquoi l'appareil neuronique irait *répéter* jusqu'à *l'halluciner* une douleur qui se définit par une augmentation de charge si la fonction de l'appareil est d'éviter toute augmentation de la tension ? »²

On pourrait répondre : à cause du masochisme, mais ce serait je crois trop rapide. Production de la douleur n'est pas obligatoirement jouissance de la douleur. De toute manière, Laplanche et Pontalis préfèrent voir là une métaphore, à partir du modèle de la douleur physique, « de l'agression interne que constitue la pulsion pour le moi » et parlent plus loin de « cette douleur qu'est pour le moi l'angoisse ».

Cela pourrait-il être l'angoisse ? La douleur a sa spécificité. Freud prend bien soin de la différencier de l'angoisse et aussi du déplaisir³. La douleur, comme le traumatisme se définit comme rupture du pare-excitations et par absence d'une préparation psychique que pourrait effectuer l'angoisse. Cette dernière est en relation avec l'attente, elle est angoisse de quelque chose. Elle n'a pas d'objet. Lorsqu'elle en

1. C'est Freud qui souligne les deux mots, par ailleurs on est en droit de s'étonner de la traduction du deuxième, mais nous comprenons qu'il s'agit d'une aggravation.

2. C'est moi qui souligne.

3. Il parle à deux ou trois reprises du « déplaisir de la douleur » mais c'est à titre descriptif. Il ne s'agit pas du déplaisir pendant du plaisir, les deux entités qui assurent le fonctionnement du principe freudien.

a trouvé un, son nom est remplacé par celui de peur nous dit Freud dans *Inhibition, symptôme, angoisse* (1926). Cependant Laplanche et Pontalis ont raison de se pencher sur ce travail de défense paradoxale qui se situe au-delà du principe de plaisir et qui nous ramène à une difficulté, récurrente de Freud, au sujet de la douleur.

D'ailleurs à la fin de « Esquisse d'une psychologie scientifique », se souvient-il encore de sa « surprenante mais indispensable hypothèse » ? Il parle (p. 368) d'une « expérience douloureuse génératrice de déplaisir » et du mécanisme de défense mis en place par un moi « investi ». Il montre comment ce dernier grâce à l'attention, « nantie d'investissements latéraux », va réduire en quantité le déclenchement de déplaisir et comment ce dernier va agir à la façon d'un signal avertisseur. Il s'agit donc déjà de l'angoisse-signal redécouverte en 1926. En poursuivant son raisonnement, un peu répétitif, Freud nous montre comment un souvenir traumatique peut causer du déplaisir à chaque investissement de la trace mnémonique, mais de moins en moins, jusqu'à ce qu'il ne soit plus qu'un signal. Nous voyons donc ce qu'un moi suffisamment évolué et mature peut surmonter grâce à ses qualités élaboratives. J'ai répété, en la résumant, sa démonstration à cause des mots employés par Freud à savoir : expérience *douloureuse* génératrice de *déplaisir*, et *traumatisme*¹. Freud accorderait-il au déplaisir et au traumatisme une défense élaborative qu'il refuse habituellement à la douleur, alors que ce passage les assimile ?

On a vu qu'il exprime de façon explicite dans tous les textes que j'ai cités, les difficultés à l'apaiser, ou à la maîtriser et, à travers sa « surprenante mais indispensable hypothèse », la faculté qu'elle peut avoir de s'autoreproduire, et de s'auto-aggraver. Cette position de Freud, que l'on peut comprendre à travers ce que nous savons des souffrances qu'il a connues, ne peut s'expliquer uniquement par celles-ci. Elle est trop argumentée et trop constante. Elle se prolongera d'ailleurs dans la réflexion qu'il poursuivra à propos du traumatisme, tantôt optimiste, et le trauma devient un facteur favorable dans la cure (1937b) : « Il n'y a aucun doute que l'étiologie traumatique offre à l'analyse l'occasion la plus favorable », tantôt pessimiste et le trauma laisse alors une déchirure dans le moi, « déchirure qui ne guérira jamais plus, mais qui grandira avec le temps » (1927 *Le fétichisme*).

Les algologues ne s'en étonneront pas, confrontés qu'ils sont de façon quotidienne, à des aggravations ou des émergences de douleurs apparemment inexplicables. Il est hors de doute que

1. C'est moi qui souligne.

le contre-investissement massif de l'effraction douloureuse, peut mobiliser une mémoire, un souvenir des douleurs anciennes et fabriquer narcissiquement un état de souffrance investie, plus enclin à croître qu'à diminuer. C'est tout le problème de la psychogénie, du recours pour le psychisme à la fabrication endogène de douleur dans certains cas avec, comme nous le verrons plus bas un paradoxe : ce recours à la douleur peut avoir une fonction protectrice de ce psychisme, avec bien sûr, un prix à payer.

Bref nous retrouvons là les deux positions de Freud :

- d'une part le déplaisir peut s'amender au fil de ses souvenirs et même devenir une sentinelle protectrice du psychisme ;
- d'autre part la douleur a une aptitude à s'automaintenir, à s'auto-aggraver et même à être incurable.

C'est ainsi que dans « Le Refoulement » en 1915 elle est qualifiée de protopulsion, qui ne procure aucun autre plaisir lors de sa résolution que celui de sa cessation, et qui n'obéit « qu'à l'action du toxique qui la supprime ou à l'influence d'une diversion psychique ». Cette petite note que je souligne et qui n'a l'air de rien, est reprise plus en détail dans *Inhibition, symptôme, angoisse* (p. 101) :

« De plus, le fait remarquable que, lorsque l'esprit est *distré par un intérêt d'un autre genre*, les douleurs corporelles, même les plus intenses, ne se produisent pas, trouve son explication dans la *concentration* de l'investissement sur le représentant psychique de l'endroit du corps douloureux. »

Distraction donc, ou diversion sont donc possibles. Cela sera repris dans *Malaise dans la civilisation*. On peut voir là, la possibilité d'un désinvestissement de la douleur et d'un réinvestissement du psychisme sur un autre objet. Ce que Freud appelle concentration de l'investissement n'est peut-être pas autre chose que ce violent investissement en « contre » de *Au delà du principe de plaisir* « du principe de plaisir », l'acteur défensif du bras de fer qui, si l'on en croit ses écrits s'amplifie au cours d'un vécu douloureux. La surtension libidinale narcissique de J. Cournut pourrait donc se détendre. Désinvestir, réinvestir ailleurs, c'est bien la moindre des choses que l'on puisse proposer à un patient en psychothérapie. Nous verrons l'importance de ce point lors du traitement des patients douloureux chroniques.

Malaise dans la civilisation nous montre un Freud désabusé qui passe tristement en revue les moyens qu'a l'être humain de lutter contre la vie trop lourde, notre peine, notre misère, bref notre douleur :

« Nous ne pouvons nous passer de sédatifs. Cela ne va pas sans échafaudages de secours (*Hilfkonstruktionen*). » (Freud, 1929)

Et il en envisage trois espèces : de « fortes diversions », des satisfactions substitutives, et l'usage de stupéfiants. Aucun n'est bon. Ces pages sont émouvantes. On y sent une nostalgie de la cocaïne, de la méthode chimique, de l'intoxication, ce « briseur de soucis » qui permet à « chaque instant de se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi... »

Quant aux autres techniques, elles s'avèrent toutes décevantes. Freud évoque le yoga, la sublimation, le travail intellectuel, l'art et l'esthétique, l'amour, la religion... Rien ne convient vraiment. Il ne reste guère que la soumission. Mais l'homme qui a inventé la psychanalyse ne fait pas allusion à elle pour traiter la souffrance ; peut-être, comme le dit J.-B. Pontalis (1988) la jugeait-il trop « corrosive » ? Il y a là de quoi s'étonner et j'aimerais bien, avec ce livre prouver le contraire.

PLAISIR-DÉPLAISIR

Le fonctionnement du système freudien est régi par le principe de plaisir, qu'il faudrait mieux appeler, nous dit J.-B. Pontalis, principe de déplaisir-plaisir.

« Nous savons qu'il existe dans le psychisme une certaine tendance à éviter le déplaisir. » (Freud, 1895a)

Mais dès 1883 on peut noter dans une lettre à Martha :

« Nous nous efforçons plutôt d'éviter la souffrance que de rechercher le plaisir. »

Le contexte de cette dernière citation est étrange. Freud explique que si nous ne tombons pas amoureux tous les mois, ou si nous ne faisons pas de nouveaux amis, c'est par peur de la douleur que nous aurions à nous séparer, perdre l'amitié ou vivre le malheur qui frapperait un ami. Plaisir, déplaisir souffrance : on voit la place de ces affects dans une pensée qui s'ébauchait.

La problématique est celle de l'excitation et de la décharge. Freud pose que l'excitation est un déplaisir et que la décharge, en ramenant la tension au niveau le plus bas et le plus constant, représente le plaisir. Des appellations telles que « principe de constance », de « nirvana »,

d'« inertie », montrent l'insistance de l'idée. Le principe de plaisir-déplaisir implique une fluctuation entre excitation et décharge et Freud invente des systèmes protecteurs tels le pare-excitations et confère au psychisme des fonctions de défense (refoulement par exemple) et la possibilité de résolution d'un trop de tension par l'élaboration. Le paradigme du plaisir serait l'état du fœtus *in utero*, à l'abri, théorique, de sources de fortes excitations et celui du déplaisir, l'acte de naissance.

Ce principe est heuristique et Green par exemple s'étonne du fait qu'il n'ait pas été inventé plus tôt. Il est simple, efficace et propre à bien faire tourner le système. Nous verrons toutefois qu'il avait besoin d'être modifié pour s'adapter au développement de la théorie. Car il soulève des questions : pourquoi l'augmentation des tensions déclencherait-elle toujours du déplaisir ? N'y aurait-il pas d'autre part, outre l'aspect quantitatif, un aspect qualitatif ? Dans la lettre 52 à Fliess, Freud reconnaît que les incidents sexuels n'engendrent pas tous du déplaisir, la plupart sont agréables. Cette phrase qui ressemble à une découverte, sous la plume d'un homme qui avait introduit la sexualité dans la psychologie est surprenante. Et que dire alors de l'excitation due à une douleur ?

« Il a été affirmé que toute douleur contenait en soi la possibilité d'une sensation de plaisir. » (Freud, 1905)

Et dans *Pulsions* (1915b), il admet que :

« Les sensations de douleur [...] débordent sur le domaine de l'excitation sexuelle et provoquent un état de plaisir ; voilà pourquoi on peut consentir au déplaisir de la douleur. »

Donc l'augmentation de l'excitation, même sexuelle, même douloureuse peut provoquer du plaisir, mais Freud ayant opté pour le principe de plaisir-déplaisir au lieu d'un autre principe, celui de satisfaction-souffrance a écarté ainsi la douleur de son système, mais pas de sa pensée. La douleur en effet a poursuivi un chemin souterrain avec des résurgences inattendues qui nous permettent de distinguer des lignes de réflexions. Elle parasitera ainsi la théorie comme la mouche du coche, jusqu'à ce qu'elle la rejoigne au travers de trois articles contemporains de ce que J. Laplanche a appelé « le tournant de 1920 ».

Si on revient au nourrisson et si on suppose que le séjour utérin est un paradis, avec le niveau des tensions au plus bas, on peut dire que le plaisir, au sens freudien, est premier, et que le désir de l'homme, après la naissance, est de retrouver ce paradis perdu, « attaqué par la dure réalité à étreindre », comme disait Rimbaud. Ce paradis serait donc celui d'un

état psychique qui ne reconnaîtrait pas la réalité. Le sommeil, le petit oiseau dans l'œuf, ou le nourrisson, « à condition d'y ajouter les soins maternels » se rapprochent d'un tel état (*Résultats, idées, problèmes*, p. 137). Mais un tel état ne serait pas viable très longtemps. À vrai dire, les trois exemples ne sont pas comparables : le sommeil n'est pas éternel, l'oiseau finit par sortir de la coquille, quant au nourrisson, il est séparé de la réalité grâce aux soins maternels qui lui proposent une réalité aménagée à double valence : d'une part protectrice, de la réalité extérieure et des besoins internes, surtout corporels, et aussi incitatrice et créatrice de ce que j'appelais plus haut la psychisation et l'humanisation, les deux étant liées. On ne peut séparer ces deux fonctions : celle de la mère comme pare-excitations, celle de la mère comme transmetteuse de vie psychique après l'avoir été de vie tout court. Le pare-excitations en dehors d'une aptitude innée à supporter une élévation du niveau de tension, n'est pas un bouclier.

À L'ORIGINE, LA DÉTRESSE

« Vous serez peut-être curieux d'apprendre comment on a pu arriver à l'idée que c'est l'acte de naissance qui constitue la source et le prototype de l'état affectif caractérisé par l'angoisse. » (Freud, 1916)

Freud raconte une anecdote, un fait amusant, qui valut à une candidate sage-femme d'être recalée à son examen. À la question : « que signifie la présence de méconium dans les eaux pendant le travail d'accouchement ? » elle avait répondu sans hésiter : « que l'enfant éprouve de l'angoisse », ce qui fit rire tout le monde. Mais pas Freud, qui dans son « for intérieur » prit parti pour la candidate et « sa juste intuition d'une relation importante ». Le premier état d'angoisse nous dit-il, est provoqué par la séparation qui s'opère entre la mère et l'enfant, toujours « arraché des entrailles de sa mère » même s'il n'a pas eu, comme Macduff une naissance normale. En parlant du méconium et de l'angoisse qui serait liée à sa présence, Freud introduit, sans peut-être sans rendre compte, l'idée d'une possibilité de réaction affective très précoce chez le fœtus, donc anténatale, ce que des travaux scientifiques modernes affirment de nos jours (Delassus 2001). Il faut donc écouter ce que nous disent les savants, mais Freud lui-même avait signalé que :

« La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne nous le laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance.

L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique. » (Freud, 1926)

Toutefois cette « continuité » et cette « césure frappante » doivent être rapprochées afin de mettre en évidence la violence du phénomène de la naissance et l'absolue nécessité de l'objet maternel pour produire ce qui deviendra psychisation et donc humanisation chez un nouveau-né, cela à partir de l'*Hilflosigkeit*, de l'état de détresse des origines. Et plus loin Freud ajoute :

« Ainsi donc le facteur biologique est à l'origine des premières situations de danger et crée le besoin d'être aimé, qui n'abandonnera plus l'être humain. » (*ibid.*)

Ces considérations sont importantes car elles confèrent à la détresse première du nouveau-né non pas un aspect fatalement cataclysmique, mais au contraire en font une condition de départ qui par sa précarité même, va imposer une exigence forte de soins extérieurs qui devront combler les besoins corporels, affectifs et psychiques de l'enfant, c'est-à-dire la nécessité d'une instance maternelle pare-excitations, répondant à la demande d'amour et favorisant les échanges.

Il faut méditer sur cet état de détresse qu'on pourrait facilement confondre avec le fardeau que la réalité de la vie impose aux hommes, comme une fatalité. On sait la position critique de Freud vis-à-vis d'Otto Rank qui considérait cette détresse primitive de la naissance comme un traumatisme à abrégier au fil du temps de façon toujours plus complète, une sorte de blessure à cicatrifier. Freud lui, envisageait cette détresse originaire, cet état traumatique lié à la naissance, comme le paradigme de la réaction à la situation de danger, retrouvé donc lors de tous les dangers futurs, qui se présenteront au cours « des nouvelles formes d'existences et de développement psychique », dans un point de vue donc, plus évolutif et dynamique.

Pour qualifier cet état il a plus utilisé les termes de détresse, ou celui d'angoisse que celui de douleur. Il l'utilise pourtant dans celui des addenda de *Inhibition, symptôme, angoisse* consacré à « angoisse douleur et deuil ».

« Il n'y a pas le moindre doute quant à l'existence de l'angoisse du nourrisson ; mais l'expression du visage et la réaction par les pleurs font supposer qu'en plus de cela il ressent de la douleur. Chez lui, semble-t-il, on trouve confondu ce qui sera plus tard séparé. » (Freud, 1926)

Contrairement à son habitude Freud n'est pas solipsiste dans ce texte et la douleur y est comprise dans le cadre de la relation mère-enfant ; en particulier des expériences rassurantes répétées qui permettent à ce dernier de « distinguer les absences temporaires de la perte durable » et d'apprendre ainsi à s'autoconsoler.

Trente et un ans après, il reprend ce qu'il avait mis en lumière dans « Esquisse d'une psychologie scientifique » (1895) : le rôle d'une mère auprès de son enfant quand celui-ci retrouve la détresse. Il l'avait un peu oublié entre-temps, sans doute parce qu'il avait des difficultés à imaginer une figure maternelle entachée du moindre défaut. Il la décrit ainsi dans la lettre 52 à Fliess :

« Ce personnage préhistorique, inoubliable, que nul n'arrive plus tard à égaler. »

L'ÉPREUVE DE LA SATISFACTION

Ce chapitre de « Esquisse d'une psychologie scientifique » précède celui sur l'épreuve de la souffrance. Il n'est pas indifférent que dans les deux cas Freud utilise le mot épreuve, qu'il faut sans doute entendre, et le Robert nous le confirme, comme une opération par laquelle on juge les qualités, la valeur d'une chose. Satisfaction et douleur sont donc le résultat d'une épreuve, d'une expérience, et non des données brutes. Le jeu entre ces deux expériences est à la base de la constitution « d'un certain état de ψ », résiduel en quelque sorte, de l'expérience des états de souffrance et de satisfaction Il s'agit là des premières notions du Moi nous explique Freud. La plus ancienne dialectique freudienne se forme donc non pas sur le principe de plaisir-déplaisir, mais sur les épreuves de souffrance et de satisfaction dont la dialectique des alternances me semble pertinente pour comprendre les mouvements du psychisme au ras de son origine.

Que se passe-t-il lors de celle de satisfaction ? Freud part du besoin de la décharge d'une excitation, d'une poussée qui tend à se réaliser par le moyen de la motricité. La modification interne (manifestations émotives cris, innervations musculaires) est inefficace, Il est nécessaire que se produise une « certaine modification à l'extérieur (par exemple apport de nourriture, proximité de l'objet sexuel) ». Il s'agit d'une « action spécifique » que le nouveau-né humain est incapable d'effectuer. Cette action spécifique ne peut se réaliser « qu'avec une aide extérieure et au moment où l'attention d'une personne bien au courant se porte sur l'état

de l'enfant ». Ainsi naît « une fonction secondaire d'une extrême importance : celle de la *compréhension mutuelle*. L'impuissance originelle de l'être humain devient ainsi *la source première de tous les impératifs moraux*. »¹

Cette compréhension mutuelle est scellée par une rencontre. Celle des gestes au départ désordonnés de l'enfant désirant percevoir de face afin de le capter, le sein maternel, et le mouvement complice d'une mère bienveillante qui favorise l'accomplissement de cette rencontre. Freud imagine que l'excitation sensorielle de la peau et des muscles de l'enfant produisent, dans la répétition de l'expérience, ce qu'il appelle une image motrice ou kinesthésique, noyau de la mémoire de la relation affective entre la mère et l'enfant. Une bouche cherche un sein, une main et un geste la guident et l'accompagnent. L'enfant l'ignore mais il s'en souviendra.

La « personne bien au courant », appelée plus loin la « personne secourable » (quelles belles expressions pour nommer la mère !), voilà ce qui a dû manquer à certains patients. Et voilà aussi ce qu'ils ne pourront trouver (car trouver dans ce cas serait retrouver) dans la personne du médecin, qui ne peut être ni au courant de leur mal, ni secourable. La nécessité de se plaindre est alors plus importante que la guérison. Le patient ne veut pas, ne peut pas guérir, il veut dire son état chronique d'insatisfaction.

Dans une certaine mesure on peut estimer qu'une insatisfaction qui se prolonge ou se répète est synonyme de souffrance et on comprend mieux alors ce que Freud voulait dire dans le chapitre où il montrait que paradoxalement la défense contre la souffrance l'auto-aggravait. Douleur et solitude s'allient. Il faut l'aide extérieure de la personne bien au courant pour permettre le soulagement de la souffrance.

Les deux chapitres de « Esquisse d'une psychologie scientifique » intitulés « Épreuve de satisfaction » et « Épreuve de souffrance », auraient pu donner naissance à un principe de fonctionnement du psychisme.

Si celui de plaisir-déplaisir a son efficacité théorique, celui de satisfaction-souffrance plonge au cœur de l'expérience affective de l'être humain. Il produit une mémoire. Freud dit :

« Les traces laissées par les deux expériences vécues... celles engendrant une satisfaction et celles provoquant du déplaisir, sont les affects et les états de désir. Ces deux états ont la plus grande importance, puisqu'ils

1. Les italiques sont dans le texte.

laissent derrière eux des forces motivantes. [...] Tout état de désir crée une attraction vers l'objet désiré et vers l'image mnémorique de ce dernier, tout événement pénible engendre une répulsion, une tendance qui s'oppose à l'investissement de l'image mnémorique hostile. Nous avons ici une attraction et une défense primaire. » (Freud, 1895a)

En ce qui concerne la défense, Freud introduit un élément qui passe volontiers inaperçu et qui est pourtant du plus haut intérêt. Il se demande comment une image mnémorique hostile peut perdre rapidement son investissement, donc être refoulée. Il émet l'idée d'un autre objet venant remplacer l'objet « ennemi ». Il ajoute un peu plus loin qu'un investissement « latéral » peut agir en modifiant le trajet du courant, lors des expériences pénibles. Cette idée est celle du contre-investissement permettant le refoulement. Mais ce recours à une représentation contiguë ou connexe pour lutter contre celle chargée de trop d'excitation, nous le retrouverons dans l'excessivement net, l'*Überdeutlich*, qui se colore d'une intensité empruntée à la représentation que l'on veut écartée alors qu'elle-même est relativement indifférente, comme la couleur jaune des fleurs de la prairie du souvenir écran de Freud. Il s'agit là d'une diversion et nous verrons son importance dans la prise en charge de la douleur.

Je reviens au couple satisfaction-souffrance. On voit que dans cette conception, le système n'est plus binaire, excitation et décharge, mais ternaire. En effet existe un résidu des expériences, une mémoire donc de l'attirance ou de la tendance au refoulement. Freud la nomme un « certain état de ψ ». Cette instance entrave la décharge, et s'appelle le « Moi », ajoute-t-il.

Le moi présenté ici par Freud est capable d'investir, de s'en souvenir et donc de désirer. Il peut donc entraver la décharge là où le principe de plaisir vise à la liquidation totale de l'excitation. Car dans ce dernier système il faut comprendre que la pulsion et le désir viennent déranger un psychisme qui aspire au nirvana. Nous verrons plus bas la difficulté qu'aura Freud pour intégrer en 1924 la pulsion de mort et le masochisme dans le principe de plaisir.

Il s'agit là d'un moi un peu prématuré, arrivant peut-être avant son heure dans l'œuvre, mais qui est le fruit d'une belle intuition. Il suppose une mémoire des investissements et des affects perçus, parmi lesquels soulignons-le, figure la souffrance, et surtout introduit la notion de désir. Affects et états de désirs impliquent « une augmentation de tension quantitative en ψ », ce qui dans l'autre principe, est la définition du déplaisir. Or le désir est un plaisir du moi. Mais avec ce dernier, nous ne sommes pas dans le même monde, pas dans le même système de pensée.

La pulsion qui pourtant renaît constamment vise à la décharge totale. Le nirvana de la pulsion est au niveau 0 de l'excitation dit Laplanche (1986). Celui du moi est une homéostasie susceptible d'accepter voire de désirer décharges et excitations plus ou moins importantes ; ce sont les « forces motivantes ».

Surtout le moi est capable non seulement de supporter la tension mais aussi de la retenir, donc de la travailler de l'exploiter. Cette possibilité de rétention sera plus tard dans les années vingt, attribuée au masochisme. En 1895 la pensée de Freud est donc très proche de celle qui fera naître la deuxième topique. Mais l'urgence était peut-être d'établir et de préciser la première. Il ne se préoccupe donc plus de la douleur pendant une vingtaine d'années et la chasse de son esprit et de sa théorie. On a vu que, tenace, elle a fait quelques réapparitions. Il n'envisage donc pas à cette époque que l'on puisse la désirer, et encore moins en jouir, ce qui ne lui interdit pas d'écrire, dans un texte comme « Pulsions et destin des pulsions » qu'elle pouvait être érotisée comme n'importe quelle sensation, et provoquer un état de plaisir.

J'ai toujours trouvé émouvantes les lignes du *Problème économique du masochisme* dans lesquelles Freud interroge anxieusement son principe de plaisir :

« Si la douleur et le déplaisir peuvent être en eux-mêmes des buts, et non plus des avertissements, le principe de plaisir est paralysé, le gardien de notre vie psychique est comme sous l'effet d'un narcotique. » (Freud, 1924)

Et il introduit alors un sadisme-masochisme originaire, issu de la pulsion de mort à l'œuvre dans l'organisme, dont une partie est déplacée vers l'extérieur, c'est le sadisme, et une partie restée à l'intérieur, est le masochisme érogène. Ce masochisme, originaire, devient « une composante de la libido, et d'autre part garde toujours pour objet l'être propre de l'individu ».

« L'AMOUR EST LE MAL DU PAYS »

Dans une lignée pessimiste la douleur est un mal inguérissable pour Freud, une plaie de l'humanité par son incurabilité. De plus elle vient gêner sa théorie, et elle en est chassée. Cet aspect apparaît dans « Le Refoulement », *Deuil et Mélancolie*, *Au-delà du principe de plaisir*, et *Malaise dans la civilisation*.

Mais dans un autre courant d'idée par sa ressemblance avec la pulsion elle impose une exigence de travail au psychisme. C'est ainsi que dans « Esquisse d'une psychologie scientifique », « Pulsions et destin des pulsions », « On bat un enfant » et l'article de 1924 sur « Le masochisme », elle acquiert plusieurs fonctions : elle participe à la réalisation du lien avec la mère, au rapatriement de la pulsion vers le moi, à la création de l'objet et du fantasme. Surtout la notion de masochisme et de la pulsion de mort remanie complètement la théorie, plus structurale. Et on peut comme l'a fait B. Rosenberg (1991) comprendre que le masochisme par son pouvoir de lier la destructivité, peut être aussi le gardien de la vie. Mais je crois que le fait d'avoir écarté la douleur de 1895 à 1919, date de « On bat un enfant », a permis à Freud de parfaire sa première topique, d'introduire le narcissisme grâce à un masochisme originaire pressenti, sans être encore théorisé.

La dernière citation faite plus haut sur le masochisme originaire, « composante de la libido », montre à quel adversaire nous avons affaire quand nous prenons en charge les patients douloureux chroniques. Elle connote l'aspect pessimiste de la pensée de Freud et de sa conception nostalgique et masochique de l'homme. Les deux valences du « certain état de ψ », ancêtre du moi, l'une tendue vers la satisfaction, l'autre vers la souffrance qu'il imagine, sont les filles de la *césure* de l'expulsion de l'éden et de la *continuité* du paradis terrestre.

Les deux sont liées à la dimension maternelle. La mère est à l'origine des deux expériences ou « épreuves ». Elle procure la satisfaction et allège ou supprime la souffrance. C'est ce que l'enfant attend d'elle, de la bonté inconditionnelle que lui accorde Freud, incapable de l'imaginer mauvaise. C'est ce que les patients douloureux attendent du médecin, dans la régression qui les frappe et leur fait retrouver l'attente et l'appel que tout être humain a connu dans sa détresse d'enfant, vers, nous dit Freud (1919) : « l'antique terre natale du petit d'homme, lieu où chacun a séjourné une fois et d'abord ». « L'amour est le mal du pays ».

PARTIE 2

CLINIQUE DE LA DOULEUR

Chapitre 4

L'HYSTÉRIQUE ET SON SECRET

*« ... et de suivre ainsi la voie que j'ai moi-même parcourue »
Freud, Études sur l'hystérie, Avant-propos de la deuxième édition.*

LE DEALER AMÉRICAIN

Au cours d'un congrès sur la douleur, un chercheur neurologue raconta l'histoire suivante :

Un dealer américain en héroïne, lui-même toxicomane, décida de s'échapper du double cercle infernal de la drogue et des trafiquants. Il était très difficile de le faire tant l'emprise pharmacologique et la pression de ses fournisseurs étaient intenses. Il projeta donc de quitter la grande ville de la côte atlantique où il habitait et de s'expatrier. Il cessa de se droguer. Quelques jours avant son départ, il fit une chute très grave dans les escaliers abrupts, vertigineux, d'une bouche de métro et se fit une entorse très sévère à la cheville. Il était encore sous l'influence de l'héroïne et ne ressentit aucune

douleur. Il quitta les États-Unis pour un long voyage autour du monde qui dura trois ans. Il rencontra une femme avec laquelle il eut deux enfants, regagna son pays par la côte ouest, et finit par retrouver sa ville. On l'avait oublié. Un jour dans la bouche du métro où il était tombé, il reconnut très précisément l'endroit de sa chute.

– « Et immédiatement il éprouva... devinez quoi ? » demanda le présentateur à la salle.

– « Une douleur à la cheville ! » répondit la salle.

– « Non ! les signes classiques d'un sevrage à l'héroïne », précisa le chercheur.

Et il commença à commenter le phénomène, à coup de médiateurs chimiques, pour expliquer la mémoire de la douleur. Je fis remarquer que ce qui avait été mis en mémoire n'était pas la douleur puisqu'il n'y en avait pas eu, ni lors de l'entorse, ni lors du sevrage, et que ce qui avait eu lieu ressemblait aux « réminiscences » des hystériques, ce qui met en jeu une forte participation du psychisme. On ignore tout de celui du jeune américain, mais cette petite histoire doit faire réfléchir. Je l'ai citée pour montrer, médiateurs chimiques ou pas, le pouvoir qu'a le psychisme réminiscent de se décharger dans l'hallucinoïre et la motricité en offrant ainsi à l'affect une voie de décharge hystérique.

Dans cet exemple, le processus en jeu fait intervenir une perception externe, la vision de l'escalier. Cette perception va retrouver la trace inscrite de l'accident, son souvenir. Mais l'accident était contemporain d'une période particulière dans l'existence du jeune homme, qui vivait alors, à cause du sevrage et de la nécessité d'échapper au monde si dangereux de la drogue, une véritable tempête d'affects, sans compter ceux liés à la décision de fuir à l'aventure, à l'aléatoire d'une telle décision. La perception de l'escalier constitue le deuxième temps du traumatisme, alors que comme pour le cas fameux d'Emma, il n'est pas traumatique en lui-même. La décharge violente des affects s'est faite dans la physiologie, sous la forme complexe d'un syndrome de sevrage ; ce qui est, il est vrai, tout à fait étonnant, et requiert une déqualification totale des affects mis en latence, qu'on ne peut pas reconnaître dans ce syndrome. Ce dernier n'est donc pas symbolique au sens étroit du mot, mais il est fortement lié à la réalité psychique. C'est un syndrome douloureux aussi bien moral que physique. Il comprend anxiété, angoisse, troubles psychiques divers et manifestations corporelles extrêmement pénibles, en particulier myalgies sévères, tremblement, secousses musculaires, piloérection.

Rien n'autorise à appeler hystérique le passage à l'acte corporel du jeune américain. Ce n'est pas ce qui importe. On peut estimer que s'était constitué dans son cas une dette d'affects violents, qu'ils avaient été

réprimés, évités et mis à distance par la fuite, mais que la dette était là, avait donné rendez-vous à l'ex dealer. L'entorse de la cheville était peut-être elle-même due à un acte manqué, mais elle a permis à la fois une mise à l'écart d'un « trop » d'affects, et leur mise en latence, avec la complicité du corps. La vision dans l'escalier après le retour, vision de quoi d'ailleurs car pour n'importe qui d'autre, il n'y aurait rien eu à voir, c'est le corps qui a été le siège principal de l'explosion d'affects et de douleurs que représente le syndrome de sevrage. Le jeune américain n'a peut-être pas fait une conversion. Je n'ai cité cet exemple que pour montrer la complicité qui peut s'établir entre psychisme affects sensations et réactions corporelles, le jeu possible de collusions et défenses réciproques qui peut s'établir entre toutes ces instances, celui de leur mise en mémoire, de leurs après-coups et de leur transformation en autre chose. Petite lumière pour éclairer la conversion ?

Je ne propose pas ici une réflexion de plus sur l'hystérie. Je voudrais seulement demander à cette dernière d'apporter un élément de compréhension plus profonde de ce phénomène inexplicable pour moi qu'est la psychogénie de la douleur physique, sa création par l'esprit.

CONVERSION ET COMPLAISANCE SOMATIQUE

Mystérieuse ou secrète ?

Que l'hystérique se regroupe autour d'un secret, certes Freud l'a deviné. Il a désiré percer ce secret, le traduire voire l'interpréter. Grâce aux hystériques et pour elles, il a inventé la psychanalyse : le conflit intrapsychique, l'inconscient, le sexuel, le traumatisme, la défense. Il a construit l'édifice de la névrose. Il a voulu voir chez les hystériques le secret d'une histoire d'amour.

C'était dans les années 1895, et de nos jours le secret demeure. Freud avait raison : proton pseudos, premier mensonge... Quelle intuition l'a poussé à comprendre que l'hystérique mentait, se mentait à elle-même, et, ce faisant permettait la découverte d'une vérité, celle d'une organisation psychique de référence, un modèle pour le fonctionnement mental des êtres humains, la névrose installée dans la génitalité.

Histoire d'amour donc ? C'est la question que pose J. Lubtchansky (*Revue française de psychanalyse*, 1973, n° 3), une des premières à avoir interrogé autrement la clinique et compris plus en profondeur la problématique des hystériques, quoique, Freud, comme toujours, a saisi une autre dimension derrière le sexuel trop affiché de ses patientes. Et,

écrit J. Lubtchansky, il nous le dit avec Breuer dans la communication des *Études sur l'hystérie*. L'affect lié à l'événement traumatique causal peut résider en :

- une colère non exprimée ;
- un affront non vengé ;
- une *douleur* due au deuil d'une personne chère et jugée irremplaçable ;
- et enfin des affects liés à des excitations génitales.

C'est moi qui souligne le mot douleur comme je devrais souligner les autres affects, colère, affront, ainsi que tout ce que l'hystérique nous offre à voir, et qui montre (signifiant-signifié ?) qu'elle n'est pas une simple histoire d'amour, ou de mort, mais un drame. Et que le « sexuel » brut des patientes a parfois été plaqué comme à coup de truelle, sur des blessures narcissiques précoces et profondes. On est d'ailleurs frappé en relisant *Études sur l'hystérie* par le nombre de morts, de cas de maladies, de pertes diverses relatées par Freud : maladie et mort du père d'Anna O., maladie et mort du père, des deux sœurs et déceptions multiples d'Elizabeth V.R., mort du mari d'Emmy von N. qui était la 13^e d'une fratrie de 14 dont il ne restait que 4 enfants vivants, mort de la mère des enfants dont s'occupait Emmy von N. Il s'agit là de détresses traumatiques. Elles scellent la parenté qui existe entre traumatisme et douleur, physique ou morale.

Convertir et converser

À partir d'une origine commune, les mots ainsi apparentés dérivent au cours du temps. Je ne puis imaginer qu'ils ne gardent pas quelque trace de la signification originaire. C'est ainsi que conversion et conversation sont des mots cousins dérivant tous deux, directement pour le premier, indirectement pour le second, du latin *convertere* (racine IE Wer IV). La conversion hystérique est donc un langage, langage fort, langage du corps, langage préverbal qui cherche à converser :

« Ainsi, les jambes douloureuses commencèrent elles aussi à "parler" pendant nos séances d'analyse. » (Freud, 1895c, p. 117)

Si grâce à l'hystérie Freud a inventé la névrose, c'est par la conversion qu'il a été introduit à la douleur, et s'y est intéressé. J'entends par douleur, en ce qui concerne les hystériques, aussi bien les algies proprement dites que les paralysies et les anesthésies, et autres manifestations

corporelles, qui sont bien une souffrance du corps. *Uterus loquitur* disait Ferenczi (t. III, p. 64), « l'utérus parle ».

Les hystériques ne sont pas les seules à utiliser le corps pour communiquer. Cette remarque est triviale. Nos gestes accompagnent nos mots. Et il faut observer que, plus les affects sont forts, plus les gestes sont violents. Darwin cité par Freud formulait pour expliquer les mouvements expressifs le principe de la « dérivation de l'émotion » par exemple pour expliquer le frémissement de la queue du chien ; et chez le dentiste ajoute Freud celui qui a décidé de ne pas bouger la tête « se contente tout au moins de trépigner ». L'hystérique en crise utiliserait donc une potentialité universelle (voir le cas du dealer américain).

D'autre part il y a de nombreux degrés de conversion. Certaines semblent être communes aux êtres humains d'une même culture. Ainsi en est-il de ce petit trépignement en forme de chute amorcée, l'astasia abasia, si fréquente chez les hystériques. Dans ce cas, la complaisance somatique n'est pas une douleur mais une sensation autrefois connue au cours de l'histoire personnelle. Peut-être s'agit-il d'un souvenir neurologique d'un vécu très ancien éprouvé lors de l'apprentissage de la marche, un déséquilibre anxieux à surmonter, et un trépignement malhabile qui appelle le parent protecteur ou demande d'être pris dans les bras, désir d'être pris et porté, résidu d'une expérience inconnaissable et vestige d'une relation fusionnelle inoubliable. On parle souvent de la conversion comme d'un phénomène intrasubjectif qui se passe entre le psychisme et le corps avec une résolution des affects, et transfert dans le corps. Mais il ne faut pas oublier l'objet. Il ne saurait y avoir de conversion sans l'objet. L'hystérique solitaire ne convertit pas. Il veut un témoin.

Par ailleurs s'il est commun d'observer des conversions aiguës qui ne durent que quelques jours ou quelques semaines, il en existe aussi des chroniques, solidement enracinées parfois définitives.

Deux réminiscences

L'hystérique souffre de réminiscences. Réminiscence : « l'ombre d'un souvenir » nous dit le Robert, et Platon : « souvenir d'un état antérieur où l'âme possédait une vue directe des idées ». Peur d'une ombre ?

C'est à Freud que nous devons le mot :

« Dans l'hystérie, la représentation inconciliable est rendue inoffensive par le fait que la somme d'excitation est reportée dans le corporel,

processus pour lequel je proposerais le nom de conversion », (Freud, 1894).

Ce bond du psychique à l'innervation somatique – la conversion hystérique – échappe toujours à notre entendement a écrit Freud dans *L'Homme aux rats* (1907) et il a parlé de complaisance somatique dans le cas Dora (1905). Les deux concepts ne vont pas l'un sans l'autre. Ils proposent une alliance entre le psychique et le somatique, que l'on retrouvera avec les deux autres catégories de pathologie douloureuse psychogène (hypocondrie, névrose traumatique). Chacune a sa spécificité, mais l'hystérie semble proposer un modèle, pas tellement par l'idée de conversion que par celle de complaisance somatique.

Dans l'article où Freud propose le mot de conversion (*Névrose, psychose et perversion*, p. 4) pour rendre compte des manifestations critiques hystériques, il s'en figure le mécanisme ainsi : un événement, une représentation, une sensation se présente dans le moi du patient en éveillant un affect si pénible qu'il décide de l'oublier plutôt que de résoudre par le travail de la pensée, la contradiction entre cette représentation inconciliable et son moi. Ce dernier voudrait même la traiter de non arrivée, ce qui apparente plus le processus à un déni qu'à un refoulement, plus proche de l'oubli. Bref, l'intensité des affects est telle qu'il ne peut arriver à oublier. La représentation forte doit être transformée en représentation faible, et pour cela le moi doit lui arracher l'affect. Il y arrive en soustrayant une certaine somme d'excitation (l'affect) qui ainsi séparée, ou arrachée, va être, convertie, transposée dans le corporel. Mais le saut ou le bond de ce psychisme dans l'innervation corporelle n'atterrit pas n'importe où. Il nécessite une complaisance du somatique. D'où vient cette complaisance ?

Le mot allemand ainsi traduit est plus fort que le mot français. *Somatische Entgegenkommen* signifie « aller à la rencontre de, au-devant de » mais aussi curieusement « aller à l'encontre de, aller contre ». Quant à l'adverbe *entgegen* il signifie « opposé ». Cet aspect linguistique a des résonances que je reprendrai plus tard, mais on aperçoit déjà qu'au-delà d'une complaisance, l'idée est celle d'une *rencontre* entre ce qui doit être converti et ce qui l'accueille dans le corporel. Il semble que l'accueil n'est pas passif, la zone corporelle n'est pas neutre elle est marquée par un souvenir et va au-devant de ce qui vient vers elle. Il y a donc là rencontre de deux réminiscences. Celle d'une représentation dont le moi ne veut rien savoir et celle d'un corps qui lui aussi autrefois a été affecté. Issue corporelle et mémoire somatique.

Comment ce corps a-t-il pu être affecté ? De jolies expressions de A. Green me viennent à l'esprit : « regard sur le corps ému » ou une autre encore au sujet de l'affect : « signifiant de la chair et chair du signifiant ». Certes l'affect est près du corps, et plus encore sans doute ce protoaffect qu'est la douleur brute des origines et point de départ obligé de la relation mère enfant. La douleur donc protoaffect Retour à une époque où sensation et affect étaient confondus ? Nous sommes là au cœur de notre problème C'est de l'histoire de cette relation, ses réussites et ses ratés, que naîtront psychisation et humanisation du petit d'homme, comme disait Freud.

LE VÉCU DOULOUREUX D'UNE BELLE INDIFFÉRENTE

Lors du phénomène de la conversion, l'affect est déqualifié jusqu'à devenir belle indifférence. Il perd le caractère insupportable qui nécessite un traitement d'urgence, et le voilà projeté transposé, mais surtout transformé en misère corporelle, et en particulier douleur au sens large. Il faut donc que celle-ci soit préférable à la douleur morale. Dans certaines pages des *Études sur l'hystérie* Freud nous fait partager à la fois les trajets d'une pensée en pleine créativité et l'émotion que lui procurait la découverte. Le premier, il s'est posé la question du gain économique d'une telle opération. Il s'agit du cas d'Elisabeth von R. dans les *Études sur l'hystérie*. Cette question n'avait jamais été posée. Elle ouvre pourtant à la notion d'une certaine fonction de la douleur.

La patiente souffrait d'une douleur à la cuisse. Freud nous explique longuement et de façon détaillée les raisons et le mécanisme de la conversion qui fait que :

« en lieu et place des douleurs morales évitées, des douleurs physiques survinrent ; la transformation fournissait un bénéfice du fait que la malade échappait à un état moral insupportable, mais au prix d'une anomalie psychique,... et d'un mal physique, les douleurs sur lesquelles s'établit une astasie abasie. » (Freud, 1895c)

Mais quelques lignes plus loin, comme s'il n'en croyait pas sa plume, il repose la question à laquelle il vient de répondre :

« On a le droit de serrer la théorie de plus près et de demander : mais enfin qu'est-ce donc qui se transforme en douleurs physiques ? » (*ibid.*)

Et il ajoute :

« Avec prudence, on répondra : quelque chose qui aurait pu et qui aurait dû donner naissance à une douleur morale. » (*ibid.*)

On perçoit une hésitation de la pensée qui explique la redondance, mais qui surtout témoigne d'une préoccupation particulière vis-à-vis de la douleur. J'ai choisi cet exemple car douleur morale et douleur physique nous y sont présentées dans une sorte d'alternative, de choix possible ; comme si la défense, pour reprendre le mot de Freud, d'Elisabeth von R. préférait la douleur à la cuisse à la souffrance psychique. La douleur physique, donc, à la place de l'affect. C'est la belle indifférence de l'hystérique. La représentation inconciliable a bien été rendue inoffensive grâce à la complaisance accueillante d'une zone corporelle.

Il n'en reste pas moins que l'affect a été déqualifié par le moyen d'un retour, d'un recours au corps, d'un recours à la douleur du corps, ce qui ne va pas de soi et peut-être devrait-on s'interroger sur une douleur s'accompagnant d'une belle indifférence.

Toujours à propos d'Elisabeth, dans des pages qui font penser à l'activité d'un détective, ou d'un archéologue, Freud essaie de comprendre le motif, le mécanisme et la détermination du symptôme hystérique. Il repose donc sa question : pourquoi des douleurs dans les jambes sont-elles venues remplacer une souffrance morale ? En fait le pourquoi qu'il pose est plutôt un comment. La névrose, dit-il ne crée pas la douleur mais se sert d'une douleur somatique existante, l'augmente et la maintient. On sait qu'il aimait que ses concepts s'étaient sur une base physiologique ou phylogénétique, sur une origine. Il pense donc qu'« une douleur d'origine réellement organique avait réellement existé ». Le redoublement de réellement est éloquent. Dans le cas d'Elisabeth la douleur avait dû être « primitivement rhumatismale », « peut-être s'agissait-il quand même d'une irritation spinale » ajoute-t-il en note (*Études sur l'hystérie*, p. 139).

Mais cette invite du corps à « dépsychiser » la douleur morale en l'accueillant, garde son mystère et ne nous aide pas beaucoup dans notre entreprise de compréhension de la psychogénie de la douleur physique. Cependant nous pouvons être aidés à ce stade de notre réflexion. Certes la conversion fait taire l'affect tonitruant, mais au « profit » si l'on peut dire d'une autre douleur, corporelle, dont la caractéristique est également de ne pas être traitable par l'élaboration mentale. Or c'est cette même impossibilité d'élaboration de l'affect, de la représentation de l'affect, qui nécessitait la conversion. Il faut donc penser que c'est le travail sur cet affect qui était redouté, probablement à cause du danger de retrouver d'autres représentations encore plus dangereuses,

des scènes haïes et habituellement évitées. C'est d'ailleurs la faillite de cet évitement, trou dans la défense phobique, qui avait permis la réminiscence et le surgissement de l'affect, signal de grand péril, et déclencheur de la fuite réflexe que représente la conversion. Réminiscence traumatique, elle-même après-coup de traumatismes anciens.

Il y aurait donc deux mouvements :

- d'une part le refus d'un travail risquant de faire revivre la relation ancienne avec l'objet et donc des affects redoutés ;
- d'autre part une trace somatique complaisante, active, qui vient se proposer.

Le résultat étant une radicale transformation de l'affect, totalement déqualifié, au point qu'une belle indifférence vient s'ajouter à la douleur. Encore que cette belle indifférence ne se voie que dans les conversions chroniques, qui durent quelque temps, comme celles dont je parlerai plus loin. Alors que les « attaques » brutales nous offrent à voir des états de transe, de conscience modifiés, un théâtralisme trop impressionnants pour ne pas affecter sinon les patients, du moins l'entourage qui doit bien en restituer quelque chose.

TRAUMATISME ET DOULEUR

Directement liée à un trauma sexuel réel ou au contraire fantasmé, l'étiologie de l'hystérie reste traumatique. Dès 1892, Freud donne une définition du traumatisme psychique « utilisable pour l'hystérie » :

« Devient traumatisme psychique toute impression dont la liquidation par le travail mental associatif ou réaction motrice offre des difficultés au système nerveux. » (Freud, 1892, p. 28)

Si on ajoute l'idée d'effraction du pare-excitations qui d'ailleurs est implicitement contenue dans cette définition, on peut la conserver et l'utiliser pour définir le traumatisme en général. On doit remarquer que cette définition est également celle de la douleur dans *Au delà du principe de plaisir* (1920) et qu'elle n'implique pas nécessairement la sexualité, alors même que dans ses commentaires Freud ne parlaient que de traumas sexuels réels. On sait qu'il renoncera à sa théorie en 96 : les jeunes femmes avaient menti, elles fantasmaient, les adultes, hommes, pères qui plus est, n'étaient pas des séducteurs pervers. Est-ce si sûr ? Il est relativement fréquent que des patientes racontent des scènes de séduction subies pendant leur enfance : attouchements légers

ou appuyés, fellations imposées, ou même pénétrations. La lecture des faits divers dans les journaux ne peut que nous en convaincre. Mais ces patientes ne sont pas toutes hystériques, chez certaines les traumatismes subis ont assez souvent pu être intégrés spontanément dans l'histoire de leur vie. Tout dépend évidemment des conditions et de la violence qui ont été subies et du sens qu'elles prendront à travers les après-coups traumatiques du sujet. J'ai eu à une certaine époque l'occasion de prendre en charge de jeunes patientes violées (les « tournantes » de l'époque) et même lors de ces cas atroces, elles ont pu pour la plupart surmonter l'épreuve grâce au travail psychique qu'elles désiraient entreprendre.

Mais il est certain que les hystériques ont tendance à surinvestir les souvenirs de séduction (voire à les inventer, comme l'a pensé Freud) et c'est même une des caractéristiques de leur personnalité. Pourquoi ?

Cela dit, classer les traumatismes en sexuels ou non sexuels n'est pas pertinent. Freud lui-même qui avait décrit à propos de 18 cas trois catégories de traumatismes sexuels différentes (*Névrose, psychose et perversion*) avait « indiqué comme condition de l'efficacité pathogène d'une expérience vécue que celle-ci apparaisse nécessairement comme insupportable au moi et qu'elle provoque des efforts de défense. » (1905).

Quel trauma chez l'hystérique ?

Il y a une quinzaine d'années un grand débat eut lieu au sein de la SPP à propos de la dépression de l'hystérique. A. Jeanneau auteur d'un très beau rapport sur le sujet postulait qu'il n'y avait pas d'hystérie sans dépression. M. Fain au nom d'une position théorique, prônait l'inverse : l'identification hystérique précoce réussie est la garante d'un fonctionnement du psychisme qui protège le sujet de la dépression. Je n'entre pas dans ce vieux débat, sauf pour dire deux choses.

Il n'est pas certain que l'hystérique, malgré son nom ait réussi ses identifications hystériques, et la clinique nous pousse à constater chez elle une lutte constante contre une position dépressive, avec d'ailleurs un certain succès. J'ajoute qu'il est vrai que la constitution d'un état névrotique suffisamment achevé prémunit assez efficacement contre la dépression, encore que cette dernière soit partie prenante de la condition humaine. Toutefois, si l'hystérie a permis la description de la névrose et en est le modèle, il s'en faut de beaucoup que toutes les hystériques soient névrotiques, ou névrosées. J. Bergeret a toujours insisté sur le fait que le symptôme ne fait pas la structure, et que dans les *Études sur l'hystérie*, Freud a décrit une théorie juste (la névrose) avec des figures fausses (des patientes plus proches de problématiques limites ou narcissiques).

Je crois donc que l'hystérique peut se déprimer mais je pense surtout qu'elle est prise toute sa vie dans un deuil impossible, celui des imagos parentales archaïques puis celui des objets œdipiens. Je me remémore ce que disait mon ami F. Lévy lors de nos conversations sur l'hystérie. Il a écrit (*Tirs croisés* 1988) :

« Nous devons être particulièrement reconnaissants à A. Jeanneau d'avoir précisé : la sexualité est haïe par l'hystérique, assurément parce qu'elle nécessite le deuil des objets parentaux. »

Il nous faut maintenant entrer un peu dans la problématique hystérique pour mieux saisir le pourquoi et le comment de son possible recours régressif au corps, et au corps douloureux, ce qui évoque des difficultés lors de la relation précoce avec la mère.

L'idée que la complaisance somatique est une trace, potentiellement excitable en douleur doit faire poser la question de l'origine de cette trace. Mon expérience clinique m'a fait penser depuis longtemps, dans la lignée du travail de J. Lubtchansky (1973) que cette trace nous parlait de la misère archaïque de l'hystérie (1974). D'autres l'ont écrit, en particulier F. Brette (1982, 1985, 1986, 2000) qui s'est beaucoup intéressée à l'hystérie et au traumatisme. Elle a su montrer à l'aide de cas cliniques convaincants, comment chez ses patientes, le traumatisme apparent qu'une perte d'objet vient réactiver, après-coup, le deuil non fait des objets œdipiens (et parentaux), les deux choses étant liées et composant le malheur de l'hystérique. Ce qui interroge sur la qualité du lien avec l'objet primaire et les objets œdipiens. Elle remet l'hystérie dans l'éclairage traumatique, mais sous le signe de la perte. Elle relance une phrase forte de Freud :

« La perte d'amour joue dans l'hystérie comme condition déterminant l'angoisse, le même rôle que la menace de castration dans les phobies. » (Freud, 1926)

Dans certains cas, devenir hystérique est la meilleure chose à faire. « Du traumatisme... et de l'hystérie pour s'en remettre » a-t-elle écrit. Et elle a montré comment le travail analytique pouvait transformer l'hystérie maladie, en « hystérie de bon aloi ».

« Il s'agissait de transformer une blessure non liquidable en excitation sexuelle virtuellement capable de décharge. » (Brette, 2000, p. 102)

Masud Khan dans un article écrit en 1974 (*Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 10) – dont le titre « La rancune de l'hystérique » est à souligner – tranche le problème de la nature du trauma subi par l'hystérique. Pour lui, s'il y a bien eu un traumatisme réel dans son histoire, il n'est pas de nature sexuelle. L'hystérique, lors des premières années de son enfance, répond aux défaillances d'un « maternage-suffisamment-bon » par un développement sexuel précoce. L'enfant se soigne lui-même de ce traumatisme par « l'exploitation sexuelle des expériences du moi-corps ». Mais une dissociation s'établit entre l'expérience sexuelle et l'utilisation créative des capacités du moi, une manière de clivage.

« Les souvenirs que l'hystérique garde de sa première enfance sont des souvenirs principalement somatiques. [...] Si dans la vie adulte, l'hystérique répond à l'angoisse par la sexualisation, il emploie (dans les relations d'objet) les appareils sexuels du moi-corps au lieu du mode de relation affectif et des fonctions du moi. » (Khan, 1974)

Cette solution sexuelle ne peut être que pseudo génitale et inadaptée. Je pense que l'incompréhension totale entre mère et enfant, cause de sa rancune, est revécue paradoxalement par l'hystérique. Les besoins de son moi corps ont été satisfaits et sexualisés mais pas ceux de son moi affectif. Sa quête sexuelle perpétuelle cache une demande infantile et très primitive d'amour et de protection, et la réponse masculine logique, qui est une proposition sexuelle est vécue comme une trahison.

« J'avais besoin d'être aimée et ce que j'ai obtenu est d'être traitée comme une putain ! » disait une patiente à M. Khan. « La crainte fondamentale de l'hystérique est celle de la reddition psychique à l'objet. [...] Sa vie intérieure est un cimetière de refus ».

Cimetière de refus sans doute, mais pépinière de possibilités de réminiscences. Ne pas se rendre et toujours refuser. L'hystérique est sur ses gardes. Mais elle, qui se souvient par répétition, ramène sans cesse l'objet premier dont il a fallu se défendre. Son corps fut une surface d'écriture pour la mère. Le corps à corps entre la mère et l'enfant n'a pas conduit à la compréhension mutuelle dont parle Freud. Leur zone d'échange n'a pas créé la symétrie nécessaire. Les excitations répétées du corps n'ont pas eu de résonances moïques autres que celles d'une *pseudo* sexualisation de défense et d'apparat, inutilisable.

D'autre part, si le sexuel est excitant (n'oublions pas que pour Freud pendant longtemps c'était un déplaisir), la réponse de l'hystérique a dû intensifier les excitations au lieu de les décharger. Des frayages se sont créés, témoins de la douleur incluse dans la relation, ce qui à mon sens

fait, malgré le mécanisme différent employé dans les névroses traumatiques et l'hypocondrie, un modèle de la psychogénie de la douleur. Une trace, une zone algogène a été créée, potentiellement réactivable. Zone algogène, donc érogène, et aussi hystérogène. Mot que Freud n'a jamais employé.

À ce point j'aimerais faire intervenir une conceptualisation à mon avis peu connue de Max Schur, le médecin et historiographe de Freud. Il suppose un développement parallèle et interdépendant entre la maturation de l'appareil moteur, le développement du système nerveux et la stabilisation des processus homéostatiques. Il en résulte dit-il une désomatisation croissante des réactions à certaines excitations. Cela tend vers un remplacement de l'action par la pensée et vers une réduction des phénomènes de décharges végétatifs, le résultat étant une maîtrise des excitations. (Schur, p. 322). Il ajoute que dans certains états de régression il peut de produire une resomatisation des réponses.

Je pense donc que l'hystérique n'a pas vraiment désomatisé et qu'elle a gardé une grande faculté de resomatisation, non dans le sens des psychosomaticiens qui suppose l'apparition d'une lésion, mais dans celui de possibilités expressives corporelles, c'est-à-dire par la motricité exagérée ou étrange, la décharge neurovégétative (rougeurs, pâleurs, vomissements, etc.), et la sensibilité (douleur ou anesthésie).

Je me souviens d'une petite fille qu'on m'avait amenée pour des « crises de nerfs » violentes. La mère était venue avec une voisine dont j'ai préféré accepter, à la demande de la mère la présence après la fin du premier entretien. Elle m'avait dit : « Quand ma fille n'a pas ce qu'elle veut, elle pleure et fait une crise ». La voisine déclara : « Quand la mère n'est pas là, tout va bien. Dès qu'elle arrive la petite fille hurle ».

Il est vrai que la « somatisation », l'expression par le corps est le seul moyen d'un bébé pour communiquer. On comprend que la désomatisation de Schur va de pair avec l'évolution qui mène au langage. Du cri au langage il n'y a qu'un pas disait Freud. Mais il s'agit d'un pas de deux qui nécessite que mère et enfant s'allient dans une « compréhension réciproque » qui s'enracine dans le soma, dans un corps à corps confiant et s'ouvre ainsi au jeu des mots. Cela ne s'était pas produit pour la jeune patiente citée plus haut ni pour les futures hystériques qui gardent toute leur vie un retour, ou un recours expressif au corps en cas d'urgence. Urgence de se protéger mais aussi urgence de dire.

On a vu avec M. Khan les particularités du corps à corps, de l'interjeu qui a pu avoir lieu entre le futur hystérique et sa mère. Dans mon esprit, cette dernière comprend également le père, celui représenté dans la tête

de la mère ainsi que dans et par sa manière d'intervenir. Les petits traumatismes de nos débuts dans la vie créent la pensée mais trop de traumatismes, par excès ou par défaut, l'attaquent, la contrecarrent et laissent des traces. Et qui dit traumatisme dit répétition. La manière de « traduire » les traces traumatiques inscrites dans le moi corps de l'hystérique, c'est la conversion. Ce qui détermine cette dernière est peut-être lié à la nature particulière d'une détresse traumatique spécifique, et aussi à un corps qui fut touché, et ne peut oublier.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner la nature de ce qui a pu se passer dans l'histoire et la préhistoire des patients hystériques. C'est la problématique narcissique identitaire qui a été concernée. La scène primitive n'a pas été structurante, elle a été déchirante. La situation œdipienne, à cause d'une identité qui s'interroge, la violence de l'attachement-haine aux objets parentaux, et la surchauffe psychique qu'elle engage, aggrave le tableau. Le sexuel débrayé n'est pas érotique, ou plutôt ne permet pas la recherche de complétude qui est l'apanage de l'être humain.

On ne saurait nier les souffrances de l'hystérique, et les appeler « doux leurres » ne résout rien, bien au contraire. Il est vrai que le but de l'hystérique n'est pas tellement de convaincre son objet ou son médecin que d'exister, de façon hystérique, en sa présence. Je ne sais plus qui, au cours d'un congrès a cité cette phrase : « j'ignore tout de l'hystérie mais je la reconnais tout de suite quand je la vois ». Être reconnue, là semble bien résider l'enjeu. À moins que la non reconnaissance soit une manière de répéter qui engage fortement la problématique de l'hystérique, telle la mouche derrière la vitre, qui se cogne sans pouvoir entrer. Cette image fait penser à une scène primitive dont l'hystérique s'est sentie exclue, dont elle voudrait faire partie, et qui s'y accroche : scène primitive donc qui n'a pu jouer le rôle structurant des fantasmes originaires.

À dire vrai, en revisitant mes souvenirs je ne peux confondre les patientes, assez nombreuses qui ont allongé leur névrose sur mon divan, et celles encore plus nombreuses, que j'ai rencontrées à l'hôpital. Les névrotiques se sont sans doute, au fil du temps, adaptées au divan, Freud est passé par là, encore qu'un épisthomonos ou une grande crise spastique viennent parfois, nous rappeler les « attaques » d'autrefois, comme celle que nous montre le tableau célèbre, « la leçon clinique du docteur Charcot ». On y voit une belle dame hystérique, abandonnée avec grâce dans les bras du maître apparemment en « état de conscience modifiée » comme disent les praticiens modernes de l'hypnose.

De telles patientes étaient celles décrites dans les *Études sur l'hystérie*. Elles n'ont pas disparu. Freud était allé les voir *in situ*, dans leur

habitat et sur leur territoire et c'est là qu'on peut toujours les trouver, hospitalisées par exemple dans les services de rhumatologie. Elles cachent plus leur névrose et s'expriment par le corps, principalement, du moins pour ces dernières, par la douleur.

Je ne suis pas sûr que les hystériques d'hôpital, dont le théâtre d'expression est le corps, et celles de divan, plus mentalisées peut-être, représentent deux catégories foncièrement différentes. Les deux en tout cas ont quelque chose à nous apprendre sur la douleur. Les patientes que j'ai vues à l'hôpital et celles qui ont fait écrire les *Études sur l'hystérie* à Freud sont les mêmes. L'hystérie n'a pas vieilli. Nous avons tous la tentation forte de faire ce que Freud a fait : essayer de comprendre et d'interpréter. Sans autre résultat que d'envoyer l'hystérique vers d'autres rivages. Apporter sa misère ailleurs. Ces quelques notations souvenirs sont là pour témoigner que contrairement à ce qui se dit, l'hystérie n'a pas changé. Elle propose son excès symptomatique et induit chez l'autre, le désir de les décrypter.

Freud témoignait vis-à-vis de ses patientes du même désir de compréhension, de la même *furor sanandi* que celle qu'il reprocha plus tard à Ferenczi. Il guérissait sans arrêt des douleurs sans cesse renaissantes. Placé dans les mêmes conditions que celle de Freud, devant les mêmes hystériques, avec une exigence de sens à donner, à trouver, je me suis fourvoyé. Je n'aime guère l'expression de « vignettes » cliniques, mais elle convient tellement à l'illustration de mes bévues que je l'utilise.

La belle étrangère

Cette jeune femme molle, au joli accent étranger, après les avoir séduits exaspère les médecins du service hospitalier dans lequel elle est hospitalisée. La sciatgie qu'ils aimeraient diagnostiquer chez elle, ne correspond pas aux trajets approximatifs et surtout changeants qu'elle décrit. On la catalogue : hystérique. Le chef du service veut la voir avec moi. Elle précise son mal :

– « C'est dans la fesse à droite, la douleur descend derrière la cuisse, jusqu'au creux derrière le genou. »

Le patron me glisse : c'est une névralgie sciatique ! et lui demande comment ensuite descend la douleur... mais la patiente l'interrompt.

– « Après, elle fait trois fois le tour du genou, remonte par l'intérieur, évite mon sexe, remonte encore, et me mord le sein gauche. »

Le patron dégoûté, se lève et sort. Je dois me souvenir que ma fonction est dans le service autant d'aider les patients que de permettre aux médecins de supporter une certaine catégorie de patients. J'ai donc failli, mais la

patiente me parle non de sa douleur, mais de son pays. C'est là qu'elle a rencontré pendant les vacances qu'il passait dans son pays, son mari. Elle l'a suivi en France puis l'a épousé. Il travaillait beaucoup et elle s'ennuyait. Souvent elle allait danser et s'amusait à exciter le désir des hommes :

– « On sent leur désir quand on danse » me précisa-t-elle.

Dans la chambre où elle finissait par se retrouver avec ses conquêtes, elle se reprenait vivement, se sentait outragée, et les repoussait violemment. Malgré ma blouse blanche elle avait parlé au psy le langage du psy. Elle m'a aussi expliqué comment elle, pourtant peu intéressée par la sexualité, avait été séduite par l'aspect donjuanesque du jeune touriste qui se vantait de ses nombreuses expériences féminines. Son désintérêt sexuel n'empêchait pas certaines images fortes et récurrentes, de rapt de jeunes femmes, voire de viols, d'affecter son imaginaire. Deux jours après, elle me convoqua et m'expliqua que ses douleurs ne venaient pas de ce qu'elle avait pu me dire, mais plutôt du climat lyonnais.

– « Ici le ciel est gris, chez moi, mon ciel est bleu. »

Je lui dis sans réfléchir :

– « Oui ! je pense que votre ciel est gris ! »

Elle se mit à pleurer. Le lendemain, quand je revins dans le service où toute une série d'exams avaient été prévus, elle était partie.

– « Pour cause de guérison. Elle s'est sentie guérie après vous avoir vu » me dit l'interne.

Mais elle avait laissé un mot pour moi, en mauvais français. Elle me demandait l'adresse d'un psychanalyste, que je lui ai communiquée. Après tout, elle m'avait indiqué quelles caresses elle permettait après trois tours de danse, et quelles caresses elle ne permettait pas. J'aurais pu lui dire qu'en évitant son sexe, donc en le désignant, et en se mordant le sein, gauche, celui du cœur, elle exprimait à la fois sa culpabilité et son désir. Mais ce n'était pas important.

Jeune femme immobile sur sa chaise

Elle est paralysée depuis un mois, incapable de se lever, de plus elle souffre. Sa mère vient trois fois par semaine faire ménage, cuisine et s'occuper des enfants. Sa belle-mère vient trois fois également, mais de façon alternée. Elle régnait sur tout ce petit monde qu'elle semblait contempler du haut de sa chaise, un peu hautaine, un peu distanciée. Elle est de même à l'hôpital, lointaine et insensible aux attentions des médecins. Elle ne me confie qu'une seule chose : sa mère et sa belle mère, brouillées, ne s'adressent plus la parole.

Femme à la chevelure divisée

Cette femme dont la chevelure se divise en une partie, hirsute (à gauche) alors que l'autre est soigneusement peignée tient constamment sa main droite, immobile au-dessus de la tête. Personne ne l'a interrogée sur la raison de ces deux particularités. Je le fais. Elle me dit : « Il y a un geste que je ne peux pas faire depuis très longtemps ». « Lequel ? » ai-je demandé. Et pour me montrer le geste impossible, celui qui lui interdit de se peigner à gauche, elle le réalise !

Un homme aussi

Il est d'origine étrangère, insiste-t-il. Pourtant son accent très lyonnais semble le démentir. Il raconte l'in vraisemblable histoire de sa vie avec un évident plaisir. Une succession impressionnante de traumatismes de tous ordres. Et à la fin la nécessité qu'il a eue d'épouser la mère de son petit-fils ! C'est-à-dire une femme, abandonnée qui avait eu un enfant de son fils à lui, et à qui il fit par la suite un enfant à son tour. Il se complait à commenter la généalogie tourmentée qui en résulte, les générations étrangement imbriquées, dans lesquelles le frère est également oncle ou cousin, et le fils, frère de son propre fils. Je m'y perds.

Mais il souffre d'une « névralgie atypique » lui a-t-on dit, une sciatique. Il ne voulait pas utiliser de canne. Mais la marche lui devenait de plus en plus difficile. Sa femme lui en a tendu une. « Depuis que j'ai pris cette canne dit-il, je marche comme un canard ». Il rit en réalisant qu'il mélange aussi les sexes. Quand il parle de sa jambe malade il dit « le membre ». La douleur qu'il éprouve procède par crises :

– « Le membre alors devient gros, rouge gonflé tendu et douloureux. Puis vient une série de secousses, le membre se dégonfle et je ressens un soulagement ! »

Les infirmières sont médusées...

J'ai cité ces quelques illustrations purement symptomatiques pour attester que les descendantes des patientes de Freud fréquentent toujours les allées de la médecine. Ces malades font souvent sourire ou rire les médecins. Pourtant elles montrent où réside la vraie misère, la vraie souffrance des hystériques qui nous bouleversent sous le masque de l'indifférence. Je m'étais demandé au début de ce chapitre si leur facilité à une conversion douloureuse avait valeur prototypique et permettait de comprendre un peu le mystère de la psychogénie de la souffrance corporelle. Le moment est venu de répondre à la question, ou tout au moins d'essayer.

LA LEÇON DE L'HYSTÉRIE

L'issue dans le corporel dont parle Freud dans le cas Dora, fait intervenir un corps qui se souvient, et une représentation qui ne peut ou ne veut pas participer à l'exigence de travail que la pulsion impose au psychisme. Je ne suis sans doute pas le premier à faire remarquer que le trajet de cette issue corporelle, la conversion, se fait à rebrousse chemin de celui de la pulsion dont l'origine est somatique et dont l'expression est psychique, via ses représentants. La représentation à convertir « choisit » le retour au corps, plutôt que l'élaboration psychique ou un refoulement secondaire débordé qui créerait de l'angoisse, une douleur morale ou des symptômes. La raison de ce choix est le mystère de l'hystérie. Il faut distinguer dans ce retour le point d'arrivée qui est le corps, le symptôme qui est la douleur (ou son équivalent, paralysie ou anesthésie) et le ressenti : une indifférence que l'on qualifie de belle, mais qu'on peut juger paradoxale puisqu'elle s'allie à la douleur. Ce dernier point s'oppose au ressenti douloureux observé dans les autres nosologies psychalgiques car ces dernières (hypocondrie, algies post-traumatiques, etc.) s'accompagnent plutôt d'un hyperinvestissement qui rend la douleur plus intense.

Le retour régressif au corps fait intervenir des traces qui subsistent et qui peuvent être réactivées. Quand je parle du corps je parle bien entendu du Moi-corps au sens de M. Khan (voir plus haut). En lisant et relisant les *Études sur l'hystérie* on est frappé de voir comment Freud touchait le corps (réel) de ses patientes, les palpait, les examinait régulièrement. Il se comportait vis-à-vis d'elles en médecin somaticien et de plus les soumettait à des séances d'hypnose. Il avait donc l'autorité, le savoir, le pouvoir et l'activité, ce qui mettait les patientes dans une situation d'apparente ou relative passivité. Cette situation, normale dans la relation médecin malade, qui abolit toute gêne toute pudeur et se passe dans un climat de confiance, n'est pas sans faire penser à la relation qui existe entre une mère et un jeune enfant. Je pense que cette attitude de Freud favorisait beaucoup la possibilité de conversion et de réactivation de traces très précoces, préhistoriques, préverbales et corporelles.

Dans les parties cliniques de l'ouvrage, Freud donne souvent l'impression que ses malades souffraient d'une névrose traumatique, sexuelle, actuelle, dans la mesure où les traumas ou chaînes de traumas en cause étaient récents : innocence et impréparation de jeunes filles au passé traumatique pourtant lourd, devant la perversité des adultes. Il

faisait intervenir une certaine « constitution ». Mais en 1896, dans la lettre 46 il écrit :

« Les scènes aboutissant à l'hystérie se produisent dans la première période d'enfance ; avant la 4^e année, à une période où les traces mnésiques ne peuvent être traduites en images verbales. »

Un peu plus haut dans le même texte il dit que le reste « intraduit » (en images verbales) n'a pas de conséquences psychiques mais aboutit à une conversion (*Naissance de la psychanalyse*, p. 145).

POURQUOI LA DOULEUR PHYSIQUE ?

La conversion nous intéresse dans la mesure où elle nous permettrait de comprendre mieux le recours à la douleur corporelle dans certaines organisations symptomatologiques. En d'autres termes, le « choix » de la douleur physique plutôt que celui de la douleur morale « ainsi évitée » comme le dit Freud, est-il une spécialité hystérique ? Il est difficile d'imaginer un gain économique dans ce choix, surtout si on pense que pour Freud la pulsion et son exigence de travail sont liquidables psychiquement grâce au travail élaboratif, ce qui n'est pas le cas de la douleur.

Il faut revenir au double sens du mot *Entgegenkommen* (à la rencontre et à l'encontre). Dans la conversion est-ce le corps qui par sa complaisance appelle la représentation, en allant à sa rencontre, ou est-ce lui qui s'oppose ou freine la psychisation ? La complaisance est peut-être active, ne demander qu'une occasion pour profiter de la situation et revivre, répéter ce qui a été traumatique. Il y aurait dans ce cas une attraction de la représentation par le corps (le moi corporel) et pas seulement un refus du psychisme d'élaborer. On ne peut comprendre cela que si on se représente ce qu'était le psychisme au moment où se sont inscrites des traces archaïques. Un monde de sensations d'impressions, affects frustes et violents, mal différenciés et donc peu ou mal symbolisés. Sans doute faut-il faire intervenir là, la notion de « traces symboliques primaires » avancées par R. Roussillon (agonie, clivage et symbolisation). Pour le Freud du début, l'affect est proche de la souffrance d'abord, de la satisfaction ensuite, et il nous faut nous souvenir des réactions sous forme d'images motrices, du bébé qu'il décrit dans « Esquisse d'une psychologie scientifique ». Il parle d'ailleurs de « premier symbole comme issue des réactions motrices » (cité par M. Oddy, *Revue française de psychanalyse* 1999, n° 5, p. 635).

Nous imaginons un psychisme primaire où la différenciation entre représentations et affects n'était pas pertinente, d'un psychisme en état d'ébauche, donc proche du corps. Le retour au corps de la conversion serait alors moins dû à un refus de psychisation, défensif qu'à un défaut, une impossibilité structurale, des traces traumatiques narcissiques trop anciennes et trop profondes.

Ce qui dans une situation actuelle pousse de telles traces à s'exprimer ne veut et ne peut trouver d'autres représentations d'affects pour se manifester, que la douleur ou le symptôme corporel qui leur permettent en plus, il faut le reconnaître aussi, de se dérober à une psychisation sans doute dangereuse, ce qui confère au processus outre sa nécessité, une fonction protectrice. Le corps dans ce cas protège l'esprit. Le recours à la douleur physique est-il donc un retour à un vécu douloureux ancien où corps ou psychisme n'avaient pas grand sens ? Était confondu ce qui sera plus tard séparé comme on peut le lire dans les addenda de 1926, qui représentent le texte le plus lumineux que Freud a jamais écrit sur la douleur.

Deux phénomènes, antagonistes mais coexistant se détachent de ce que je viens d'écrire.

D'une part un corps qui par le biais d'une situation actuelle, se souvient de traumatismes narcissiques anciens par un éprouvé douloureux composite, d'autre part une phobie, un refus comme le cheval devant l'obstacle, d'une élaboration psychique risquant de faire réapparaître les vieux fantômes. Par sa diversité et le génie qu'elle sait développer devant son médecin, l'hystérie nous ouvre une compréhension de la nécessité de l'investissement douloureux de certains sujets, que ce soit de façon aiguë ou qu'il s'agisse d'une installation chronique.

Dans tous les cas, il faut savoir sinon comprendre, du moins apercevoir chez les patients douloureux la partie qui ne demande qu'à s'exprimer dans la souffrance, chez les hypocondriaques par exemple, ou certains lombalgiques. Mais il ne faut pas oublier une autre partie qui ne peut pas ou ne veut pas faire travailler son psychisme, car s'il peut s'agir d'un refus, il peut aussi s'agir d'un défaut, quand un enfant trop tôt blessé a dû se murer dans son immaturité. L'hystérie nous apprend le pourquoi et les modalités d'un retour, d'un recours au corps. Mais elle indique un chemin. Jeanneau dit qu'elle « réanime la douleur pour éviter le vide » (1985, p. 127). Mais cette possibilité n'est pas qu'hystérique, même si elle ne revêt pas dans d'autres formes psychiques le style de la conversion.

En somme, il existe une spécificité hystérique : elle est le modèle de la névrose et la conversion la caractérise. Mais dans la mesure où nous

pouvons tous associer un vomissement à un dégoût moral, comme le dit Freud (*Études sur l'hystérie*, p. 2) ou une névralgie à quelque souffrance psychique, nous pouvons tous nous faire représenter par le corps grâce à « cette sorte de symbolisation ». C'est parce que le corps accompagne et représente l'esprit qu'il peut être pour ce dernier un recours en permettant un champ de décharge qui le soulage ou l'innocente.

Là, la conversion serait le point aigu de la demande de consolation. Voir l'astasia abasia comme appel muet et expression de la plainte : « Prenez-moi dans les bras ! » Transmission à l'autre de la surcharge psychique avec retour à l'innocence première.

Toute douleur est régressive, toute douleur est traumatique. À ce titre elle peut réveiller les traumas anciens comme tout trauma ancien peut connaître une résurgence douloureuse et exprimer une doléance anachronique. Mais l'inconscient ignore le temps. C'est pour cela que l'hystérie est heuristique.

L'hystérie préfère la douleur à l'angoisse. Au moment précis de la conversion, elle se soustrait à la psychanalyse. Freud a vu qu'elle lui offrait du symbolique. Peut-être, mais il s'agissait alors d'un symbolique mortifié, clivé, et qui ne débouchait que sur une impasse, qui naissait et mourrait pour les besoins de la cause, et par cela-même, inutilisable.

En partant de la situation de détresse originaire du nourrisson, Freud dit :

« Chez lui, semble-t-il, on trouve confondu ce qui ultérieurement sera séparé. » (Freud, 1926, *in addenda*)

Il envisage la douleur par rapport à l'absence et à la perte de l'objet et en fonction de la maturation du nouveau-né :

« Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. » (Freud, 1926)

L'affect, donc, à la place de la douleur physique, c'est là le trajet inverse de celui de la conversion hystérique d'Elisabeth von R. Le corps quand il prend tout protégé l'esprit.

La complaisance somatique est peut-être la mémoire d'un temps où psy et soma étaient peu différenciés, entre sensation et affect. Freud voit dans les affects (*Inhibition, symptôme, angoisse*, 1926) « des reproductions d'événement anciens, d'importance vitale, éventuellement préindividuels » et « des accès hystériques généraux, typiques, congénitaux à

comparer aux attaques de la névrose hystérique qui sont-elles tardives, acquises individuellement... »

Mais cela ne doit pas faire perdre de vue le mécanisme, sans doute basal, archaïque, très précoce, de reviviscence de la douleur, dans lequel une représentation est liée non à un affect mais à une douleur corporelle. Nous sommes tous à un degré ou un autre hystérique. Mais l'hystérique, elle, n'a pas oublié.

Indifférente l'hystérique ? Oui pour être toujours là : collée au plus près de l'origine, de la scène des parents, incapable de choisir. Et meurtrie par cet impossible choix.

Chapitre 5

UNE DOULEUR FOSSILE : L'HYPOCONDRIE

*« Tu demandes pourquoi j'ai tant de rage au cœur. »
Gérard de Nerval, « Antéros », Les chimères*

L'HISTOIRE DE FÉLIX

Félix est un petit homme rondouillard, sympathique, prolix. J'étais consultant dans la clinique où il venait d'être hospitalisé. Son médecin me l'avait décrit comme un hypocondriaque autrefois très actif, non revendicateur mais qui demandait beaucoup, administrativement et socialement. Devenirait-il paranoïaque ? Malgré le nom que je lui ai donné, il avait l'air très malheureux. Malheureux mais rusé, voire un peu chafouin. Il ne savait pas très bien pourquoi il était hospitalisé, mais il semblait très rassuré par cette hospitalisation, et son médecin également. J'avais donc l'impression d'être arrivé au moment d'une crise très mal vécue par le praticien.

Félix me raconta spontanément son histoire. Son discours était marqué d'une sorte de culpabilité flottante qui lui imprimait un tour particulier. Il semblait tourner autour d'un point précis qu'il abordait brusquement et dont il s'éloignait aussitôt comme en s'excusant de l'avoir fait. Félix ne savait pas trop par qui il avait été élevé. Ses parents étaient séparés. À sept ans il avait été mis à la campagne comme berger. Entre 7 et 14 ans il n'avait reçu qu'une seule fois la visite de sa mère. À 14 ans elle le reprit chez elle, mais il était intenable :

– « J'étais méchant, elle me flanquait des raclées mais ne tapait pas assez fort... alors ça ne me faisait rien ».

Il fut donc confié au père qui dirigeait une petite entreprise et qui décida de « faire quelque chose de son fils ». Mais il était toujours méchant et le père le battait et un jour lui cassa même le bras avec une barre de fer. Alors Félix fugua, devint garçon laitier, s'installa à son compte tout en se livrant à un alcoolisme considérable. Endetté, il arrêta ce travail et entra dans une usine. Il se maria, eut deux filles, abandonna tout alcoolisme, et réussit, à force de travail, à construire sa maison, ce dont il était très fier. Il se présentait sous le double aspect d'un homme hyperactif, ayant toujours quelque chose à faire, et d'un hypocondriaque, répétant sa plainte.

Il me disait :

– « Je vais tout vous dire de A à X. »

Cela m'étonna. Pourquoi de A à X plutôt que Z ? Je me dis que je m'appelais BurlouX car il prononçait le x. Cela ne m'avança guère, mais ainsi s'était créé entre nous, grâce à sa formule qui devait être si répétitive, un petit lien secret, ténu mais fort. Un incident vint aussi sceller notre complicité. Lors d'un de nos premiers entretiens, il me compara aux médecins de la clinique, à son avis mauvais et antipathiques, alors que je lui paraissais « exceptionnel ».

– « Je vous lance des roses », ajouta-t-il mais, presque immédiatement, il me fit un reproche.

– « Aïe ! » criai-je !

– « Quoi ? »

– « Il y avait une épine dans vos roses. »

Ce fut ma première intervention, que je regrettais aussitôt à cause de son ton un peu ironique, son caractère agi et hors cadre établi. Mais lui ne devait jamais l'oublier, et cela, ajouté à une idéalisation de ma personne qui s'avéra protectrice, du moins dans un premier temps, tissa le fond sur lequel se développa notre relation.

Les hypocondriaques sont-ils aptes au transfert ? Freud pensait que les névroses actuelles s'y prêtaient mal, et d'autre part il doutait de l'efficacité de la psychanalyse sur ces névroses et aussi sur la douleur en général (voir par exemple ce qu'il en dit dans *Malaise dans la civilisation*).

L'expérience que je pouvais avoir à l'époque allait dans le même sens. D'ailleurs Félix venait de vivre une rupture avec le médecin qui l'avait hospitalisé, ce qui n'était peut-être pas de bon augure. Mais deux choses m'avaient frappé chez les patients hypocondriaques lors de ma pratique somaticienne : leur fidélité à toute épreuve si on n'essayait pas de les contrarier, et la qualité de leur discours, souvent poétique quoique têtue. Rien de cela n'implique la potentialité d'un transfert mais peut-on attendre autre chose de la part de quelqu'un qui a transféré massivement sur un organe et une fonction ? J'ai finalement accepté d'être choisi par Félix, non pas tellement comme objet que comme écran sur lequel il pouvait projeter sa double plainte, la plainte hypocondriaque, projection sur l'intérieur du corps, et celle également projective, qui provenait d'objets externes, au fond indifférents. J'avais l'impression que son seul objet interne était son « sholédoque », comme il le nommait, coudé, qui rendait son foie malade et sa bile pourrie. Quant à ses objets externes ils se divisaient en « gens méchants », tels que voisins, collègues ou camarades, et en « gentils », personnages idéalisés et intouchables : sa mère – une sainte femme –, sa femme, ses filles et moi-même. On était près de l'infantile. J'ai jugé la situation favorable. Nous nous sommes donc engagés dans une longue aventure qui m'a permis, je crois de comprendre certaines choses de l'hypocondrie, et des possibilités évolutives qu'elle peut offrir à l'analyste.

Les débuts furent simples. J'écoutais son discours plaintif qui décrivait ses entrailles endommagées, son fonctionnement défectueux, et les craintes qu'il pouvait avoir pour son avenir, d'autant que son alcoolisme, pensait-il n'avait pas dû arranger les choses, et il en était très coupable. Il est remarquable que la simple écoute hebdomadaire que je lui proposai a pu satisfaire les exigences de son hypocondrie. Il arrêta toutes les démarches médicales auxquelles il était habitué, toutes demandes d'examen ou d'investigations. Sans doute parce que je n'opposais aucun obstacle à l'expression souvent d'ailleurs imagée de sa lamentation, et que je prêtais à ses élaborations théoriques une attention intéressée. Mais je crois que ce n'est pas la seule raison. Un nosographe pourrait penser que le grain de sable de la névrose actuelle hypocondriaque de Félix, était enserré dans cette « névrose limite » constituée par sa dépendance vis-à-vis des objets externes, et la projection

constante de son agressivité sur eux. Je préfère voir chez mon patient les deux pans d'une souffrance narcissique très précoce, ce qui lui conserve son unité. Mais mon écoute permettait aussi une mise en travail de ce deuxième aspect, limite, qui s'est avérée finalement plus mobilisable et plus propice au transfert que le premier. Et on verra que l'évolution du cas authentifie cette phrase de Freud que je n'avais pas alors présente à l'esprit :

« Je concède aujourd'hui, ce que je ne pouvais croire autrefois, qu'un traitement analytique peut aussi avoir *indirectement* une influence curative sur les symptômes actuels... »¹ (Freud, 1890-1920, p. 81)

De même Ferenczi avait écrit :

« L'hypocondrie pure est incurable ; c'est seulement quand existent des éléments ajoutés relevant d'une névrose de transfert que l'on peut tenter une action psychothérapique avec quelques chances de succès. » (*Oeuvres complètes*, t. 3, p. 78)

C'est la raison pour laquelle j'ai choisi de parler de ce patient. Il est heuristique, aucune névrose actuelle (le grain de sable, comme le nomme Freud) ne se résume à elle-même. Elle s'enrichit toujours peu ou prou de la vraie (ou fausse) perle de la névrose tout court, et d'ailleurs, à mon avis c'est là sa seule chance. (Peut-être est-ce là ce que Ferenczi entendait par « double malformation »).

Il faut dire que mon travail avait été grandement facilité par l'expérience vécue par Félix avec son médecin. Le dialogue de l'hypocondriaque et du somaticien est un dialogue de sourd. Le premier veut développer sa plainte et expliciter ses théories, l'autre veut rassurer, informer et guérir. Un désir contre un devoir. Ils font penser aux deux héros de Bradbury (*Chroniques martiennes*), le Martien et le Terrien, qui arrivent enfin à se trouver. Mais la rencontre n'a pas lieu, car le corps de l'un passe à travers le corps de l'autre, sans contact possible, à cause de leurs essences incompatibles. L'hypocondrie, qui doit avoir raison, nous dit Freud, ne veut pas être compatible. Ce que le patient raconte de sa scène interne, petit scénario anatomique et surtout physiologique, a une histoire et une cause, d'où l'insistance mise sur la physiologie. Chez Félix, le défaut anatomique présumé, cholédoque coudé, retentit sur l'intégrité du foie et sur la qualité de la bile. Ce sont des points de départ analogues, enrichis par la pluralité des symptômes, qui constituent le

1. C'est moi qui souligne.

canevas sur lequel l'imaginaire sans limites de ces patients va broder et complexifier ce que j'ai appelé un scénario, et surtout l'exporter tel quel dans le psychisme du médecin, qui ne peut bien sûr le faire coïncider avec ses schémas. Le visuel est convoqué. C'est ainsi que je « voyais » littéralement la scène interne de Félix et que je m'en sentais parasité, comme il l'était lui même.

Je pense que cette vision commune et colorée de la « scène » intra-abdominale, et la conscience que Félix avait qu'elle était partagée, consolidèrent notre entente. Je n'étais pas un adversaire et pus alors s'installer entre nous ce fonctionnement en double si fréquent du moins au début, lors du traitement des patients douloureux, et facilité parce qu'ils ressentent de différent de la relation connue avec leurs interlocuteurs précédents. Félix pensait que je comprenais tout, que j'approuvais tout ce qu'il me disait, et il se déversait librement. Pas de rêves, pas d'autres fantasmes que les équivalents corporels que sont les descriptions des événements digestifs hépatobiliaires et des douleurs gastriques qui elles, étaient placées sous le signe de la culpabilité alcoolique.

Par ailleurs Félix continuait à projeter son agressivité sur son environnement. Il avait de grosses difficultés avec un voisin qui élevait des oies bruyantes, et avec ses collègues pour une raison dont les sources étaient anciennes. Félix n'était pas syndicaliste et ne faisait pas la grève. Lors de celles-ci, il se faisait traiter de « jaune », de renard. On « l'accusait d'avoir la jaunisse » etc. Il vivait donc des moments de « honte » particulièrement pénibles. De nombreux incidents analogues lui gâchaient la vie. On ne l'aimait pas, et par exemple lors de son hospitalisation, personne n'était venu le voir (il avait interdit toute visite !).

J'étais sous le feu roulant de son verbe incessant depuis déjà quelques mois quand un jour, à propos de cette hospitalisation, il me raconta une scène étrange : au cours d'un séjour hospitalier, nécessité par son alcoolisme sévère quelques années auparavant, il avait vu quelqu'un mourir. Vision floue mais intense. La personne mourante avait été accompagnée jusqu'à la fin par une infirmière. Ce fut sa première émotion liée à un souvenir associatif, et non à la réalité de la vie, et la première apparition aussi du fantasme si fréquent chez les douloureux chroniques, le fantasme de l'enfant mort. Il n'en reparla pas pendant longtemps, mais la suite montra l'importance de ce petit frémissement affectif. À cette époque Félix allait plutôt mieux quand survint la catastrophe.

LA LEÇON DE FERENCZI

En son temps, personne n'a su comme Ferenczi parler de la détresse de l'enfance et du traumatisme précoce ; et même ultra précoce si on évoque la locution de *Urrtraumatische mütterliche-kindliche Narbe* (« cicatrices traumatiques maternelles infantiles archi-originaires ») qu'a relevé P. Sabourin dans sa postface du *Journal clinique* (Ferenczi 1932, p. 292). À notre époque où on commence à parler de traumatismes prénataux (Bergeret, Candilis-Huismanin, *États de détresse*) il faut s'en souvenir. Et lorsqu'on s'occupe de patients douloureux, il faut avoir présents à l'esprit les grands articles de Ferenczi sur le traumatisme, qui figurent en particulier dans le tome IV des *Œuvres complètes*. En les relisant on est toujours frappé par la vérité d'un texte qui par instant devient un cri, quand il exprime la détresse.

« Vite ! vite ! que dois-je faire ? » (*ibid.*, p. 107)

« Vite ! Aidez-moi ! Ne me laissez pas mourir dans la détresse ! » (*ibid.* p. 126)

Mais surtout Ferenczi, théoricien, a décrit dans des termes différents de Freud le mécanisme si souvent en œuvre dans le traumatisme, celui du clivage. Je le cite :

« On a très nettement l'impression que l'abandon entraîne un clivage de la personnalité. Une partie de sa propre personne commence à jouer le rôle de la mère ou du père, avec l'autre partie et rend ainsi l'abandon nul et non avenu pour ainsi dire. Ce qui est curieux dans ce jeu, c'est non seulement que certaines parties du corps comme la main, les doigts, les pieds, les organes génitaux, la tête, le nez, l'œil, deviennent des représentants de toute la personne, et la scène sur laquelle toutes les péripéties de sa propre tragédie sont représentées et amenées à conciliation, mais aussi qu'on y gagne un aperçu sur les processus de ce que j'ai appelé « autoclivage narcissique », dans la sphère psychique elle-même. Cette histoire peut être interprétée de deux manières : d'une part elle exprime la résistance passive que le patient oppose aux agressions du monde extérieur, d'autre part elle représente le clivage de la personne en une partie sensible, brutalement détruite, et une autre qui sait tout, mais ne sent rien, en quelque sorte. » (*ibid.*, p. 106)

« Car ce n'est nullement une licence poétique de comparer le psychisme du névrosé à une double malformation, une sorte de tératome, pourrait-on dire : une partie du corps, cachée héberge les parcelles d'un jumeau dont le développement s'est trouvé inhibé. » (*ibid.*, p. 96)

Ce clivage entre une partie blessée, sensible, et une partie omnisciente mais impassible, correspond tout à fait à ce qui se passe dans l'hypocondrie. Le patient abrite dans son corps une créature monstrueuse, un « allotrion oxymore » (c'est-à-dire un corps bon et mauvais) comme je l'appellerai plus bas. On peut ajouter que cette sorte de dédoublement, résultat d'une agression, est également une tentative de guérison. La partie devenue savante tente de venir en aide à la partie meurtrie. On pense au fameux rêve du « Nourrisson savant », dans lequel l'enfant traumatisé donne de sages conseils aux parents et aux autres adultes, mais peut se donner aussi « pour tâche de porter rapidement secours à un enfant mortellement blessé... »

Ferenczi ajoute :

« [...] ils deviennent bons et secourables. Tous ne poussent pas aussi loin la maîtrise de leur propre douleur, certains restant fixés à l'auto-observation et l'hypocondrie. » (*ibid.*)

Je voudrais préciser ici en quoi le traumatisme dont parle Ferenczi est différent de ce que définit Freud. Ce dernier insiste sur l'aspect de non préparation, de surprise qui qualifie le traumatisme. L'effroi, alors envahit le psychisme, les moyens de défense habituels sont débordés. Le rôle préventif de l'angoisse, c'est-à-dire le signal, est hors jeu et l'angoisse tout court, dont le destin est d'être élaborable psychiquement, est court-circuitée par cet envahissement effrayant. Le sujet est dans un état de sidération aiguë. On peut dire que la définition du traumatisme freudien est l'impossibilité d'élaborer psychiquement, et inversement, que si le psychisme, dont Freud (1914) nous dit pourtant qu'il « accomplit des exploits pour traiter les excitations », ne peut y parvenir, il y a un traumatisme.

Ce dont parle Ferenczi se présente différemment. Son expérience clinique l'a confronté à des patients victimes de traumatismes précoces, d'états traumatiques chroniques, qui prolongent, ou fait retrouver, l'état de détresse, l'*Hilflosigkeit* originaire, que tout être humain connaît au début de sa vie. L'environnement en particulier maternel, qui devrait assurer la maturation normale de l'enfant, s'est révélé défaillant, insuffisant ou même pernicieux. On se rapproche là de la pensée de Winnicott : quelque chose qui aurait dû utilement se produire, a fait défaut. Mais n'était-ce pas ce que Freud (p. 376) avait saisi quand il évoquait « la nécessité d'attirer l'attention d'une personne secourable... sur les besoins et la détresse de l'enfant » ?

La mère, outre sa fonction consolatrice, se doit d'être antalgique.

QUE VEUT L'HYPOCONDRIQUE ?

- « Aime-moi ! car je te déteste ! »
- Je t'aime ! pourquoi ne me guéris-tu pas ?
- Jamais tu ne me guériras ! »

C'est là l'apostrophe violemment ambivalente, passionnée et empreinte de jouissance qu'adresse l'hypocondriaque à l'autre, au médecin actuel, à la mère oubliée. On comprend donc les réticences du corps médical dans son ensemble et le peu d'enthousiasme d'une grande partie des médecins à l'idée de s'occuper d'un tel patient. Cependant certains d'entre eux savent s'en accommoder et disent bien les aimer. L'hypocondrie est vieille comme l'humanité et il semble bien que ce soit le mot le plus ancien du vocabulaire médical.

Il n'y a pas dans l'hypocondrie de travail de la topique et du refoulement, ce qui l'entretiendrait peut-être mais l'enrichirait. C'est la répétition du même, de la même scène anatomo-physiologique. Les variantes sont pauvres, plus portées par l'aléatoire du récit qui les exprime que par les particularités du mécanisme qui est évoqué. Il s'agit pour l'hypocondriaque de continuer à convaincre, de garder la position. Une scène, désormais figée a existé autrefois, qui survit par répétition. Elle a oublié de quoi elle était témoin, mais elle est à l'amnésie ce que l'insomnie est au rêve. Un refus. Un refus insistant, obstiné, et à certains égards triomphant.

Convaincre, triompher, impliquent la nécessité d'un interlocuteur voire d'un opposant, et nous voilà transportés au sein même de l'arène, où vont s'affronter l'hypocondriaque et son médecin.

La relation entre l'hypocondriaque et son médecin est donc une relation nécessaire. L'hypocondriaque ne saurait s'en passer. Il l'impose au médecin. Mais c'est une relation d'un type particulier qui ignore la relation médecin-malade classique. Cette dernière en effet repose sur l'alliance thérapeutique, ce qui implique une suffisante compréhension mutuelle, afin qu'une coopération de bon aloi, s'installe. Médecin et patient sont d'accord sur le but à atteindre, la guérison dans les meilleurs cas, et sur le travail thérapeutique à accomplir. La compétence supposée du médecin et sa prise en charge auront comme pendant naturel, la confiance du patient ainsi qu'un certain degré de régression. Recevoir des soins c'est retrouver un temps que tous les humains ont connu, celui des soins maternels. Ce temps peut avoir été chargé d'une douce nostalgie, et la régression est alors facile. Mais il peut aussi avoir été marqué de façon très précoce, par l'absence de ce que Freud voyait à la base de la relation mère-enfant et au départ du développement du petit

d'homme : la compréhension mutuelle qui et que permet la satisfaction. Or c'est bien ce qui semble faire défaut dans les échanges avec un hypocondriaque : il ne veut rien comprendre, il ne veut pas être compris. Il est l'éternel insatisfait.

Au fond l'hypocondriaque ne cesse de se faire dire par l'autre, médecin qu'il n'y a rien, là dans son hypocondre, où lui, affirme qu'il y a quelque chose. L'affrontement a lieu entre deux personnes de savoir : l'homme dont le métier est de connaître les hypocondres, et le patient qui lui, sait tout et qui veut un adversaire à sa taille. Certitude paradoxalement et solidement ancrée sur un doute profond.

Je ne veux pas dire en effet que le patient hypocondriaque ne connaît pas d'angoisse. Il met constamment en doute les réassurances que lui prodiguent les médecins, mais sa nosophobie apparente s'établit sur une base de certitude, celle de sa théorie. En effet l'hypocondriaque n'est pas un nosophobe. Très souvent on lit dans la littérature psychanalytique, des travaux sur l'hypocondrie concernant en fait des nosophobes, dont la problématique tout à fait différente, vise à investir par le biais de la culpabilité et la peur de la maladie, une agressivité inconsciente. Les hypocondriaques eux, *savent*, et s'ils demandent à être guéris, ce qu'entendent les médecins, ils veulent surtout exprimer leur état chronique d'insatisfaction. De plus ils ne fréquentent guère les analystes et ces derniers sont souvent réduits à ne saisir qu'un moment, un surgissement hypocondriaque dans l'histoire complexe de leurs patients, quand on leur demande de parler de l'hypocondrie.

Si le traumatisme, c'est la répétition, alors sans aucun doute l'hypocondrie est traumatique. Le malheur est que l'hypocondriaque ignore tout du cataclysme qui l'a autrefois dévasté. Mais inlassablement il en raconte les effets. C'est en vain que l'analyste essaiera de repérer dans les riches descriptions du mal qui lui sont faites quelques bribes d'un fil qui pourrait le conduire quelque part. Ceci pose d'emblée, le caractère du langage du patient hypocondriaque. Ce langage décrit les symptômes et parfois très joliment, mais ces symptômes ne sont pas symboliques, nous a dit Freud. Quelles chances y aurait-il donc d'accéder à une certaine polysémie des mots qui pourrait permettre le travail d'un psychisme entêté, sourd et tonitruant.

Je l'ai précisé plus haut, il y a du visuel dans ce qui est amené par la parole de ces patients. Chez eux, le répétitif et le souci descriptif sont tels que l'interlocuteur qui les subit est contraint de visualiser la scène qui lui est racontée. Par ailleurs, et sur ce point aussi il faudra revenir, les affects des patients sont d'une telle force qu'on se retrouve figé devant cette scène, comme elle-même est figée dans sa répétition. Que sont ces

affects ? Tous les auteurs insistent, à juste titre sur l'angoisse, l'attente anxieuse pour parler comme Freud, des hypocondriaques. Pour ma part j'insisterai beaucoup plus sur le sentiment de certitude et de triomphe émanant de leur discours, ce qui souligne leur ressemblance avec les paranoïaques d'une part et avec les mélancoliques d'autre part. Et dans une certaine mesure aussi avec les fétichistes.

Les hypocondriaques donc, nous entraînent et nous maintiennent dans le cadre serré de la relation qu'ils imposent. S'il n'y a rien ou très peu à faire avec les images colorées qu'ils nous donnent à voir, peut-être pouvons nous penser que cette relation reflète et répète une situation d'autrefois. Cette situation a dû elle aussi, être marquée par une violence d'affects bruts non qualifiables ou difficiles à qualifier, et dont la présence, autrefois, est ressentie, ici et maintenant, devant nous, et nous est transmise. Quant aux images elles sont présentes parce qu'elles ont été contemporaines de ces états affectifs. Donc violence des affects, et violence des images, liées par une contemporanéité, sans que la médiation du langage ait pu tisser des liens entre ces deux violences, ni avec le reste de la psyché. Nous sommes comme devant le tableau d'une bataille, sans pouvoir en entendre ou en lire le récit. Cela implique que la situation qui fut traumatique a été très précoce, en tout cas prélangagière. C'est du moins ce que je vais essayer de montrer.

Ce que les médecins ne comprennent pas c'est l'absolue nécessité de leur présence pour le fonctionnement de l'hypocondriaque

SCÈNE HYPOCONDRIQUE ET AUTO-ÉROTISME

Le jeu de l'hypocondriaque avec lui-même est une variété d'auto-érotisme dont il faut examiner les particularités. Freud décrit dans *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, le moment mythique, de l'apparition de l'auto-érotisme :

« À l'époque où la satisfaction sexuelle était liée à l'absorption des aliments, la pulsion trouvait son objet au dehors, dans le sein de la mère. Cet objet a été ultérieurement perdu, peut-être précisément au moment où l'enfant est devenu capable de voir dans son ensemble la personne à laquelle appartient l'organe qui lui apporte satisfaction. La pulsion dès lors devient auto-érotique. » (Freud, 1905a)

Et plus bas arrive la phrase célèbre :

« Trouver l'objet sexuel n'est en somme que le retrouver. » (*ibid.*)

La traduction française « voir dans son ensemble », ne rend pas tout à fait compte de l'allemand *bilden*, fabriquer, constituer, ni de *Bild* qui est l'image. Le signifiant allemand est plus près de l'origine du travail de figuration et de fantasmatisation, lié à la découverte de l'objet total, *via* la réalisation hallucinatoire et l'introjection. C'est-à-dire à un travail de représentation qui est à la fois une perte, celle (du rôle) de l'objet partiel, et un avènement, celui de l'objet, et donc aussi du sujet lui-même, et de l'ouverture au fantasme.

Comme J. Cosnier (*Revue française de psychanalyse* 1977, 5-6, p. 1020) le fait remarquer, l'auto-érotisme dégage d'emblée la pulsion sexuelle de son étayage, mais se retrouve dans une dimension conflictuelle, à deux niveaux : « au niveau de la culpabilité par rapport aux objets parentaux, au niveau de la blessure narcissique qu'il tente de réparer par son accompagnement fantasmatique ». La blessure est liée à la dépendance et l'impuissance de l'enfant. C'est ainsi que le petit Hans participe « à tous les aspects du coït parental, par l'intermédiaire de ses fantasmes identificatoires bisexués ». Ceci est vrai dans les bons cas.

Ce que décrit Freud est ce moment, mythique encore une fois, où l'objet du désir et l'objet du besoin se séparent. Or cela suppose une certaine maturité du psychisme de l'enfant. Entre le premier auto-érotisme, le suçotement, satisfaction prise sur place et grâce au corps propre de l'enfant, et le fantasme accompagnant l'auto-érotisme dont l'objet a su se faire une place interne dans le psychisme de l'enfant, se place un travail qui nécessite une complicité des parents.

Fréquenter les hypocondriaques permet de se représenter ce qui a pu se passer entre eux et leur mère, comme nous l'avons vu dans l'illustration clinique qui précède.

On imagine une situation de détresse qui laisse l'enfant sans recours :

- ni externe puisque la mère s'avère impuissante à apaiser cette détresse ou au contraire même la déclenche ou l'aggrave ;
- ni interne : l'enfant n'a pu fabriquer d'image interne de la mère et de ses autres objets, suffisamment rassurante.

Il ne peut donc les faire revivre quand ils ne sont pas là, non seulement en hallucinant leur présence, mais en jouant avec ses souvenirs et sa rêverie. Il ne peut non plus les halluciner négativement en leur présence et préférer sa solitude en se laissant aller à son fonctionnement psychique. La détresse n'est pas autre chose qu'une somme d'excitations violentes qui ne reçoivent pas d'apaisement. La notion théorique de pare-excitations que Freud a utilisée est une métaphore et ne doit pas être comprise comme une cuirasse ou un bouclier. Le pare-excitations

est le pouvoir de maîtriser et d'assimiler le « trop » de l'excitation par les « voies normales » comme dit Freud c'est-à-dire par les voies de l'élaboration psychique. Le premier pare-excitations est la mère et c'est bien ce qui s'échange entre elle et l'enfant, de rêverie, de séduction et de partage, qui concourt à ce travail de psychisation et pour tout dire d'humanisation.

Ce travail n'a pas toujours lieu et quand c'est le cas, le fantasme auto-érotique est pauvre et répétitif. Il ne peut se transformer en rêverie et permettre au fonctionnement psychique de s'arboriser. L'excitation ne trouvera que le corps pour se décharger, et deux voies sont alors possibles :

- la sensorialité, douloureuse ;
- ou la motricité, par exemple l'hyperactivité.

On l'a vu, Félix avait choisi les deux.

Tout dépend de la manière de vivre la perte et l'absence. Si l'enfant a pu fabriquer une image interne de la mère suffisamment rassurante il pourra s'occuper seul quand elle n'est pas là. Sinon, sans objet de recours et de secours interne, ce sera le manque de compréhension mutuelle, l'angoisse, et pire encore, la détresse. Pouvoir penser l'absence, évite de la vivre en dépression-douleur ou maladie.

Dans son très bel article « L'énigme du masochisme » (2000), Ph. Jeammet compare trois solutions pour suppléer l'absence de la mère.

- Dans la première, l'enfant a « des ressources internes suffisantes ». Il est paisible, suce son pouce et « développe une activité de remémoration de souvenirs et de sensations agréables ». La « représentation mentale », « la remémoration de la mère en tant que telle n'est pas nécessaire ». « Elle est présente dans la qualité même du plaisir pris par l'enfant ». « Le fonctionnement psychique se substitue aux personnes réelles de l'entourage ».
- Dans le deuxième cas de figure, l'enfant pleure. « Il est en situation de dépendance ». Il a besoin de la présence réelle de la mère pour que son fonctionnement psychique soit satisfaisant, pour que « les bons objets prennent le pas sur les mauvais ». Ces enfants peuvent devenir capricieux et tyranniques « rendant à leur tour leur mère dépendante d'eux ».
- Troisième solution : l'enfant « n'a pas la ressource de pleurer ou d'appeler ». « Il remplace alors l'absence de recours interne (les

auto-érotismes) ou externe, par l'autostimulation de son corps » (se balancer, se taper la tête, s'arracher les cheveux...).

« L'enfant alors développe une activité de quête de sensations qui ont comme caractéristiques d'être toujours douloureuses et avec une dimension destructrice. » (Jeammet, 2000)

Ph. Jeammet nous permet de baliser un champ continu qui, en fait ne connaît pas de frontières précises. On peut je crois localiser, à l'intérieur de ce champ le territoire particulier de l'hypocondrie si on essaie de le comprendre dans le cadre de la relation avec la mère et plus généralement l'encadrement familial. De toute évidence l'auto-érotisme de l'hypocondriaque ne lui permet pas la première solution.

C'est de l'auto-érotisme que part Freud (1914) pour « présenter » le narcissisme. Pour illustrer ce dernier, il choisit de parler de la douleur « quand l'âme se resserre au trou étroit de la molaire », de la maladie somatique, de l'hypocondrie, et de l'état amoureux. Toujours prudemment biologique, il pense que l'hypocondriaque doit avoir raison et que des manifestations organiques ne peuvent manquer dans son cas. Et c'est de manière assez triomphale qu'il trouve un modèle « d'organe douloureusement sensible, modifié... sans être pourtant malade au sens habituel. : c'est l'organe génital en état d'excitation ». Et il évoque plus loin « une stase de la libido du moi ». Il est difficile de s'imaginer le pourquoi et le comment d'une telle stase. La métaphore freudienne, bien énigmatique, semble poussée un peu loin. Pourquoi une stase, comment la stase ? Pourtant elle permet à Freud de poser une question pertinente : « Pourquoi une telle stase de la libido dans le moi doit-elle être ressentie comme déplaisante ? » et douloureuse. On doit faire travailler cette petite phrase, peu reprise par les auteurs intéressés par l'hypocondrie, car elle est pleine de richesse. Freud, à l'époque pensait qu'augmentation de tension et déplaisir étaient synonymes. Mais est-ce le cas de la tension sexuelle ? et l'organe sexuel excité est-il douloureux ? On sait que ce n'est qu'en 1924 que Freud reviendra sur ces points théoriques (pourtant dans la lettre du 6-12-1896 à Fliess il reconnaissait déjà que la plupart des incidents sexuels étaient agréables). Mais la question qu'il pose est bien celle qui nous intéresse, celle de l'endolorissement éventuel d'une zone corporelle, indemne de lésion. La question de savoir s'il y a ou non modification de l'organe ne me semble pas très pertinente. Freud tenait toujours à un enracinement biologique. Chez les hypocondriaques, il s'agissait de la « stase » de la libido, et chez les hystériques, il pensait qu'« une douleur d'origine réellement organique avait réellement existé au début ». C'est d'ailleurs aussi ce que pensent

les patients et peut-être, avec Freud, ont-ils raison. Mais que pouvons nous en faire ?

DE QUOI EST FAIT LE SILENCE DU CORPS ?

Que s'est-il passé ? On peut prendre le problème à l'envers et se demander avec M. Fain de quoi est fait le silence du corps, et le comprendre avec lui comme « une perception continue d'impressions rassurantes », ce qui me paraît être une belle image de la mère protectrice et consolatrice. La sensation hypocondriaque serait la rupture de ce silence, et la « réaction à la perception d'une faille au sein de ces perceptions rassurantes ; réaction visant sans doute à combattre l'angoisse liée à cette perception d'un manque, et y échouant ». Et certes la clinique confirme cela. Lorsque l'hypocondriaque s'oublie, sort de sa litanie plaintive, et se met à parler d'autre chose, il faut être attentif à la nature du petit incident relationnel qui va le replonger dans son marasme, petite pépite dans le cours du torrent.

C'est de la même image que partent Freud et Piera Aulagnier pour se représenter la « compréhension mutuelle » entre la mère et son enfant, résultant de l'appel moteur de l'enfant et de la réponse de la mère. Cette image est celle de la rencontre entre le sein maternel et la bouche de l'infans. Freud imagine que se constitue chez ce dernier, au fil des tétées, une image qu'il nomme motrice ou kinesthésique. Freud parle de deux images mnésiques qui vont se rencontrer. La première, perceptive est la mémoire des traces de l'objet désiré, le sein maternel vu de face. La seconde image, motrice, ou kinesthésique ce qui connote mieux l'aspect sensori-moteur, est par exemple « le souvenir d'une expérience vécue fortuitement au cours de la tétée, celui d'un mouvement de tête particulier qui a transformé l'aspect de face en aspect de côté ». Grâce à son expérience mémorisée, l'enfant peut « faire le mouvement inverse pour obtenir une vue de face » et saisir le sein. Il est important de remarquer que la première image, trace de perception visuelle est du côté de la passivité, alors que la seconde, par le biais de la motricité, ouvre à l'enfant le champ de l'activité et d'une action sur le monde. Et on imagine le geste maternel accompagnant, voire favorisant celui de l'enfant, et scellant ainsi la compréhension mutuelle.

Piera Aulagnier (1975) avec son concept d'objet-zone complémentaire part aussi d'une « première l'expérience d'allaitement qui met en présence une bouche et un sein » et qui fait coïncider : la satisfaction du besoin, l'avalement d'un objet pris en soi, la rencontre par l'organisation

sensorielle d'objets, source d'excitation et cause de plaisir (p. 61). Mais elle insiste beaucoup plus que Freud sur l'affect, en particulier de violence et de destructivité qui peut alterner ou coexister avec le plaisir. Le déplaisir et la souffrance dit-elle sont des phénomènes tout aussi présents. Le « pictogramme » est beaucoup plus explosif que les images freudiennes. « L'absence ou l'inadéquation de l'objet, par excès ou par défaut » va non seulement rendre l'objet mauvais mais aussi la « zone » dans son registre pictographique. La scène devient : « une bouche tentant d'arracher le sein, un sein tentant de s'arracher de la bouche » avec « rejet mutuel entre zone et objet, et également entre instance représentante et représenté, ce qui est une violence » qui s'accompagnera du désir de détruire l'objet et d'anéantir la zone érogène et sensorielle ainsi que son activité. Ce qui représente une version destructrice de l'image freudienne de l'image motrice et kinesthésique sous l'égide de la compréhension mutuelle.

Que cache la scène inlassablement racontée de l'hypocondriaque ? Je me souviens d'une longue conversation que j'ai eu la chance d'avoir avec Piera Aulagnier. Comme je lui disais que pour Tausk le corps était le premier objet, elle me fit remarquer qu'il était également le premier persécuteur, et donc la première cause de douleur. J'enchaînais alors sur les premières notions du moi chez Freud, qui ne reposaient pas sur le système plaisir-déplaisir, mais sur les frayages (un certain état de ψ) créés par l'épreuve (!) de satisfaction et l'épreuve de souffrance, qui en étaient les ancêtres. (voir « Esquisse d'une psychologie scientifique »). Et il est vrai que la douleur est originelle. La fonction première de la mère, pour procurer un état suffisant de satisfaction à son enfant sera de le « dépersécuter » de sa propre douleur, de lui assurer une consolation chronique, assurer et rassurer. Les défauts de cette fonction primaire, nous le verrons, « sont à la base de bien des douleurs chroniques de l'adulte » comme le disait dans un congrès, un pédiatre (d'ailleurs violemment critiqué). Ils sont aussi à l'origine d'un certain type de relation mère-enfant qui forme le noyau de l'hypocondrie. Le discours de l'hypocondriaque nous révèle le résultat du processus : une croyance dans une imperfection de l'anatomie et un trouble de la fonction, témoignage d'un corps qui fut autrefois attaqué. Mais surtout, et c'est là pour le patient une preuve, une sensorialité, pas seulement douloureuse, qui atteste la réalité du dommage subit. Comme je l'ai dit, ce dommage n'est pas, au contraire de l'hystérie, symbolique d'un événement psychique, d'un trauma ou d'un affect. Mais la nécessité de convaincre, l'ardeur, l'intensité du verbe, le soin de la description, les images employées pour « montrer », la scène tragique qui se joue dans

son corps – et j’insiste sur le visuel – doivent être les vestiges d’une ancienne violence, non entendue. On doit remarquer dans cette frénésie d’affirmation de la maladie, cette surdité devant l’autre, médecin, et cette persistance dans le refus d’admettre la réalité, qui serait pourtant un soulagement, toute une polyphonie.

On voit que Piera Aulagnier rejoint J. Bergeret et sa « violence fondamentale ». Il faut redire ici que pour ce dernier, la violence, fondamentale, proche d’un instinct de survie, de la *Bemachtung* freudienne, si elle peut être destructrice dans ses effets, ne l’est pas en soi, qu’elle n’est pas volonté de détruire. Chez le petit humain on doit repérer la fonction d’appel qu’elle contient.

Image motrice (et kinesthésique) ou pictogramme, il s’agit bien d’une image. Freud a mis plus l’importance sur l’image, (encore est-elle motrice), Piera Aulagnier sur l’affect (mais elle parle de pictogramme, donc aussi d’image). Quelle est le destin de cette image, chez le futur hypocondriaque ?

On doit imaginer que dans la détresse d’une relation avec une mère qui s’y prête, le petit enfant futur hypocondriaque s’est saisi d’une sensation, d’une perception, et l’a investie en lui donnant, au sens propre, du corps. Si l’épreuve de satisfaction pousse à la représentation via l’hallucination permettant l’attente de l’objet, comment imaginer les traces des  tats de détresse vécus et réactivés par l’absence, la perte, ou la mauvaise qualité de l’objet ? Il faut revenir à ce que Freud appelait « un certain état d’un ψ instruit par l’expérience » (*in Naissance de la psychanalyse*, p. 340) et mod l  par la succession d’objets hostiles ou apportant la satisfaction. L’objet comporte une « fraction non assimilable » : *das Ding*, la chose, et une autre révélée au moi par l’expérience, et permettant la compréhension. On sait que Freud avait tendance à conférer à la mère toutes les qualités souhaitables et qu’il négligeait sans doute pour cette raison, le transfert maternel dans ses cures. Pourtant il a écrit à la suite de ce que je viens de citer, cette phrase : « il y a en premier lieu des objets (des perceptions) qui font crier parce qu’ils provoquent une souffrance » (*ibid.* p. 372). Or l’association du cri avec la perception est un complexe qui peut augmenter le caractère hostile de l’objet ajoute Freud et il voit là la possibilité d’émergence des premiers souvenirs conscients, qui seraient liés à leur caractère pénible.

L’alliance du cri et de la perception, l’existence connexe d’une image motrice, kinesthésique, appelant une « action spécifique » de l’objet non secourable et défaillant, voilà qui engage à une réflexion sur les traces psychiques formées par l’expérience de la détresse. S’il existe une continuité entre satisfaction, image, repr sentance et représentation,

fantasme et fantasmisation, que devient l'image quand la détresse l'emporte trop sur la satisfaction. Je cite C. Chabert :

« État d'affect fort, la détresse appelle instantanément l'image, sans doute pour contenir l'excès, le risque de débordement... le risque aussi de douleurs aiguës. » (Chabert, 1999)

Dans le cas de l'hypocondrie ce risque n'a pas été évité et l'image n'est pas le fruit de la satisfaction mais une défense contre la détresse. Elle ferait penser à une plante qui s'étiole dans une terre aride faute d'un terreau fertile.

Cette image est issue du corps et fait partie d'une situation archaïque où la distinction entre représentation et affect n'est pas pertinente. Elle est l'origine de ce qui deviendra la scène hypocondriaque. Survenant dans un psychisme immature et contraint, elle est issue de perceptions trop violentes pour être métaphorisée en représentation. Il s'agit d'une situation traumatique précoce Trop d'affect, beaucoup de douleur (ou de ce qui plus tard sera vécu en douleur), pas ou peu de représentations mais une image à la place, cette situation qualifie le traumatisme, et la vision imagée et expressive de Ferenczi sur le clivage, me paraît très heuristique. On peut faire l'hypothèse suivante : la violence de la situation clive le psychisme encore immature en, d'une part un « nourrisson savant » qui plus tard fabriquera des théories, et un savoir sur l'organe, et d'autre part un être innocent qui dans sa détresse s'accroche à une image dont il est important maintenant de constater qu'elle est sensorielle et motrice et donc, ancrée dans le corps. C'est sur ce clivage que se construit l'hypocondrie. De l'image naîtra la scène, et du savoir le discours.

LA THÉORISATION HYPOCONDRIAQUE EST UNE RECHERCHE DE SENS

Bien des enfants connaissent des souffrances précoces et ils ne deviennent pas tous hypocondriaques. L'état traumatique précoce peut constituer l'avant-coup d'après-coups tardifs comme nous le verrons dans certains cas de névroses traumatiques, par exemple les lombalgiques, mais le trajet de l'hypocondrie est tout à fait spécifique.

La sensation sensori-motrice investie et mémorisée, devenant image psychique, a un caractère particulier chez le futur hypocondriaque elle est empreinte de douleur, de douleur non consolée. La sensation douloureuse va s'inscrire de façon chronique et définitive. Elle a une

fonction d'appel mais elle n'attend plus de réponse. Elle devient une partie précieuse d'un narcissisme masochique, qui se nourrit de son affirmation réitérée. Quant à l'image c'est déjà une sensation traduite, une ébauche de psychisation qui suppose un petit décalage permettant un timide début d'auto-observation. Ou plutôt une *vue* sur la douleur. Une sensation qui ne trouve ni sens ni satisfaction, et qui garde son potentiel excitant, devient-elle douleur ? A. Beetschen dans un bel article sur Hamlet (*Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 39 p. 243) a cette interrogation : « L'excitation tiendrait-elle lieu d'une impossible tristesse ? » J'ajouterais : ou d'un deuil impossible, ce qui est bien le cas de l'hypocondriaque.

Cette construction psychique, à partir du corps ne peut se comprendre si on ne la replace pas dans le cadre de la relation avec la mère, même s'il s'agit d'une faillite. F. Perrier a dit que l'hypocondriaque « est devenu sa propre mère, aliéné dans le monde symbolique maternel pour s'engrosser de lui même en tant qu'enfant phallus ». Et il est vrai que les fantasmes de grossesse ne sont pas rares chez l'hypocondriaque. Ceci à cause de l'échec des tentatives d'autonomie, provoquée par l'absence du père. Et on l'a vu chez Félix, que ce qui manquait le plus chez lui c'était bien un père. Mais il est vrai aussi que cette fabrication d'un monde interne si particulier, garde une valence maternelle.

La sensation ressentie au début n'était pas nécessairement liée à la douleur d'un organe particulier. La détresse est tout entière douleur. L'organe devenu douloureux (la fameuse stase de la libido) devient le témoin de cette douleur. Témoin mais pas symbole même s'il est la marque ou garde la trace non élaborée de ce que fut la relation entre la mère et l'enfant. Le « choix » de l'organe, aussi aléatoire soit-il, peut être le résultat de ce qui fut un souci maternel exagéré, ou au contraire, le souvenir d'une plainte corporelle de l'enfant, non entendue. Les symptômes hypocondriaques sont souvent digestifs, frappent ce qui se trouve sous l'hypocondre, sous les côtes et ce ne peut être un hasard. La première relation est digestive. L'angoisse d'une jeune mère n'est-elle pas que son enfant ne « prenne » pas le sein ?

Je crois en effet, que dans certains cas la mère a également investi la sensation, ainsi partagée, mais dans l'angoisse. En voici un exemple :

Très jeune généraliste, je voyais souvent une mère, elle-même hypocondriaque, qui avait focalisé son angoisse dans le rot de son enfant. Ce rot était trop tardif ou insuffisant, ou pas assez vigoureux, en tout cas jamais satisfaisant. La mère pratiquait donc des manipulations corporelles (tête en

bas, pression du ventre) qui n'arrangeaient rien ; le père riait dans son coin. Le hasard a fait que plus de vingt ans plus tard, devenu psychiatre et analyste, le hasard fit que je retrouvais mon petit patient, parfait prototype du « malade imaginaire », selon le médecin qui me l'avait confié.

Qu'elles soient ou non investies par la mère, l'enfant perçoit des sensations cénesthésiques qui tombent de toute façon dans l'espace relationnel entre sa mère et lui. Certaines peuvent former une plainte. Le destin de cette plainte adressée à la mère, n'est pas le même selon qu'elle est entendue ou pas, ignorée ou consolée. Est-ce qu'un espace pour l'autre se crée chez les deux protagonistes ? L'action de la mère peut être une séduction au sens étymologique du mot *se ducere* « conduire sur le mauvais chemin ». Une sensation cénesthésique particulière répétitive peut être *choisie, endolorie*. Elle n'est pas transitionnelle ou plutôt ne trouve pas l'objet, car il n'est pas là. Le jeu est et reste auto-érotique sinon masturbatoire. Paradoxalement la douleur y devient un procédé autocalmant et antidouleur, par le biais de son contrôle illusoire qui débouche sur une théorie.

Du cri au langage il n'y a qu'un pas a écrit Freud au début de « Esquisse d'une psychologie scientifique ». Quand ce pas est franchi, quand l'enfant peut mettre des mots sur sa sensation douloureuse et qu'arrive l'âge des théories sexuelles infantiles, et dans l'élan de leur essor, se fabrique une théorie érotisée et surinvestie. La période de latence et l'adolescence sont muettes, puis la théorie part à la conquête du psychisme en en préservant une partie. Une partie pour le tout. C'est un autosacrifice.

Ce qui a été incorporé est une chimère, un composite enfant mère. Identification incorporative d'une partie de la mère infanticide et son enfant. Figure monstrueuse mêlant la mère archaïque orale, dévorant son enfant, et l'enfant mort ou mourant fixant ainsi la scène pour la maintenir, se maintenir en vie. Il faut se représenter une mère anxieuse trop proche inquiète voire elle-même hypocondriaque ou distante et glaciale. En tout cas, sourde aux maux et à l'appel d'un enfant qui n'a que la douleur pour s'exprimer et l'appeler au secours. L'enfant a créé un tératome ou un allotrion oxymore (corps étranger bon et mauvais) un « autre » monstrueux en lui, au prix de la douleur.

En fait cette douleur est un vestige de la violence des affects qui se sont créés au cœur de leur relation, et de la douleur que la mère n'a pas entendus. Dans cette situation l'enfant a essayé de reprendre le contrôle il a avalé sa mère puis l'a fécalisée. Ce qui aurait pu, aurait dû être l'objet interne a été remplacé par l'organe malade et douloureux, mais

encore en vie, car en fonction : abîmé, endommagé mais en fonction, entre la vie et la mort.

Dans cette extrême condensation, nous sommes à la frontière des opposés qui perdent leur signification. Ainsi la mère est détruite et conservée, l'enfant « mortellement blessé » est toujours vivant, activité et passivité sont confondues comme la haine et l'amour.

C'est l'abominable rencontre de la mère infanticide et de l'enfant non détourné de son désir archaïque : tuer l'objet d'amour. Dans le caveau de l'hypocondriaque, se poursuit l'éternelle veille de l'immortel enfant mort.

Le clivage autonarcissique dont parle Ferenczi a été un sauvetage désespéré, la meilleure défense possible. On peut constater les dégâts. On peut aussi, mais c'est moins visible, estimer à sa valeur la réalité du sauvetage. L'objet interne a été remplacé par l'organe malade

Une question se pose : pourquoi une sensation au départ physiologique, répétée, est-elle choisie, investie, et « endolorie ». Pourquoi devient-elle une image mentale puis une scène, donnant naissance à une pensée, puis à une théorie, dans un frayage dur, autonome se liant peu ou pas avec le réseau des représentations ? Doit-on imaginer une avidité du masochisme. Cela expliquerait une rétention de l'accumulation de l'excitation, un investissement narcissique masochique intense, qui connaîtrait un destin pulsionnel spécifique. La fameuse « stase de la libido » sur ou dans l'organe fonctionnerait donc en autarcie. C'est là le clivage de Ferenczi. Le traumatisme n'a pas détruit le sujet qui est comme un arbre meurtri, qui repart en partie.

Ce qui me fascine dans l'hypocondrie, est l'importance de la théorisation pour le patient. Il est encore plus cramponné à sa théorie qu'à sa douleur. Le fantasme originel, pétrifié a donné naissance à une pensée qui l'immortalise. Désormais l'exigence fantasmatique cède devant la nécessité de l'abstraction théorisante, du moins dans cette partie du clivage. C'est ici que comprendre l'hypocondriaque et son désir de ne pas guérir uniquement par le biais du masochisme est insuffisant. Je cite J. Cosnier qui soulève une question rarement posée : quand veut-on guérir, quand veut-on engendrer, créer ?

« La représentation-but de guérir s'oppose à l'illimité du désir d'engendrer. » (Cosnier, 1987, p. 155)

F. Perrier (1959) avait noté les fantasmes d'auto-engendrement d'un patient hypocondriaque (psychotique il est vrai). On ne saurait séparer ce désir de créativité de l'auto-érotisme douloureux que ces patients

exhibent. En étant à la fois le malade et le médecin, en étant actif et passif, en assurant tous les pôles de la chimère, ambiguë et inquiétante des commencements, l'hypocondriaque réalise l'unité mère-enfant qui fut son origine. Partant de cette origine, étrange scène primitive, il veut engendrer sa mère et se faire naître lui-même et ne distingue pas ce mouvement d'un désir de destruction. De là sans doute vient l'éternité.

LA DÉPRESSION DE FÉLIX

Deux événements se produisirent :

1. une des deux filles dut quitter la région pour des raisons professionnelles, l'autre fit le projet de se marier et de s'installer à l'autre bout du pays ;
2. il fut mis en invalidité.

Trois de ses repères et points d'ancrage, disparaissaient. Il sut tout cela quelques mois à l'avance. Mais il était incapable d'anticiper et d'éprouver une angoisse préventive. Il restait indifférent à ces événements, les citait cependant de manière répétitive. L'important est que contre transférentiellement, j'ai eu peur, pour lui et à sa place.

Brusquement il décompensa avec une brutalité incroyable. Je dus intensifier ma prise en charge augmenter le nombre de séances, conseiller un traitement médicamenteux, être plus proche de ses difficultés (administration, papiers etc.). Dans une première période et sans jamais parler des nouvelles conditions de sa vie de solitude et désœuvrement, ni de sa détresse ni de ce qui la motivait, il se mit à maigrir jusqu'à devenir vraiment très maigre. Il réserva à un médecin somaticien sa partie hypocondriaque, matérialisant ainsi son clivage structural, et dans une sorte de transfert latéral, lui voua une véritable haine. Une sorte de nosophobie inversée, lui faisait désirer un « cancer mortel » et « on » ne lui trouvait rien.

J'avais devant moi un homme en négatif. Il ne faisait plus rien, désirait mourir, et ne disait pas un mot de sa souffrance morale. Il n'était que l'écran gris d'un film interrompu. Son évident mouvement dépressif ne trouvait aucun mot. Quant à moi je ne trouvais aucun moyen efficace d'intervenir qui aurait pu être une ouverture vers l'évidente agressivité et partant culpabilité qui étaient les siennes. On voit au passage quelle fonction peut avoir la douleur physique et le recours au corps : préserver d'un travail psychique insupportable.

Je lui expliquais que s'il avait un tel cancer, on ne pourrait pas le guérir et que s'il mourrait nous ne pourrions plus nous voir. Je ne pensais pas que cette intervention aurait un effet aussi profond, ni aussi brutal. La mort était donc une séparation. La problématique de la séparation lui apparut plus évidente s'il était lui, celui qui disparaissait. Cela le rendit perplexe, et le fait que ses médicaments soient des antidépresseurs (!) lui fit enfin prendre conscience de sa dépression, de façon plutôt intellectuelle d'ailleurs. Mais c'est par des actes qu'il devait l'introjeter.

Il avait remplacé sa vieille toxicomanie alcoolique par « mes » médicaments (prescrits en fait par un psychiatre). Parfois il en avalait une quantité calculée, tombait en léthargie, pas suffisamment longtemps pour que sa femme s'en aperçoive. Il appelait ça le « petit suicide » et c'était notre secret. « Ah ! docteur si vous saviez comme je suis bien quand je fais ça ! » me disait-il. Si son comportement m'inquiétait beaucoup, ce genre de phrase me touchait. Ce sommeil artificiel, ce grand bonheur conquis sur une réalité trop dure, retrouvailles avec une mère idéale pourtant jamais connue, se confondaient avec la confiance qu'il m'accordait et sa reconnaissance pour l'intérêt que je lui portais. Début de transfert, agi, puisque c'est avec « mes » médicaments qu'il se « suicidait », mais réel. Ça se passait désormais entre lui et moi. Il se mit à grossir, trop, aux limites de l'obésité, et reprit peu à peu son hypocondrie, ses plaintes et ses projections. Il put prendre conscience de son agressivité et de son angoisse. Il devenait dans le cadre de notre relation, difficile à supporter.

Mais il privilégiait les actes. Il avait repeint son garage et fait sur le sol une grosse tache rouge qu'il aurait pu facilement enlever avec du trichloréthylène. Mais il ne le faisait pas, tournait autour avec jubilation « j'emm... tout le monde » disait-il mais pourquoi ?

L'épisode du motoculteur fut plus angoissant. Félix avait littéralement peur de mettre son motoculteur en marche, très exactement de ne pas réussir sa mise en marche. Il utilisait pour ce faire un produit (quick start) qui facilitait l'opération mais risquait de « fusiller » le moteur à la longue. Il n'avait aucun mal par contre avec sa tondeuse, dont le mécanisme de mise en marche était pourtant identique. Il utilisait donc un produit aidant au démarrage, mais corrosif. Le moteur rendit l'âme. Félix très coupable, alla voir un mécanicien. Consternation ! la cause était tout autre. Félix dont le métier était de faire le plein d'huile des machines outils, n'en avait pas mis dans son motoculteur ! Mais pourquoi cette attaque de sa part vis-à-vis du motoculteur et pourquoi cette angoisse se demandait-il. Peur de l'objet, peur devant

l'objet, et désir secret de l'attaquer, ainsi se répétait sa préhistoire, ainsi s'explicitait ou s'éclairait du moins sa relation à moi. Félix devenait interprétable. Je pouvais commencer à faire des rapprochements qu'il acceptait.

Le motoculteur et la tondeuse se sexualisèrent peu à peu. Le mécanisme du premier était beaucoup plus complexe et inaccessible que celui de la tondeuse bien plus facile à observer et à démonter. Le motoculteur évoquait l'anatomie qui se dérobe et la physiologie secrète et inquiétante de l'intérieur féminin, le fonctionnement invisible du féminin maternel, dont parle A. Gibeault (1995).

Je n'ai pas trop suivi cette piste que je considérais plus comme l'indice des progrès de Félix sur le chemin de la symbolisation et de la complexification de son appareil psychique : les collègues qui étaient rouges, la tache rouge du garage s'inscrivaient désormais différemment. Félix, le Jaune, le Renard, jouait avec la bile jaune, et la physiologie défectueuse des voies biliaires et leur anatomie visuelle et surtout visible comme les organes génitaux masculins. Bile jaune, tâche rouge et fonctionnement inquiétant de l'engin. Félix avait moins besoin de projeter à l'extérieur sa scène interne, et avec moins d'angoisse. Pouvais-je y trouver ne ouverture susceptible de favoriser un travail psychique ?

Des petites images mentales naissaient, à partir de couleurs : le jaune de la bile, le jaune du renard non gréviste s'opposaient au rouge des ouvriers syndiqués et agressifs qui barraient la porte d'entrée de l'usine. Le coude (inventé par Félix) du cholédoque rappelait le coude fracturé par le père furieux. La tache rouge du garage prenait une densité et bientôt un sens nouveau. Précipité, comme dit Freud des « conditions » du fétiche. Notre travail s'étoffait et surtout Félix y prenait goût.

Il put désormais m'attaquer plus nettement Mes hortensias étaient maigrelets, la frissette de ma toiture en mauvais état, mes bandeaux défraîchis. Il me critiquait. Je n'étais plus l'être idéal des débuts. Après la distinction entre féminin dangereux et masculin fiable, il se découvrirait des possibilités agressives à mon égard, mais pour des raisons somme toute vénielles, si bien qu'agressivité et culpabilité faisaient partie du « jeu » psychothérapique.

Mais deux événements allaient détériorer la situation.

Une médaille du travail allait être donnée aux employés qui avaient trente ans de service. Félix était heureux de cette marque de reconnaissance. Mais sa condition d'invalidé lui fit perdre la médaille. Aucune importance me dit-il, « d'ailleurs ils sont méchants ».

D'autre part un voisin envieux lui fit des remarques acerbes à propos d'une voiture qu'il avait achetée alors qu'il vivait aux crochets de la société. L'intense agressivité de Félix et sa culpabilité, me visaient aussi car il m'avait également caché cet achat. Son espace psychique fut insuffisant pour contenir ces blessures narcissiques et sa dépression. Félix se suicida. Grand suicide cette fois : Samu, réanimation, clinique. Il survécut, reprit ses séances. Il avait voulu mourir. Il eut cette phrase impensable chez lui auparavant : la solitude ! Vous savez ce que c'est que la solitude ? Dans cette solitude il lisait et relisait inlassablement le même livre (les deux chagrins du Général de Gaulle) et écoutait le même disque (« Les roses blanches » : histoire d'un enfant qui va voir sa mère à l'hôpital alors qu'elle vient de mourir). La mère mourante, le père chagriné.

Il avait fallu cet acte suicidaire, concentré d'agressivité et de culpabilité, qui n'étaient plus un jeu, pour que Félix puisse parler enfin de sa dépression et de l'infini chagrin qui était le sien (deux chagrins), des insuffisances de sa vie, de ses grands parents inconnus, de lui-même. Il pouvait aussi exprimer sa culpabilité de s'être suicidé *contre* moi. Notre travail prit un tour nouveau. Je me souviens qu'un mot joua un rôle important. Félix disait que ses patrons avaient manqué de considération à son égard. Je pus lui faire remarquer que lui, désormais pouvait se considérer. Considérer son « état d'esprit » comme il le disait, mais aussi avoir une certaine considération pour lui même. Il projetait beaucoup moins. Ses relations avec les voisins et surtout son gendre s'améliorèrent beaucoup au fil des ans et apparut enfin ce qui lui manquait tant, l'humour.

Un an environ avant notre séparation, et dans le cours d'une préparation à cette séparation, il revint sur la scène étonnante qui l'avait tant marqué. Une femme, une infirmière se penchait sur un mourant. Il avait revécu cette scène lors de la mort de sa belle mère, à l'hôpital. Il ne voulait pas aller la voir, comme d'ailleurs il n'avait pas voulu non plus qu'on aille le voir lors de ses hospitalisations. Pourtant, malgré sa crainte il lui rendit visite, peu avant sa mort et revit les infirmières autour de la femme mourante. Un fantôme attirant et menaçant s'était précisé dans son esprit. La femme et la mort, connotant toujours le thème du petit enfant mourant dans les bras de sa mère. Fantôme inversé dans la chanson des roses blanches mais avec la même signification. *Mater dolorosa*.

C'est d'un commun accord que nous arrê tâmes notre travail. Félix partit en vacance, heureux. Quelques années après il réussit à se faire opérer pour une histoire banale de hernie hiatale. Il avait enfin ce qu'il

voulait : un estomac malade. Il fit une complication prostatique (à cause des antidépresseurs ont dit les médecins, mais il n'en prenait plus) puis une autre, hémorragique (séquelle de l'alcoolisme ancien ?) Il mourut comme il le désirait secrètement, dans les bras des infirmières.

Avoir suivi tant de patients hypocondriaques m'a certes ôté bien de certitudes. Mais en a fait naître quelques-unes. Peu de patients m'ont autant passionné. Parmi eux, Félix m'a enseigné bien des choses. S'il est vrai que le symptôme hypocondriaque apparaît non symbolique, on ne peut pas le considérer complètement hors histoire et incapable de se lier au monde représentatif du patient. Ce qui l'a amené à changer, c'est d'abord son clivage entre hypocondrie et hyperactivité. Puis ses dépressions – hyperactivité inversée – que j'ai vécues avant lui et souvent à sa place. Surtout en étant une instance maternelle acceptante (des suicides par exemple) et une image paternelle fiable. Je pense que grâce au travail que nous avons fait ensemble, il a vécu de nombreuses années dans un certain confort de l'esprit. Il s'est intéressé à son propre psychisme, n'a pratiquement jamais raté une séance, sauf pour son « grand suicide ». Il est remarquable que l'évolution de sa névrose limite est allée de pair avec la lente disparition de l'hypocondrie. Doit-on se poser la question du rôle de cette dernière ?

De quoi le protégeait-elle ? Je ne crois pas que la mort de Félix soit advenue parce qu'il en avait « guéri », ce que me suggérait un jour un collègue. Je crois par contre que ses investissements s'étaient déplacés sur sa problématique conflictuelle, ce qui a fait disparaître la nécessité hypocondriaque, dont je ne me suis jamais préoccupé, et permis une vie affective infiniment plus heureuse. La « guérison » de l'hypocondrie n'a été qu'un effet collatéral, comme le disait Freud. Et Ferenczi.

Chapitre 6

LES DOULEURS POST-TRAUMATIQUES PSYCHOGÉNIQUES

Murmuran con dolor su desconsuelo
(Murmurent leur désespoir dans la douleur)
Quevedo

LES LOMBALGIQUES « PSYCHOGÉNIQUES »

Je vais maintenant parler d'une catégorie de patients qui ont été en quelque sorte mes maîtres en dolorologie. Il s'agit de lombalgiques qualifiés de « psychogéniques » par les somaticiens, et qui sont également post-traumatiques. Ils hantent en grand nombre les centres et consultations de la douleur. Ce sont des patients prototypiques pour plusieurs raisons :

- ils présentent une forme « pure » de la douleur physique et aussi psychique ;

- ils sont un modèle de la névrose traumatique mais participent aussi des deux autres modalités psychogéniques, l'hystérique et l'hypocondriaque ;
- enfin ils suscitent une réflexion sur la nature de la douleur, sur l'effraction qu'elle implique et sur le deuil qu'elle provoque et par là même sur le travail psychologique que l'on peut proposer à tous les patients douloureux.

On m'a donc invité sans doute à cause de mes doubles origines, (ex somaticien, j'étais devenu psychanalyste) à des besoins dites « psychosomatiques » que je n'ai pas toujours voulu refuser. C'est pourtant avec beaucoup de réticence que j'ai cédé à la demande pressante de médecins rhumatologues de les aider à prendre en charge une certaine catégorie de patients lombalgiques. Plus exactement ces médecins avaient constaté avec beaucoup d'honnêteté, qu'ils étaient souvent amenés à rejeter ces patients malgré leur désir de les traiter efficacement. Ils voulaient comprendre pourquoi. Ils voulaient apprendre à faire autrement. Cette situation un peu étrange m'avait incité à accepter leur proposition, et à travailler avec eux pendant quelques mois. Je suis resté treize ans dans le service demandeur malgré la charge de mes autres activités, car cette expérience s'est révélée passionnante.

Ainsi pour une fois les médecins spécialistes n'appelaient pas un autre spécialiste pour avis ou pour complément d'information spécifique, mais pour eux-mêmes. J'étais très intrigué autant par l'attitude des médecins que par celle de ces malades énigmatiques qui les mettaient en échec. Ne sachant pas trop comment aborder ces derniers, j'ai décidé de me comporter avec eux comme avec mes patients habituels.

Il s'agissait de patients douloureux indemnes de toutes lésions organiques et qui n'avaient aucune raison apparente de souffrir. Dans la plupart des cas ils avaient eu un accident, souvent assez minime d'ailleurs et depuis avaient des douleurs lombaires inguérissables.

J'en ai vu des centaines. Les entretiens se déroulaient de la façon habituelle aux analystes, non directive, non intrusive, en privilégiant l'écoute attentive du discours du patient. Ainsi peut s'exprimer l'imaginaire du malade spontanément et librement associatif, loin des contraintes imposées par les réponses nécessaires au questionnaire médical.

Chose étonnante, les malades qui se comportaient instinctivement comme lors d'un entretien psychologique ordinaire sans s'étonner donc du mode de cet entretien et qui acceptaient si facilement de parler,

simplement sollicités par un petit « hum » de départ, ne m'ont jamais demandé ni qui j'étais, ni pourquoi je ne les examinai pas.

Histoire du parachutiste

J'ai mal depuis un accident du travail, là, en travers des reins. Je devais déposer sur le sol un moteur très lourd. J'avais vu que l'établi était graisseux. J'ai appelé un copain, il m'a envoyé promener. Énervé, je suis monté sur l'établi... J'avais bien vu qu'il était graisseux. J'ai tiré le moteur, J'ai glissé, je suis tombé, j'ai heurté le bord de l'établi avec les reins, là, en travers. Depuis j'ai mal. Voilà !

Devant mon silence engageant il recommence son « histoire », insiste encore sur le fait qu'il avait vu que l'établi était graisseux, puis dit quelques généralités et la raconte une troisième fois. Puis il donne quelques indications sur sa vie, avant. Il était hyperactif, ne s'arrêtait jamais, travaillait beaucoup. Il précise les détails de ses activités et revient sur son accident qu'il raconte encore. Il se tait alors et réfléchit. D'une voix plus hésitante il avance :

– « Ça vient peut-être aussi du parachutisme.

– Vous avez été parachutiste ?

– Oui ! J'ai fait une trentaine de sauts dont douze en opérations... Un jour, je suis tombé dans un marais, les copains étaient au bord et ça les a fait bien rigoler. Mais je me suis enfoncé jusque-là (il montre sa taille). Ils ont pris peur, sont allés chercher une corde, ont fait la chaîne et m'ont tiré in extremis... »

Il se tait, hésite, bafouille un peu...

– « Il faut vous dire Monsieur, que je n'ai jamais eu de chance.

– Vous n'avez jamais eu de chance ?

– Non ! Nous étions nombreux Nous avons été élevés par des voisines, des nourrices, des femmes... Ma mère faisait la vie... Mon père travaillait. Le matin en allant à l'école, je rencontrais parfois ma mère sur un tas d'ordures, complètement ivre, la robe relevée. »

Il refait le geste de passer la main sur sa taille par-derrière. En travers des reins, donc.

Ce fragment d'entretien est tout à fait caractéristique, comme nous le verrons plus loin, de ce genre de patients. En les appelant « psychogéniques » les somaticiens avaient flairé une origine « psy » dans l'étiologie de leurs troubles. Je pensais donc me retrouver peut-être en face de certains traits que les psychosomaticiens, déjà à cette époque,

avaient décrits avec précision chez leurs consultants : carence de l'imaginaire et de la fonction associative, pensée opératoire et dépression essentielle, bref un débit morne et pauvre et une pensée figée. Ce ne fut pas le cas. Une autre différence avec les patients psychosomatiques était que ces derniers présentaient une lésion organique mais n'investissaient pas, ou investissaient peu l'aspect douloureux de leur syndrome. Alors que, si les lombalgiques ne pouvaient montrer aux rhumatologues la lésion somatique attendue, ils apparaissaient comme regroupés sur une douleur qui remplissait tout l'espace. Je n'avais pas imaginé qu'ils m'offriraient un discours aussi dense, riche et spontané mais surtout expressif. Expressif de l'excès d'une douleur qui les rendait invalides, et que l'absence d'une lésion causale ne rendait pas recevable par les somaticiens. Ils étaient logiquement rejetés, ce qui intensifiait leur plainte mais diminuait leur crédibilité. Quelque chose était là chez eux, prêt à parler, mais qui se taisait et ne pouvait s'exprimer autrement qu'au travers d'une plainte régressive : « j'ai mal ! j'ai mal ! ». J'avais donc vraiment l'impression d'ouvrir une bonde ou plutôt d'assister à l'ouverture d'une bonde, que mon attitude passive d'écoute avait provoquée.

En fait, le discours des lombalgiques fait preuve d'une intuition extraordinaire et rare. Ils ont la possibilité de faire surgir l'histoire de leur vie et de dire d'emblée ce qu'on pourrait s'attendre à ne voir émerger qu'après un certain travail psychique. Ils montrent ainsi une aptitude étonnante à faire des liens et à condenser le récit : par exemple, dans le cas plus haut cité, les liens existant entre plusieurs événements traumatiques (trauma actuel du dos, trauma du service militaire, trauma de l'enfance) et tissant ainsi la trame de la répétition. Et d'autre part ils pouvaient condenser à travers une foule de petits détails qui laissaient par exemple apparaître, dans le cas que j'ai cité, la destinée : « je n'ai jamais eu de chance », ou la sensibilité aux situations d'abandon (celui de la mère, puis des copains, à l'armée, au travail, qui le laissaient tomber). Et cela lors d'un premier entretien. Un psychanalyste ne pouvait être que séduit, et manifestement la séduction allait dans les deux sens. Mais comment un lombalgique pourrait-il rencontrer un analyste en dehors de l'hôpital ?

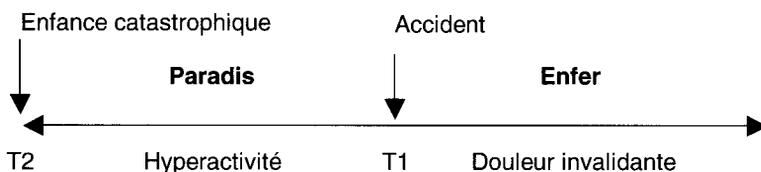
En outre j'avais été frappé par le contraste entre l'attitude souvent triste et désabusée qu'ils présentaient et le foisonnement, l'insistance d'une parole qui ouvrait à un monde dont je vais essayer de préciser certains aspects. Il est important de dire ici que c'est en présentant ces aspects aux rhumatologues que ces derniers sont passés de leur position

de rejet, à un investissement actif et même enthousiaste de ces malades devenus ainsi passionnants. Les voici :

1. Tout d'abord l'existence d'un monde affectif très riche, tout entier sous le signe de l'avidité, la recherche vorace de l'affection, expliquant la facilité du contact. On peut se demander comment des sujets si manifestement en manque et en besoin d'affection pouvaient arriver à se faire rejeter, ce qui pourtant se produisait souvent, soit dans leur vie privée, soit, comme on l'a vu, dans leurs relations avec les médecins. Mais l'ambivalence exprimée par les malades, à propos des pôles signifiants de leur vie (le conjoint, le patron, le médecin...) vécus à la fois comme bons et comme mauvais dans un contexte où l'agressivité était à la fois affirmée et niée, permet de mieux comprendre.

2. L'ouverture à l'imaginaire est le deuxième axe important. Il s'agit de la description d'une anatomie et d'une physiologie fantasmagoriques ne tenant que peu ou pas du tout compte du réel, nourrie de toute la fantasmagorie et du monde intérieur du malade qui porte donc, en son corps, le théâtre même où se jouent ses angoisses et ses peurs. Cette anatomie-physiologie imaginaire, ce lien corporel de l'angoisse vient rencontrer le monde anatomo-physiologique du clinicien, en utilisant les mêmes mots, mais en renvoyant à des signifiés très différents, et gros de la problématique anxieuse du patient. Il s'agit donc de deux langages différents, et surtout étrangers l'un à l'autre. Ce que disent les lombalgiques par le canal de la lombalgie est tout autre chose que la lombalgie. Mais ce n'est pas le discours de l'hystérique et ce n'est pas le discours de l'hypocondriaque.

3. La rencontre avec l'histoire du sujet : il n'est pas étonnant après ce que nous venons de dire, que l'histoire de la maladie du sujet, racontée par lui dans son langage imbibé de fantômes, vienne rencontrer son histoire personnelle, depuis les origines. Et c'est ainsi que les lombalgiques chroniques, rendues libres de leur parole, répétant inlassablement le récit de l'accident qui les avait terrassés, se mettaient à raconter brusquement, avec une émotion profonde et à partir d'un détail apparemment insignifiant qui ouvraient les vannes, une autre histoire : celle d'un traumatisme avant le traumatisme, du traumatisme originaire lié à leurs débuts dans la vie. Le schéma général était le suivant :



Ils avaient connu une première enfance catastrophique (cela était tellement répétitif que le chef du service où je travaillais les avait baptisés « Émile Zoliques » !) marquée par des morts, des deuils, des séparations précoces, des abandons, des détresses indicibles liées à une carence affective chronique qui n'avait pu consoler la détresse originelle du nouveau-né humain. Tous ces états catastrophiques représentent une situation traumatique au long cours et non pas un traumatisme isolé. Cette situation n'avait pas empêché la constitution d'un « Paradis », période de bonheur caractérisée par un fonctionnement hyperactif, et évoquée dans la nostalgie. Je me représentais facilement ce bonheur hyperactif grâce à la force représentative de leur discours. Ils étaient gentils, avaient l'estime de leurs voisins, de leur patron. Ils étaient bricoleurs ou jardiniers, rendaient service à tout le monde, ne s'arrêtaient jamais. Surtout leur récit était vivant, plaisant et suscitait les images. C'était « avant » l'accident. La période de l'« après » est celle de l'« Enfer », de l'enfer douloureux, la lombalgie, qui interdisait toute activité.

Il n'y a en effet chez ces malades aucune hystérie, aucune angoisse (autre que celle, actuelle, due à l'incapacité de travail et à l'inactivité) et pas de dépression au sens propre. Il n'y a que la douleur, et l'inguérissable (volontiers triomphal) de cette douleur, et surtout la plainte immense et répétée qui y est attachée. Il n'y a pas non plus chez ces malades bavards et intéressants, attachants et avides, de lésion organique du moins assez importante pour être causale.

Nous sommes en présence d'une pure culture de la douleur physique, symptôme comprenant toute sa signification et s'y épuisant, symptôme limite, à la frontière du corporel et du psychique. L'hyperinvestissement du corps en action, du muscle, de la réalité extérieure (tout passe dans le comportement hyperactif), avant l'accident, puis du corps souffrant, après, fait penser à un psychisme un peu désertifié. Quelque chose chez ces sujets ne peut s'exprimer que par le corps, soit actif et tout puissant, soit passif et douloureux.

On comprend pourquoi les lombalgiques me sont apparus comme une manière de prototype de la douleur humaine. C'est pour eux qu'au fil des ans nous avons mis au point dans le service où je travaillais, une prise en charge (qui, bien sûr, passait beaucoup par le corps) et c'est la réflexion qu'ils m'ont inspirée qui m'a permis d'organiser une consultation de la douleur d'un type particulier à l'hôpital neurologique de Lyon.

À dire vrai ils sont prototypes à deux niveaux :

1. Psychogénique ou pas, la douleur qu'ils ressentent est bien réelle. Le fait qu'elle ne soit pas sensible aux médicaments antalgiques classiques fait de cette douleur, si l'on peut dire, un phénomène pur qu'on ne peut traiter qu'en travaillant avec le patient à l'intégration psychique de sa douleur ; or il s'agit bien là du travail qu'il faut faire aussi avec les patients douloureux souffrant d'une affection organique surtout quand elle est rebelle aux antalgiques. Les lombalgiques représentent donc une sorte de modèle. On peut à ce propos se demander pourquoi aussi bien la médecine du corps que celle de l'esprit, la psychiatrie classique, n'a pas fait, à côté par exemple de l'angoisse, de la dépression, des symptômes (obsessions, phobies, comportements, dépression etc.), une place à la douleur physique comme expression de la problématique psychique, à la douleur humaine, une, partagée par toute l'humanité, car originaire dans le destin de l'homme.
2. Ils représentent également un autre modèle : le modèle traumatique, au sens psychanalytique. Le traumatisme, éminemment répétitif, cherche à se reproduire. Pour être un peu provoquant, j'avais aux médecins que les patients décrits plus haut ne vivaient pas tant un enfer, douloureux, parce qu'ils avaient eu un accident, mais qu'ils avaient eu un accident parce que leur prime enfance, catastrophique, chroniquement traumatique, se répéterait un jour, dans un accident, (de façon « démoniaque » comme le dit Freud) véritable figure du destin. Bref que le trauma actuel était un après-coup d'un autre trauma précocissime.

Ces patients lombalgiques psychogéniques sont très nombreux. Ils forment une partie importante des clients des centres et consultations de la douleur. Leur évolution se fait le plus souvent dans une fixation au symptôme douleur et dans la dégradation lente de leur état. En règle générale ils ne reprennent jamais leur activité professionnelle qui était pourtant leur raison de vivre et leur paradis. Certains trouvent un chirurgien pour les opérer, et traînent une misère aggravée rappelant celle de leurs origines.

La douleur lombalgique comme réponse

La douleur des lombalgiques est due à un traumatisme. L'apparition brutale du véritable corps étranger interne qu'elle devient, dans une économie psychique fait d'elle un deuxième traumatisme qui prolonge le premier et qui ne fait qu'un avec lui. Le tout nous apparaît comme l'après-coup de la période traumatique de la première enfance.

Si les lombalgiques sont tous différents, leurs discours se ressemblent en ce sens qu'ils expriment assez rapidement et parfois même lors d'un premier entretien, les quatre points essentiels que nous avons déjà repérés chez le patient parachutiste :

- l'actuel douloureux, inguérissable, qui est une plainte ;
- l'accident déclaré causal, pourtant souvent bénin, et son environnement ;
- le passé récent, hyperactif, merveilleux, mais perdu ;
- le passé ancien, celui des origines catastrophiques, vécu dans la détresse.

Il faut capter ces points au ras de l'émergence du récit, dans la fraîcheur de leur émission. Même si les patients ne font aucun lien entre ces quatre temps, une obscure intuition, un sentiment confus de la continuité de leur vie les leur fait évoquer. Ils proposent un modèle traumatique de leur douleur, à l'image du traumatisme à leurs yeux responsable : l'accident. C'est à partir de ces points et des pistes qui en émergent, qu'on peut se mettre à construire ce qui deviendra le travail psychothérapeutique.

Les lombalgiques « psychogéniques » représentent, je l'ai dit, une forme pure de la douleur physique car elle est exempte de toute lésion somatique associée et qui serait causale. Cette absence de lésion est la cause presque immédiate de la non compréhension qui s'installait entre les médecins et les patients et je me suis souvent retrouvé dans une position d'avocat défenseur, de plaideur d'une cause difficile, car pour un médecin il ne peut y avoir de douleur sans cause. Or la douleur aussi bien que la non compréhension, me semblaient répéter la situation autrefois connue. C'était même la raison de l'intérêt que j'avais porté à ces patients et de la séduction qu'ils exerçaient sur moi.

Le récit spontané et très précoce fait par les lombalgiques de leurs dramatiques débuts dans la vie m'avait surpris. Il n'est pas fréquent que des personnes hospitalisées pour une toute autre raison que psychologique évoquent un aspect aussi poignant. Ils le font souvent, on a pu le remarquer plus haut, après une hésitation ou un petit bafouillage marquant l'émotion. Surgissement d'un affect au début discret mais rapidement proche des larmes. Il faut savoir le saisir, car il ouvre à la compréhension profonde de la plainte et de la douleur qu'ils éprouvent maintenant, dans le service, et qu'ils avaient éprouvées autrefois dans leur toute petite enfance, la misère et la détresse des origines. Cette misère représente celle du petit nouveau-né humain, l'*Hilfflosigkeit* premier. Cette détresse est commune à tous les nouveaux-nés. Elle est

due à la prématurité physiologique de la race humaine et nécessite des soins pour assurer la survie et une certaine qualité de présence maternelle (et aussi d'absence) pour que s'épanouisse la psyché et qu'advienne l'humanisation du petit d'homme. Je ne développerai pas ici les enjeux de la relation précoce entre un bébé et sa mère ; ce sera l'objet d'un autre chapitre. Mais on peut dire tout de suite qu'une telle relation pour être bonne, implique une compréhension mutuelle. En ne trouvant pas non plus cette dernière avec les médecins chargés de lui guérir sa douleur, le lombalgique répète la situation des origines, la non consolation et la même non réponse de l'environnement. Il répète aussi la situation de passivité et d'impuissance des premiers temps de la vie, celle donc qui nécessite l'aide extérieure. S'y ajoutent les douleurs, physiques et morales. Quoiqu'elles doivent bien exister aussi chez le nourrisson en détresse, et on imagine que sous une forme que nous ne connaissons pas, elle accompagne les cris, la rage, la colère, la haine, les réactions violentes attestant le désespoir du nourrisson abandonné, et souffrant. J'ai qualifié tous ces sensations d'affects primaires. Ces affects n'ont pas trouvé de signification, n'ont pas été symbolisés mais ont laissé ce que j'ai appelé des « traces amnésiques », susceptibles de décharges corporelles ou comportementales et aussi douloureuses. Si on peut imaginer les souffrances de ce nourrisson il est par contre difficile d'imaginer tout ce qui lui a manqué et qui aurait dû advenir. Traumatismes positifs, traumatismes négatifs, blessures narcissiques précoces ayant laissé ces traces qui, un jour se réactualiseront, et qui rendent donc le sujet traumatophile.

Le sujet après l'accident ne peut plus agir. Il ne peut que réagir à un objet désormais internalisé, la douleur hyperinvestie comme l'était l'activité. Sa dernière action est l'accident qui représente peut-être une fusion avec l'objet primaire. L'accident est la fin d'une ère, une (nouvelle) trahison de l'objet.

Hyperactivité et répétition

Répéter un vécu affectif, traumatique, n'est pas une chose étonnante. C'est ce qui se passe dans toute organisation psychique. Mais n'oublions pas que c'est à propos de la névrose traumatique que Freud a insisté sur la répétition. L'expression de ce vécu est elle-même répétitive, voire lassante. La prise en charge des patients passe par l'écoute attentive de cette plainte sans cesse réitérée, qui alimente sa nostalgie en rabâchant ses souvenirs. Mais qui quelquefois en retrouve de nouveaux, précieux par le pétilllement du psychisme ainsi provoqué, témoin tenu d'un travail possible. Il faut avoir l'oreille fine ! En fait le lombalgique

répète tout : les circonstances de son accident, les caractéristiques de ses différentes douleurs, ses lamentations et les regrets de sa valeur perdue.

On peut penser que pendant la période bienheureuse du paradis hyperactif, la répétition avait « oublié » de frapper le futur lombalgique. Je pense plutôt qu'elle se manifestait d'une autre façon. L'hyperactivité un peu forcenée n'est pas, de nos jours, considérée comme pathologique. Elle est même souvent souhaitée. Elle me paraît être une défense frénétique et vigilante du contre-investissement de la passivité infantile. On peut la comprendre comme le contre-investissement dans l'activité de ce qui fut autrefois vécu passivement dans l'impuissance et la détresse. La répétition y prend la forme d'une compulsion dans l'action, véritable vibration répétitive, toujours à remettre en marche. Sa nécessité semble être plus importante que son contenu. Il semblerait que le moi a essayé de détourner la force de la compulsion (*Widerholungszwang*) pour la transformer en plaisir et tendre vers la liaison, et qu'il ait réussi en partie. Mais le processus, coûteux en énergie contient sa fragilité, encore qu'à notre époque tournée vers l'agir, bien des personnalités fonctionnent ainsi longtemps et même toujours. Ce n'est pas le cas de nos lombalgiques.

Une grosse quantité de libido narcissique est investie dans ce qui n'est pas autre chose que l'opposé de la situation d'impuissance de détresse et de douleur d'autrefois. Mais la crainte constante que cela se répète est une manière de répéter. Ce qui est redouté et constamment défendu finit par arriver sous la forme, traumatique, de l'accident. Arrive alors le symétrique inverse de l'hyperactivité un peu maniaque, et omnipotente. C'est la douleur lombalgique et son vécu d'impuissance et de dépendance tout aussi surinvestis, et coûteux en énergie.

L'accident représente la causalité externe d'une problématique dont je viens d'explicitier certains ressorts internes. Le patient y voit la seule raison de ses malheurs, le décrit avec beaucoup de détails et y revient souvent, avec une sorte de ferveur. Si bien que se constitue dans l'esprit du psy qui écoute, une scène, animée, mais comme fixée dans sa répétition. Là aussi il convient d'être attentif car les petites variations, quand il y en a, les hésitations, les lapsus, les associations surtout, bref les petits événements psychiques qui naissent quand un affect apparaît, en disent long sur les conditions de survenue de l'accident et parfois sur une certaine participation inconsciente ou du moins une baisse de la vigilance normale du patient.

Par exemple :

– « J'avais vu que le sol était mouillé, et qu'il pleuvait encore. J'avais vu qu'au croisement quelqu'un arrivait sur ma droite, j'ai doublé

un automobiliste qui m'énervait, j'ai freiné brusquement, j'ai dérapé, le type m'a enculé, c'était un nord africain. Je n'aime pas les nord africains... (*hésitation*)... Je me demande comment c'est arrivé ! (*il me regarde un peu perplexe, je le regarde intéressé*). »

Difficile de dire plus avec si peu de mots. Le patient s'est lui-même étonné que son vécu n'est pas été plus prédictif de l'accident et n'ait pas empêché son acte manqué. Je me suis souvent dit que ce que ces petits fragments de premiers entretiens nous faisaient vivre, ressemblait par bien des côtés à ce qu'on peut percevoir avant une analyse au cours d'un entretien préliminaire. Dans ce cas et dans l'impalpable d'un croisement de regard qu'il faut appeler pré transférentiel, ce fut le point de départ d'un travail particulièrement productif.

L'accident n'est pas causal comme le croit le patient et comme le réfute le médecin, mais il est riche de renseignements, et le récit qui en est fait est une véritable condensation. Le patient a donc en partie raison. Les associations qu'il nous livre nous informent sur son état psychique, au moment de l'accident et pendant la période qui l'a précédée. Il est une conjonction brutale entre son monde interne et son monde externe et vient mêler ses diverses temporalités. Bien des choses apparaissent de sa situation psychique avant l'accident, montrant sans constituer pour autant une causalité, qu'une fragilité était apparue dans le système défensif édifié, et qu'une rupture pouvait faire écrouler l'édifice. Cette fragilité révèle les limites d'une défense aussi monolithique que l'hyperactivité, mais indique également contre quoi elle est érigée. Il peut s'agir d'une préoccupation à propos d'une promotion, ou d'un changement professionnel, ou bien de la réussite pourtant souhaitée (« je voudrais qu'il réussisse mieux que moi ! ») d'un enfant, souvent un fils, à un examen lourd de signification, par exemple le baccalauréat. Ce peut être la fin de la construction d'une maison, ou son début... toutes choses qui viennent interrompre la continuité de la vie, ou l'interroger.

Et les mots reviennent, répétitifs :

– « Je ne peux plus porter un seau »,

et il suffit de demander pourquoi c'est si important pour que le discours se complexifie et devienne parfois poétique :

– « Je suis une loque dans une peau de chagrin ! »

Ce peut être un remords lié à l'imgo maternelle ou paternelle :

– « J'aurais dû écouter mon père et faire une carrière militaire. »

Affects forts, donc, sur des fantasmes ténus. Il faut les recueillir pour aider à leur épanouissement. Le germe d'un travail d'élaboration psychique est là. Ce travail est double : élargissement élaboratif d'un

psychisme réduit et canalisé par la douleur érotisée, et travail de deuil de tout ce que le patient a perdu. Or le traumatisme, par essence se prête plus à la répétition qu'à l'élaboration, encore qu'on ne puisse refuser de voir dans la répétition une tentative d'élaboration.

De plus et nous verrons l'importance de ce fait, le récit de l'accident contient quelque chose d'hallucinatoire et d'hyperréaliste qui s'inscrit comme tel dans l'esprit de celui qui écoute. On verra plus tard que, dans d'autres formes de névroses traumatiques, ce récit indéfiniment reproduit, remplit le rôle que joue le souvenir écran dans des organisations plus classiquement névrotiques. Non pas qu'il faille opposer ces deux modalités du psychisme humain : ce serait plutôt les deux extrémités d'une chaîne qui en comporte bien d'autres. Je vois là un point de rencontre et la même possibilité d'une prise en charge inspirée de celle de notre pratique habituelle. Une raison d'optimisme.

La transmission intergénérationnelle

Il apparaît parfois, au cours d'un des premiers entretiens un chiffre, le chiffre d'un âge, qui surprend un peu par la précision qu'il apporte à la teneur du discours. Il s'agit de l'âge qu'avait un parent, en général le père ou la mère, mais ce peut être quelqu'un d'autre, lors d'un événement en général malheureux. Or il s'avère que c'était également l'âge du patient au moment de son traumatisme lombaire. En voici deux exemples frappants :

L'homme qui avait deux âges

Je remarque l'aisance dans le maniement de la langue française de ce jeune homme qui me dit pourtant être né en Algérie. Son accent très particulier est celui d'une région du nord de la France. Il est né en 1936. Son père né en 1900, part pour l'armée au cours de sa première année. Sa mère l'abandonne plus ou moins à son grand père paternel. Ce dernier, « homme fort », autoritaire, jouit d'une grande notoriété dans le pays.

En 1940, le père âgé donc de 40 ans, part pour la France, part pour la guerre. Il est fait prisonnier et on n'en entend plus parler pendant longtemps. Le grand père décide alors de « garder l'héritage » et de gérer les propriétés agricoles qui le composent. La mère divorce, se remarie, a d'autres enfants et perd définitivement tout contact avec son premier fils.

Ce dernier quelques années après la guerre, mais encore très jeune car il n'a que 13 ans veut partir chercher son père qui n'est pas revenu

en Algérie après sa captivité, et s'est fixé dans une petite ville du Nord. Il désire le connaître :

– « En Algérie le père c'est sacré. Il a le droit de vous déshériter sept fois. Un château il vous le prend. J'avais 15 ans... en fait je suis mort.

– ?

– En fait, j'avais 13 ans et je n'avais pas le droit de voyager seul même avec une autorisation de mon tuteur légal. »

Il explique alors ceci : un de ses cousins étant mort de la typhoïde, il avait fait déclarer à la mairie sa propre mort, et avait pris son identité... et son âge, ce qui lui permettait de voyager seul. Avec l'accord du grand père, du Cadi, devant des témoins, selon la coutume algérienne, il était donc parti. Il n'arrivera jamais dans la ville où habitait son père. Il s'arrêtera dans une ville très voisine,

– « Je ne connaissais pas la langue » s'excuse-t-il.

Il est recueilli par un paysan qui l'élève « comme son propre fils » et mène désormais l'existence d'un Européen. Il épouse une Européenne. Il aura avec elle des enfants auxquels il donnera des prénoms « internationaux ». Il travaille et gagne largement sa vie (il exerce un métier qui l'amène à voyager beaucoup).

Vont alors surgir deux accidents extraordinaires :

Quand il a 40 ans, âge réel, il a un accident qu'il qualifie lui même d'inexplicable. Il tombe d'assez haut sur la tête, et a de plus un traumatisme lombaire. Il arrête longtemps son travail à cause de ses lombalgies et aussi de vertiges, puis le reprend à la demande de son patron, et contre son gré.

Quand il a 40 ans pour la deuxième fois, âge du cousin mais aussi du nouvel état civil adopté par lui, il a un nouvel accident tout aussi inexplicable.

– « Dans un tournant, j'ai vu la maison, j'ai vu le jardin, j'ai vu le mur... Je suis rentré dedans. »

Et il a un curieux lapsus :

– « Ça m'a fait un choc sur *mes anciens accidents*.

– ?

– Je veux dire mon ancien accident. »

Dans cette histoire où l'héritage est souvent en jeu, beaucoup de choses ne sont pas transmises : L'héritage lui même, « gardé » par le grand père, la culture algérienne, remplacée par la culture européenne. Enfin le contact avec le père n'a pas eu lieu, n'a jamais eu lieu malgré le

désir de l'enfant. Ce père n'a pu laisser de mémoire (un père peut vous déshériter).

Mais une transmission s'est quand même effectuée, une seule : l'âge de la cassure et sa nécessité. 40 ans, marquant le départ à tout jamais du père. 40 ans, marquant la brisure du fils, deux fois. Il y avait eu aussi, bien plus tôt, et le lapsus est là pour le rappeler, une autre brisure, la séparation d'avec la mère.

Ce cas est exemplaire. Plusieurs points y sont à relever. Tout d'abord il faut noter l'absence de souffrance psychique chez le patient avant le premier accident. Ensuite si nous examinons la qualité de ce qui est transmis entre le père et le fils et qui est représenté par la cassure, remarquons que rien dans les symptômes du fils, les accidents et la douleur, rien n'apparaît de l'histoire du père. La nécessité de la transmission est bien plus importante que son contenu qui n'est qu'un symptôme creux, non symbolique, qu'à l'époque j'avais proposé d'appeler (1980) le « chrone ».

Une lombalgie héritée

M. B. est hospitalisé pour une lombalgie qui n'a pas fait ses preuves anatomocliniques. Il a ressenti ses premières douleurs au travail, avec en plus l'impression d'être paralysé. Le médecin consulté ne lui prescrit pas d'arrêt de travail (non reconnaissance). En tondant le gazon, quelques jours après, il ressent des douleurs de plus en plus violentes, et s'arrête de travailler. Je le vois sept mois après, toujours en arrêt.

Au cours de l'entretien, il se plaint des différents patrons qu'il a eus et qui ne l'ont jamais reconnu.

– « Déjà, assure-t-il, il y a quatre ans à l'armée, j'ai été hospitalisé après un sérum et on m'a dit que c'était les nerfs. Et dans la nuit j'ai eu une crise d'angoisse intense, horrible, j'ai été réveillé par une douleur aiguë. Je ne pouvais plus bouger, j'avais peur d'être paralysé ».

Il avait alors 20 ans. Lors de son accident lombaire, pour lequel il est hospitalisé, 24 ans. Il parle alors de son enfance. Sa mère l'a eu à 17 ans. Actuellement, elle est « mutilée du travail ». Elle a eu la colonne abîmée : « un camion en état d'ivresse » l'a coincée entre le trottoir et la roue.

M. B. n'a pas connu son père. Très vite, il a été recueilli par ses grands parents. Sa mère était obligée de travailler. Elle a poursuivi son travail pendant trois ans, et à l'âge de 20 ans, a eu son accident. Puis j'apprends qu'à l'âge de 24 ans elle a eu deux jumeaux d'un homme dont elle a divorcé par la suite.

M. B. revient alors sur son premier épisode d'angoisse.

– « C'était la nuit et j'étais seul. Ma femme venait d'accoucher. Elle était à la maternité. Les murs tournaient. J'ai appelé les médecins. J'avais la colonne paralysée jusqu'au bassin. »

L'héritage « chronologique » dans ce cas est double. Ce que la mère a subi à 20 ans d'abord à 24 ans ensuite, a été vécu par l'enfant comme une catastrophe. Et c'est à 20, puis 24 ans qu'il craque lui aussi sans raison bien évidente de la colonne et du bassin. Cela, il ne le savait pas vraiment, mais il a pu me le faire savoir.

Dans cet exemple le traumatisme s'est transmis d'une génération à l'autre en reproduisant les symptômes maternels : le bassin, la colonne. Cette identification inconsciente, de corps à corps, se doublait d'une autre capture de la problématique maternelle : une angoisse abandonnique, qui le rendait agressif, dépressif et dépendant. Le somatique n'épuisait pas toute la transmission. M. B. avait aussi hérité de sa mère, une certaine forme de détresse avec de plus une hantise et même un vécu de la paralysie (« j'avais la colonne paralysée... ») qu'elle-même avait dû éprouver lors de son accident.

Chez les patients lombalgiques psychogéniques la douleur actuelle réactive une demande ancienne non satisfaite. Se produit alors la réorganisation autour d'une blessure d'un psychisme autrefois empêché, relançant la forte exigence de soins qui jadis s'était transformée en hyperactivité. La zone lombaire fonctionne comme une zone algogène et érogène, chargée d'un fort besoin de satisfaction.

La force de la répétition est plus intense que la force de la satisfaction. D'ailleurs de quelle nature pourrait être celle-ci ? C'est dire que le patient se retrouve dans la même situation de non satisfaction que celle qu'il connut dans les débuts de sa vie. Il pose des questions auxquelles le médecin ne peut pas plus répondre que la mère autrefois. La sensation douloureuse demande de l'amour, le patient n'obtient que du rejet. Impuissant il rend le médecin impuissant comme était impuissante la mère, rétablissant ainsi la relation ancienne et la pérennisant, retrouvant le passé.

Les affects qu'ils éprouvent nous alertent. Nous comprenons leur demande impérieuse mais ils nous mettent dans l'impossibilité de la satisfaire. D'où la colère des médecins. La douleur est une présence constante de l'étranger en soi et du travail psychique que cela implique. Quelque chose avait été expulsé dans l'hyperactivité, et qui est revenu par surprise, sous forme de traumatisme, sans préalable ni préparation et qui court-circuite les défenses. Il nous faut comprendre la réalité de la situation répétitive, sa nécessité, et sacrifier notre désir de guérir.

Accepter la lourde relation que le patient installe, faut-il parler de transfert ?

Les patients nous demandent l'impossible :

- ils nous font vivre ce qu'ils ont subi ;
- ils veulent revivre ce qu'ils ont subi ;
- ils nous demandent secrètement de faire ce que la mère n'a pas fait. D'être la mère idéale qu'ils n'ont pas connue.

Que faire ?

Je vais maintenant présenter le cas d'un patient, douloureux post-traumatique mais non lombalgique, qui montre à quel point la répétition peut revêtir la forme démoniaque que lui prête Freud. La répétition chez lui d'accidents traumatiques est impressionnante. Nous verrons que comme ses frères lombalgiques il représente un modèle et un exemple, ce qui nous permet d'imaginer une réponse à cette question.

VICTOR : UN CAS DE PSYCHOGÉNIE PURE

Est-il hypocondriaque ? Oui, car il semble ne pouvoir exprimer autre chose que sa douleur, encore, et toujours. Mais voilà qu'il raconte sa vie, et il nous parle alors d'une névrose traumatique.

Victor vient consulter dans le cadre de la consultation de la douleur de l'hôpital neurologique de Lyon, consacrée aux douloureux chroniques et animée uniquement par des analystes. Il est grand, costaud, sympathique, volubile. À peine assis, il entame avec un savoureux accent pied noir le monologue qu'il poursuivra pendant des années :

– « J'ai perdu le sommeil il y a trente ans. Un chien m'a sauté dessus. Je ne l'avais pas vu. Il était tout blanc. J'étais de service. Je suis tombé. J'ai mal à la tête et aux genoux. J'ai de l'insomnie, l'asthénie de l'adulte, et de la fatigue chronique. Je fais des cauchemars, avec du sang. »

Cela, depuis un incident qui s'est produit en Algérie, pendant la guerre. Avant, il allait bien, était hyperactif, et n'avait peur de rien, sauf du sang. Depuis, au cœur de ses insomnies, il revoit et revit sa scène traumatique, la cauchemarde et l'ensanglante. Voici le récit de l'incident qu'il fait dès le début du premier entretien et qu'il referra au cours de ce même entretien, puis au fil des ans, un nombre incalculable de fois. Il s'agit de la première scène traumatique. Il y en aura d'autres.

Il était surmené, il conduisait une ambulance et portait des lettres, dix-huit heures par jour. Un soir, il entre dans une maison arabe pour

transmettre un pli. Le patio est entouré de pièces : les chambres des musulmanes. Le silence est total. Il appelle. Les femmes ne sortent pas. Elles ne sortent jamais « à cause de la religion ». Toujours le silence. Un grand chien blanc lui saute dessus, par derrière, sans avoir aboyé. Victor tombe sur les genoux et la tête et reste immobile, paralysé, terrorisé. Les femmes sortent alors de tous côtés, l'entourent et lui parlent. Elles répètent un mot arabe : *Khela'a*. Ca veut dire, me dit-il : il a été effrayé. Il répète plusieurs fois le mot *Khela'a*, il a été effrayé.

Je suis étonné par le mot « effrayé ». C'est bien d'effroi que parle Freud à propos des névroses traumatiques quand le moi, non préparé, est débordé, sidéré et ne peut se défendre ni par l'angoisse ni par l'élaboration psychique. Par ailleurs le mot arabe *Khela'a* me surprend par l'investissement qu'en fait Victor qui le répète avec une sorte de délectation. Je note déjà des différences dans la manière de le prononcer. Victor envahit mon esprit en répétant le récit de cette scène. Puis il se résume, d'un coup, en deux phrases à la suite : « la douleur, la douleur, le sommeil ! » et « je me souviens toujours du temps passé ». Ces deux petites phrases, également répétitives tout au long de la cure, sont importantes. Elles désignent la réalité d'une mémoire qui ne s'exprimera que difficilement par le langage. Je saurais que Victor se souvient, mais je n'aurais que lentement accès à ses souvenirs. Il s'agit d'une mémoire muette, qui à l'inverse de l'hystérique, bloque les réminiscences, ou plutôt n'en connaît qu'une, chronique, la douleur. Douleur accolée dans l'autre petite phrase, au sommeil. Aucune décharge ne peut apaiser l'excitation de cette douleur. Elle ne connaît que la résolution du sommeil.

Le tableau, biphasique, qu'il présente est typique des patients traumatiques qui viennent consulter dans les centres de la douleur : un paradis hyperactif puis une douleur physique inguérissable provoquée par un traumatisme physique bénin, ou même comme c'est le cas ici par une frayeur non accompagnée de blessure corporelle. Mais le corps imaginativement engagé dans le moment traumatique, a engrangé une mémoire, douloureuse, désormais incurable. C'est ce qui se passe, nous l'avons vu chez certains lombalgiques dits psychogéniques. Mais la problématique de Victor est plus complexe.

Avant le récit de la deuxième scène, qu'il me fera plusieurs mois après, j'aurai des précisions sur sa vie. Ils étaient quatorze enfants :

– « Sept morts, quatre vivants... et trois sœurs »...

Famille pauvre d'Algérie : travail, travail ! Son père était employé dans une ferme et Victor a toujours travaillé dans les champs. Pendant la guerre, en 1944, il a eu une conduite héroïque, volontaire pour toutes

les missions dangereuses. Il s'est ensuite retrouvé dans la police et a fait la guerre d'Algérie, toujours en prenant des risques. (« je ne crains ni la mort ni le danger », affirme-t-il souvent). C'est à cette époque qu'a eu lieu l'incident du chien.

Le contact avec Victor est particulier. Emmuré dans sa douleur, le récit de sa douleur et le récit du traumatisme inaugural de sa douleur, il laisse peu de place à son interlocuteur. Il est à la fois épuisant et attachant, et je me laisse séduire par cette étrange tristesse volubile qu'il déverse et déversera à chaque séance.

L'imparfait, temps utilisé par Victor de façon privilégiée, connote un passé irrémédiablement perdu. C'est un temps de nostalgie et de regret. Le présent n'est là que pour évoquer la douleur actuelle, en termes figés dans une répétitivité qui décourage toute envie de s'en approcher.

La deuxième scène traumatique qu'il me raconte rappelle étrangement la première. Elle a eu lieu en France après qu'il eut quitté l'Algérie : Victor est debout dans une grande poubelle de l'immeuble dont il est concierge. Autour de lui, les femmes se plaignent, réclament de la place pour leurs ordures. Victor piétine dans la poubelle qui pivote sur ses roues. Il tombe sur les genoux et la tête. Les femmes se précipitent et l'entourent en criant. La symptomatologie douloureuse de Victor, jamais apaisée vraiment, est relancée par ce nouveau traumatisme. Je suis évidemment très frappé par la ressemblance avec la première scène, mais pas Victor qui reste sourd à ce que j'essaie de mettre en lien.

Je n'insisterai pas sur la troisième scène traumatique car elle est horrible. Chronologiquement, elle se situe entre la première et la deuxième, mais je n'en aurai connaissance que bien plus tard. Victor était resté en Algérie après la fin de la guerre pour retrouver la trace d'une parente disparue. Il se sentait un peu coupable de cette disparition qu'il n'avait pu empêcher. Coupable dans l'imaginaire car il n'avait rien à se reprocher. Dans des conditions très dangereuses, et « déjà malade à cause du chien », il finit par découvrir ce qu'il cherchait : un puits, des cadavres de femmes, du sang partout... Ce qui l'avait mis sur la piste était des chaussures de femme portées par un homme.

La quatrième scène traumatique est triste et courte. Elle est aussi récente. Un de ses proches, un homme, est hospitalisé. Il a une maladie du sang. Il est allongé sur son lit et subit une transfusion. Les infirmières s'affairent tout autour de lui.

Ainsi un fantasme, ou une scène, insiste : un homme étendu (un enfant ?) est entouré de femmes, l'idée est celle du danger, de la souffrance, du sang, de la mort. Toute une série de signifiants qui reviennent inexorablement dans la vie et le discours de Victor. Dans la scène

n° 3, les choses sont inversées : ce sont les femmes qui sont mortes, l'homme est debout. Dans tous les cas, l'affect est celui d'un effroi, voire d'une terreur. On ne peut relier cet effroi à la réalité, sauf en ce qui concerne la scène n° 3 (le puits sanglant), ni comprendre pourquoi les deux premières scènes de chute ont transformé Victor en homme qui souffre, ne fait plus rien si ce n'est les raconter, interminablement, comme ponctuation du récit, également interminable, de sa vie.

Je suis frappé par l'indiscutable ardeur et contentement dont fait preuve Victor. Content de parler il ne supporte aucune incise dans son discours, qu'il prend comme une contestation de sa douleur. Même une demande de précision banale est mal perçue par lui.

En face de lui, je me livre à un étrange travail mental, en particulier autour du mot *Khela'a*, si complaisamment répété et pas toujours de la même manière. Prononcé comme le fait parfois Victor : *Khla*, le mot signifie : néant. La prononciation habituelle de Victor *Khelaa* est fautive. J'imagine que Victor veut dire : *Khela'a* (avec une lettre 'a' difficile à articuler par les Européens). Le souvenir de mes vieilles études d'arabe littéraire, ou du dialecte de mon pays natal, m'indique comme sens « il est déshabillé », mais, et je me le ferai confirmer par des arabophones, le mot signifie aussi « il a été effrayé », comme l'avait entendu Victor. Plus exactement : il a effrayé, c'est le chien qui est sujet ; ou alors en tant que substantif : terreur, effroi.

Ainsi Victor répète sa douleur et l'expression, les mots de sa douleur : la plainte. Il répète aussi, comme si la douleur n'était pas une répétition suffisante, les scènes traumatiques, et le récit des scènes traumatiques. Il répète aussi les lieux de la douleur, (la tête, les genoux), ainsi que les conditions d'apparition de la douleur (les chutes).

Aucun affect ne trouve la représentation idéale pour le qualifier, et dans l'écart, le décalage, il y a tout l'humain : la nécessité de lier, la relance du désir, l'arborisation de la pensée. C'est à la « personne secourable » la « personne bien au courant », (Freud, 1895a) à travers la séduction maternelle, qu'il revient de répondre, à l'extérieur, à ce qui est là, à l'intérieur, d'un psychisme prêt à vivre.

Pour lui le trauma originare n'a pas été sexuel à proprement parler ; mais on peut imaginer chez cette famille débordée, au milieu des morts, des naissances, des difficultés matérielles, une enfance difficile, délaissée, solitaire, marquée par l'abandon, la détresse et la dérégulation. Bref, une situation traumatique au long cours, avec un trop d'excitations et un trop peu de décharges adaptées, et donc structurantes.

Victor n'exprime pas de façon équitable le biphasisme de sa vie dans le récit qu'il en fait. Il y a deux périodes et deux origines. La première

période, opératoire et hyperactive, est peu évoquée. Il était toujours occupé (travail, travail). Il était serviable et dévoué, avait toujours quelque chose à faire soit pour lui soit pour les autres... d'ailleurs il savait tout faire. La deuxième période, celle de la douleur envahissante, tient son origine dans la scène traumatique inaugurale. En écoutant Victor, il me vient en mémoire l'intuition géniale de Ferenczi à propos du nourrisson savant, de sa maîtrise et de son désarroi. Après le traumatisme que subit ce nourrisson, un clivage se produit entre une partie endolorie et potentiellement destructrice, et une partie omnisciente et insensible.

Chez Victor, le clivage se produit dans le temps, avec le biphasisme hyperactivité/douleur. Le traumatisme précoce a produit une violence de survie sans doute analogue à celle que décrit J. Bergeret (1973), une violence vécue corporellement. On peut comprendre que le contre-investissement de cette violence s'est fait dans le corps (hyperactivité) et le comportement.

La clinique de la douleur est une clinique du négatif. On le voit pour Victor. Comme le dit D. W. Winnicott,

« Pour un patient il est plus facile de se rappeler un trauma que de se souvenir que rien ne s'est passé quand cela aurait pu se passer. »
(Winnicott, 1974)

On peut ajouter peut-être, « aurait dû » comme disait Freud à propos d'Elisabeth.

Il y a diverses raisons à l'hyperactivité opératoire et dévouée du premier temps du biphasisme. Il s'agit du contre-investissement intense de la pulsion destructrice envers la mère (gardien de la destructivité à son égard), qui permet de ne pas exprimer les affects de haine, de rétorsion et de vengeance. Cela facilite la préservation de l'estime de soi, fournit l'excitation nécessaire à la vie et autorise la reprise (ou la prise) du contrôle, de la maîtrise et, en quelque sorte, une renarcissisation du moi dans la toute puissance de l'activité. Il s'agit de soutenir une défense constante contre tout affect et toute représentation d'un objet qui a été maintenu dans le flou. Le sujet, lui, ne fonctionne que dans l'actuel.

Dans le deuxième temps, celui de la douleur, on est dans le paradoxe d'une situation inverse, qui pourtant réalise le même objectif : pas d'affect qui pourrait rappeler les vécus de l'impuissance et de la détresse anciennes. Le passage des pulsions à but actif à des pulsions à but passif, réalisé par l'inactivité et la douleur, crée un système énergétiquement plus économique et surtout plus efficace. Dans ce système, l'excitation,

c'est la douleur, et la décharge, c'est aussi la douleur. Il n'y a pas, ou peu, de place pour d'autres affects, si ce n'est un obscur fond de triomphe et de défi : « tu ne me guériras jamais ! » qui s'éclaire parfois dans une évidente jouissance. Devant de tels patients, on pense souvent au mélancolique ou à l'hypocondriaque, dans une perception qu'ils nous font ressentir d'un morceau de l'objet, mort, incorporé, enfoui. Mais l'hypocondriaque n'est-il pas un petit mélancolique, satisfait ?

Chez de nombreux patients douloureux chroniques, et c'est le cas de Victor, il n'y a aucune culpabilité, exprimée ou consciente. L'action, ou la douleur, par des voies différentes, la dissolvent. Comme le dit Freud (1923), il s'agit chez eux « d'un sentiment de culpabilité qui trouve la satisfaction dans l'état de maladie et ne veut pas renoncer à la punition par la souffrance... Mais ce sentiment de culpabilité est muet pour le malade... le patient ne se sent pas coupable mais malade. »

Chez eux, comme chez l'endeuillé ou le mélancolique, l'effraction traumatique ou le deuil, sont relatifs, en ce sens que leur degré de potentialité douloureuse est à comprendre comme symptomatologie d'une organisation psychique préalable. Le patient n'accuse que sa douleur, mais l'analyste fait des liens, ce qui lui permet de penser autrement. Dans les cas analogues à celui de Victor, on est en droit de faire resurgir la vieille notion de traumatophilie pour entrevoir ce qui a été traumatique dans un trauma. N'est cassable que ce qui est devenu fragile.

Je me figure la douleur comme un affect primitif, non qualifié, un proto-affect qui serait l'après-coup, d'un avant-coup sans nom, flou, inadapté en tant que tel, aussi bien au psychisme encore absent, qu'à la réalité encore insaisissable par l'appareil perceptif. Une sensation inqualifiable qui, en tout cas, doit être apprivoisée par et pour les nécessités de la vie. L'expression de la douleur a une fonction d'appel.

Michel Fain, cité par Gérard Bayle (1996), dit que si « à l'antériorité normale de l'activité érotique se substitue l'antériorité de la souffrance, elle dépasse d'emblée les possibilités intégratives du masochisme primaire ». On pourrait donc dire que trop de douleur tue le masochisme ou limite sa fonction tempérante, mais aussi qu'un trop, un reste de douleur impose une nécessité masochique.

Dans ces cas, le repli auto qu'accomplit le masochisme en rapatriant les pulsions vers le moi ne permet pas à l'objet de se constituer suffisamment et encore moins de se perdre, donc de pouvoir être retrouvé. C'est le squelette d'un objet qui est tombé sur la triste symétrie d'un moi squelettique. Le masochisme subverti, impuissant à trouver l'objet sadique, laisse la douleur s'exercer en liberté dans un auto-érotisme de

pure décharge, infini. On ne peut qu'espérer que cet auto-érotisme ait une fonction apaisante, autocalmante plutôt. Les patients douloureux ont parfois des gestes d'une infinie tendresse, les gestes d'une mère, pour caresser leur blessure interne. Un chien lèche sa plaie. L'agressivité s'endort, avec parfois, heureusement, un geste de rébellion brutal, éruptif qui montre le feu qui couve : attaque violente contre un médecin vécu un instant comme persécuteur, rarement rancune organisée, parfois manifestation d'un masochisme moral qui aggrave en général la situation en laissant peu, ou pas, la possibilité de l'utiliser.

L'expression de la plainte ne fait pas taire la douleur. Elle s'accompagne d'une résignation silencieuse ou d'une accusation muette. À qui pourraient-elles s'adresser ? La plainte est portée contre X. Elle forme un monde d'affres, hors de toute représentation et aggravé par la non-représentabilité d'un objet qui s'est estompé dans son manque. Cette nécessité de plainte est la décharge de l'auto-érotisme douloureux, sa masturbation. Dans le cadre de la consultation, elle tient lieu de psychisme ; les affects qu'elle véhicule, pris en masse dans la douleur, cherchent désespérément un sens. Ils représentent un appel qui reste sourd, par défaut, à toute réponse ; un appel qui ne trouve pas d'objet, qui ne cherche pas d'objet, mais qui demeure, comme témoin de la souffrance mais aussi comme vestige d'une image maternelle maintenue ainsi dans l'espérance à travers le désespoir.

Quel est l'avenir de ce narcissisme douloureux auto-érotique, dans le cadre du face-à-face de la consultation et de la prise en charge psychothérapique ? Il faut le comprendre comme un coup d'arrêt, une butée qui barre le chemin à un effondrement narcissique plus grave encore. Il représente une défense plus solide qu'on pourrait le croire dans son dynamisme lent de répétitivité obstinée. Les angoisses d'écroulement, de décomposition, voire de néantisation dans certains cas, sont proches, tellement dangereuses que le patient s'agrippe à sa défense. Cet agrippement est d'ordre anal. On retrouve cette analité dans le cadre de la consultation. Le patient contrôle tout. Rien ne doit entrer, rien ne doit sortir. Rien de mauvais ne doit lui arriver, ni rien de bon d'ailleurs, surtout rien de nouveau qui serait immédiatement détruit. Des phrases comme « Enfin ! Si ça ne s'aggrave pas ! » montrent toutefois de quel côté se situe le danger. Dans cet effort de contention d'une part, de destructivité d'autre part, même l'ambivalence est figée. Comme le bras de fer de deux costauds d'égale force. Comment intervenir ? J'ai déjà dit plus haut la difficulté du thérapeute à survivre. Ma fascination pour le mot *Khela'a* en est la marque, ou ma nécessité de fonctionner mentalement.

Mais il faut également comprendre et accepter un phénomène curieux : le patient nous parle comme si nous étions lui. Il nous convie en quelque sorte à un auto-érotisme à deux, et fait de nous un double spéculaire, narcissique. Lui, si facilement dépendant et infantile, montre sa face impérieuse et autocratique. Il parle, nous ne devons rien dire, devenus doubles, suffisamment empathiques, mais pas trop, afin de permettre des identifications. En fait, le problème est complexe. Le thérapeute est coincé entre deux positions : survivre psychiquement dans la plainte tout en maintenant son écoute ; et accepter la relation spéculaire pour devenir le double narcissique de son patient.

Entre les deux, il risque de flotter en perdant lui-même ses limites et de connaître lui-même, dans sa régression, un état traumatique attaquant son monde représentatif personnel. Il peut s'en tirer en théorisant, ou en secouant sa pensée pour fantasmer ailleurs, ce qui est mieux (par exemple, en s'intéressant au mot *Khela'a*). Il peut aussi se laisser aller à une figuration prenant la forme d'une pensée animiste, et assurant la continuité de son psychisme malgré le flottement éprouvé. Le patient, lui, dans le même moment de flottement, plutôt que de ressentir un affect irreprésentable (ou une angoisse devant une non-représentation comme le conçoivent César et Sara Botella, 1984), se contentera d'avoir mal. Encore que le visuel de la situation de face-à-face protège peut-être mieux que ne le pourrait la situation analytique. Le patient nous tient à l'œil !

Mais ce genre de vacillement peut être utilisé dans la relation thérapeutique. Comme on le verra, c'est au langage qu'il appartient, lorsqu'il redevient polysémique, de regrouper la mémoire et d'offrir des fragements. C'est ce qui s'est passé avec Victor, lors d'un événement transférentiel.

En plein milieu de son monologue plaintif, il s'emmêle, bafouille et s'arrête un instant. Je le regarde, probablement de façon particulière. Je ressens quelque chose d'inidentifiable. Il voit mon regard et me dit :

– « Après ma première chute, on m'a fait de la radiothérapie *pénétrante* », et porte aussitôt la main à sa nuque, avec un signe de souffrance. Pourquoi l'ai-je regardé ainsi, je ne m'en souviens plus, mais je me souviens de mon trouble. Nos affects se sont croisés. En tout cas, je l'ai pénétré. Victor enchaîne sur des fantasmes bien évidemment homosexuels mais un autre souvenir lui revient : la scène d'horreur du puits sanglant. Ce qui ouvre deux voies bien différentes à l'élaboration psychique. Celle de l'homosexualité, avec sa potentialité structurante, même si elle apparaît dans un premier temps dangereuse, et celle de la destructivité et de la mort. Pour la première fois surgit pendant

une séance un affect non contrôlé, un affect qui échappe à la tonalité habituelle. Puis, Victor fait des associations qui amènent des souvenirs nouveaux :

– « Les Arabes ont un poignard très effilé [...] j'en connaissais un qui avait tué un homme. Jamais je ne le laissais marcher derrière moi. »

Puis il fait un lapsus en prononçant *Khela'a* ; il ajoute une désinence féminisante :

– « Elle a été effrayée. »

J'enregistre. Quelque temps après, un souvenir lui revient : à genoux dans un champ, il travaille. Brusquement, il perçoit du bruit, puis plus rien, puis encore. Il a très peur. On va le pénétrer. Poignard ? Pénis ? Les deux ? Il se met à parler en arabe ; derrière, le silence encore, puis on lui répond. Il est sauvé ! Dans les séances qui suivent, arrivent d'autres souvenirs, de guerre, nombreux. Il parle d'un commandant très dur.

– « Je ne tenais plus debout, cramponné à un arbre. Il m'a dit : 8 jours de prison, si tu n'as pas de fièvre. Heureusement j'avais une crise de paludisme. J'aimais bien le commandant. » (!)

Victor accède timidement à son propre psychisme. Il ne peut élaborer bien sûr la scène primitive violente en jeu dans sa chute avec le chien, mais il peut un peu la décondenser et on voit apparaître deux fantasmes : les femmes, qui ne bougent pas quand on les appelle (mais qu'on appelle quand même) et, avec le mot « pénétrante », les poignards, les crocs du chien ou le commandant cruel, une figure paternelle dure, mais présente, semble se dégager de l'image jusqu'ici envahissante de la mère phallique.

Les images se sont un peu animées. L'affect n'est plus entièrement pris dans la douleur. Victor commence à se demander pourquoi il est entré dans le patio, ce qui est interdit (« harem » fait partie d'une famille de mots appartenant à une racine qui signifie à la fois sacré et interdit). Le fait d'y être entré montre plus le désir infantile (pénétrer dans la chambre des parents) que le besoin de maîtriser en repassant sur les traces. Il peut donc interroger sa culpabilité, et la punition qui va avec, et, de façon projective, avec le commandant, sa forte ambivalence. Dans le même temps, un transfert bien timide encore apparaît, à utiliser plus qu'à interpréter.

C'est pourtant dans ces circonstances que la défense risque d'être débordée ; lorsque les retrouvailles avec l'objet *haï* via un figuratif quasi hallucinatoire, réactivent une trace mal symbolisée. J'avais autrefois appelé cette trace « amnésique » (1974). J'en parlerai de façon plus précise dans d'autres chapitres. Elle est en effet incapable d'amener une

remémoration. Elle peut toutefois soit créer ou entretenir l'immobilité de la douleur chronique, répétition suspendue, soit précipiter le sujet traumatophile dans un nouvel accident traumatique.

Paradoxe douleur ! Issue d'une insuffisance du pare-excitations maternel créatrice de traumatophilie, elle devient elle-même pare-excitations par l'excitation constante qu'elle suscite. À travers les failles de ce pare-excitations, par exemple « l'incident psychothérapeutique » relaté plus haut, ou les circonstances des scènes traumatiques racontées par les patients, on peut apercevoir des formes, des images, des figurations qui, reprises par le langage, peuvent permettre le travail d'élaboration psychique. Le récit de la scène traumatique serait ainsi le souvenir-écran du pauvre, du pauvre moi douleur.

Chez les traumatiques, les violences internes qui n'ont pas trouvé de décharge suffisante dans le psychisme, restent proches du perceptif. La décharge se fait plutôt dans la motricité. Les perceptions trop intenses restent sans sens, fixées en traces « amnésiques », non devenues représentations. L'enfant garde sa douleur et tente, bon an mal an, de la décharger dans l'action, dans une névrose de comportement. La décharge à l'intérieur (par exemple souvenir écran ou symptôme névrotique) ne peut avoir lieu, ou pas suffisamment. Par contre, elle peut se faire à l'extérieur, dans l'action. Le sujet devient opératoire, hyperactif, gentil et dévoué comme l'était Victor, « avant ». Mais il est fragile, possiblement traumatophile, et dans ce cas, il a rendez-vous avec un « moment traumatique », ersatz d'un souvenir-écran non constitué avant à cause du manque d'écran, de scène interne, et projeté dans le futur. Ce que j'appelle le moment traumatique est une conjonction, une rencontre explosive entre le dedans et le dehors et entre le passé et le présent. Au moment où va se produire le traumatisme qui attend le sujet traumatophile, ce dernier, en quelque sorte, le reconnaît. La perception actuelle rappelle une perception d'autrefois qui avait gardé sa charge et n'avait pu être métabolisée. Elle va la suractiver. L'écran, maintenant, est là, à l'extérieur, dans le réel qui, de façon « démoniaque », bondit au-devant du patient dans le même temps où ce dernier se précipite vers lui. Le temps est piégé. Le passé, dans une réminiscence quasi hallucinatoire, s'est répété dans le présent. La douleur a fait effraction dans une explosion d'affects autrefois interdits.

Dans l'épaisseur de la couche mortifiée devenue douloureuse du pare-excitations, peut se faire entendre, et c'était le cas chez Victor, la vivance d'un maternel féminin toujours là, permettant d'interroger les formes vagues d'un père dont le meurtre n'a pas été accompli. Sinon, que signifieraient chez Victor toutes ces formes répétitives que l'on peut

repérer dans le récit de ses malheurs ? Par exemple, ces genoux et cette tête qui, au hasard des chutes et des aventures, heurtent le sol dans on ne sait quelle prière arabe, et dont le sens nous échappe ? Ou ce silence si répétitif aussi, celui du patio et celui des femmes, celui de la scène des champs, celui des mortes dans le puits ? Peut-être peut-on y voir battre un automatisme de répétition, mais pas seulement. Il s'agit bien aussi d'une recherche de sens, un essai de liaison. La répétition-rencontre qui s'effectue entre un dehors malgré tout représentatif du dedans et ce dedans, aussi traumatique soit-elle, est non seulement porteuse de sens, mais surtout partie prenante des représentations de la castration et de l'Œdipe par le biais du langage. Même si elles sont encore timides, et lointaines, et ne masquent pas les images sombres de l'enfant mort, mort à lui même et dans les yeux de sa mère, elles sont l'espérance du patient douloureux traumatique.

Alors ? Quel sens donner à la douleur, physique, et à son énigme. Le moi douleur est un moi immature, coupable et innocent. Il s'est tourné vers l'autre qui ne l'a pas entendu. Il peut se sentir accusé et il l'est souvent. Figé dans sa souffrance il est là, en suspension, en attente, dans son éternelle demande. C'est un moi à l'accusatif. Il a besoin d'un porte-parole pour comprendre et faire comprendre que la douleur des origines est liée à la vie.

Chapitre 7

LES DOULEURS « ORGANIQUES » : TORTURES SUBIES, TORTURES DÉSIRÉES

LE BIEN ÊTRE que nous ressentons habituellement est qualifié par un ensemble de sensations et de cénesthésies que nous n'écoutons pas. Mais à la moindre fausse note dans ce concert rassurant nous sommes alertés et essayons de traduire l'information afin de désamorcer l'inquiétude qu'elle a fait naître. Nous prolongeons ainsi la fonction pare-excitations et pare douleur, dévolue à l'instance maternelle. Car l'ennemi c'est la douleur.

Pourtant la douleur est toujours là, très proche et nous devons apprendre à composer avec elle. Il faut accepter la vaccination pour ne pas être malade (une autre douleur). Il faut souffrir pour être beau. Il faut partir dans le froid pour aller à l'école et apprendre à lire et devenir grand.

La violence qui préside à nos débuts dans la vie, et semble indispensable, fondamentale comme l'appelle J. Bergeret (1984) et l'agressivité

qui en découle, que nous devons maîtriser pour devenir humain, nous imposent un travail d'éducation et de civilisation. Le tableau de notre monde actuel, nous montre à quel point ce travail est difficile. L'homme aime, ou apprend à aimer infliger de la douleur à son prochain et parfois à lui-même. Il ne découvre pas la douleur que par le biais de la maladie, de blessures, de traumatismes ou, comme j'ai essayé de le montrer, de certaines dispositions psychologiques. Le sadisme et le masochisme déferlent en toute liberté partout où il y a des hommes, que ce soit à l'échelle des pays, des ethnies, des religions ou des individus. La délinquance agressive se multiplie et on pourrait parfois presque penser que la sexualité courante est devenue sadomasochiste.

Dans les chapitres précédents, j'ai voulu étudier comment le fait douloureux affecte l'économie de l'individu. Il m'a semblé intéressant de voir ce qui se passe lorsque la douleur est subie contre la volonté du sujet dans les situations de torture, les situations extrêmes provoquées par les guerres, et également lorsqu'elle est désirée, par exemple chez les masochistes dits pervers, ou encore quand elle accompagne certaines pratiques actuelles : tatouages, *piercing*, *branding*, *deep-in* et autres.

LA DOULEUR INFLIGÉE

Bien qu'ayant reçu moi-même des témoignages de torturés, je m'appuierai surtout sur l'article bouleversant de J.-C. Rolland « Un homme torturé » (1986) écrit à la suite de la relation qu'il a eue avec Tito de Alencar. Il faut lire ce texte. On y voit comment des sévices extrêmes ont détruit un homme, religieux dominicain et fortement engagé politiquement à gauche dans un Brésil réactionnaire.

Les tortures endurées furent telles que Tito tenta de se suicider en prison en s'ouvrant une artère du bras et ne fut sauvé que de justesse. C'est en France, après son expulsion, que Rolland le rencontra. L'homme n'était pas seulement détruit, il était quelqu'un d'autre, un étranger à lui-même, créature des bourreaux. Soumis à l'impérieuse nécessité de dire, il était dans l'impossibilité de le faire : les notes écrites en prison, les mots du langage parlé, ne lui permettaient pas d'exprimer l'indicible. Alors Tito se mit à revivre son expérience, confondant sa chambre d'hôpital avec sa cellule, les médecins ou plus tard les dominicains qui l'avaient accueilli, avec ses tourmenteurs, régressant ainsi à l'acte, un peu théâtralisé, pour mieux exprimer l'inconscient. Puis il se réfugia dans le délire. Mais ni les mots

écrits ou prononcés, ni la répétition agie, ni le délire, aucune de ces remémorations furtives, n'ont pu réorganiser son psychisme détruit. La contrainte de répétition alliée à l'exigence interne qui le poussait à s'exprimer sont restées stériles, n'ont pu s'organiser dans l'élaboration mentale, la survie psychique, la survie tout court. Il était déjà mort, en partie, en essentiel, sous les coups et les décharges électriques (une séance a duré de 8 heures à 14 heures...), non seulement détruit, mais transformé. Il se suicida alors qu'il semblait aller mieux en se pendant à un peuplier dans une décharge publique. Mort aussi dérisoire que le fantôme qu'il était devenu.

Cet exemple, extrême, a permis à Rolland une analyse très fine et très profonde non seulement des ravages internes provoqués par la torture, mais aussi celle du mouvement identificatoire régressif qui tend à confondre la victime et le bourreau. Un proverbe russe disait que le manche du knout relie celui qui le donne à celui qui le reçoit. Dans ce mouvement, Tito s'identifie au désir du sadique, se sent coupable, croit avoir parlé. L'extérieur et l'intérieur se mélangent, l'auto-excitation interne prend le relais de l'excitation externe. Il se produit « une dissociation très nette entre la conscience immédiate des faits et une intériorisation plus inconsciente où ne joue plus la différence entre les sévices subis et désirés », pense J-C. Rolland. On a envie, dans un processus qui fait intervenir notre défense et l'impossible identification de repousser cette affirmation à première vue, choquante. Mais on comprend que la situation est celle d'un rêve, une scène d'expression pour le ça, que les valences bousculées par les pulsions sauvages n'ont plus de sens, que tout devient désir et que la régression est telle que la douleur, violemment coexcitée, trouve une horrible satisfaction en confondant sa source et son objet. « Confusion et culpabilité viendront comme conséquences d'une certaine dissolution des catégories de l'intérieur et de l'extérieur » ajoute Rolland. « On retrouve le désir à l'œuvre... dans la reconstruction délirante de la torture » c'est-à-dire dans le délire vécu en France.

Aucune barrière, aucun contre-investissement ne peut arrêter le processus. Dans *Au delà du principe de plaisir*, Freud évoque pour colmater la brèche ouverte par la douleur physique, et l'aspiration qu'elle produit, un contre-investissement capable de jouer le rôle d'un bouchon, non pas pour la calmer mais pour équilibrer ses forces de destruction. Une « contre charge » qui doit avoir une énergie. Mais, nous dit Freud, seul un système lui-même « fortement investi est capable d'admettre un afflux supplémentaire d'énergie... et de la lier psychiquement ». Ce qui n'était pas possible en l'occurrence.

Cette dissolution reconnue par Rolland chez Tito de Alencar, d'autres torturés, d'autres sujets soumis à des pressions douloureuses aiguës, ou chroniques, mais intenses et prolongées (douleurs thalamiques par exemple), s'en défendent par un phénomène de dissociation. C'est aussi parfois le cas d'autres personnes ayant vécu des violences traumatiques psychiques insoutenables. On ne peut que penser au clivage de Ferenczi, avec une partie du moi sidérée et insensible et une autre tentant de gérer son double. Un clivage qui du coup devient défensif.

Une dame, résistante pendant l'occupation allemande, arrêtée par la Gestapo et torturée par Barbie, se trouvait dans une situation très différente de celle de Tito. Elle était active dans la résistance, avait des responsabilités importantes et, sans s'y attendre bien sûr, était consciente de l'éventualité de son arrestation. Elle expliquait que pendant la torture, elle devait tenir un certain temps sans parler, malgré la souffrance horrible. Puis elle avait l'impression de se dédoubler. Elle se voyait sur la table de torture, puis s'adressait mentalement à son bourreau : maintenant tu peux faire ce que tu veux, je sais que je ne dirai rien !

Dans son cas, la dissociation était en quelque sorte utilisée par la forte détermination de ne pas parler et récupérée ensuite par le gain narcissique que procurait l'héroïsme de la situation. Cette dame avait pu garder avec l'idéal de sa cause et la détermination qui l'animait, l'espérance. D'autant plus que l'évolution de la guerre laissait présager une défaite allemande, ce qui a dû l'empêcher de régresser autant que Tito de Alencar. Lui devait savoir qu'il était perdu. Chez lui, la dissociation ne pouvait produire un tel clivage défensif, mais en mélangeant les instances, elle l'a précipité dans la confusion et la folie.

J'ai suivi moi-même plusieurs torturés, l'un d'entre eux pendant longtemps.

Il avait perdu ses repères. Il avait été torturé par l'armée française qui voulait savoir les noms des responsables FLN du secteur, alors qu'il était messaliste (parti de Messali Hadj). Puis par des agents du FLN, qui eux voulaient connaître des détails sur l'organisation messaliste dont il ignorait tout puisqu'il avait rompu avec elle en venant en France. Dans les deux cas, il n'avait pas la ressource de se soustraire à la torture en parlant. Il me montrait sur ses bras les marques atroces des sévices qu'il avait subis. Il se sentait cassé, avait perdu tout idéal politique et se méfiait de tout le monde, mais avait pu retrouver un certain équilibre entre des investissements structurants (famille, travail, développement culturel) et les flambées de haine qu'il ressentait parfois. Il put regagner l'Algérie après

l'indépendance. Je l'ai revu quelques années plus tard, en catastrophe, effondré, persécuté, voyant des complots partout. Il avait trouvé dans le FLN un ennemi constant, mais sa rumination délirante, inorganisée, partait de tous côtés. Un bref séjour hospitalier et un traitement fortement conduit par un ami psychiatre le rétablirent un peu. Il put repartir en Algérie. « J'ai été coulé » me dit-il en me quittant. Lui aussi avait été détruit.

Je ne peux clore ce chapitre sans parler d'autres victimes de notre siècle fou. Je pense aux anciens de la guerre de 1914-1918 et aux déportés. Ils partagent la caractéristique de ne pas parler de leur horrible expérience. Pourquoi ? Parce qu'elles ne sont pas croyables, ou qu'elles sont indicibles, répondent-ils. J'avais remarqué que les anciens combattants qui venaient se faire prescrire des médicaments sur leur carnet (article 64 à l'époque), insistaient sur le fait « qu'ils y avaient droit ». On leur devait quelque chose. Quand ils m'ont parlé, j'ai compris. Les horreurs qu'ils ont vécues sont trop distantes des mots qui les racontent. Verdun, la Somme, le Chemin des Dames, sont des mots privés de leur sens. Il faut imaginer des cadavres soigneusement entassés dans 80 cm de boue, pour permettre aux chevaux, aux charrettes et aux soldats de passer sans s'embourber, et ce, sur des centaines de mètres, entendre que 400 soldats montent à l'assaut, que 4 seulement en reviennent vivants, mais fous, et auxquels on demande d'y retourner, lire « il faut se faire tuer sur place, quiconque reculera sera fusillé ! ». Tout cela pour s'entendre dire à la fin d'un repas « tu ne vas pas encore nous raconter Verdun ! ». Aussi se sont-ils tus. Et il n'y a que quelques années que le voile se lève sur les atrocités de la Première Guerre Mondiale.

Mais ils étaient vivants, et entourés d'une gloire nationale narcissisante. Les souffrances physiques endurées, la faim, la soif, le froid, les blessures mises de côté, car ils étaient vivants ! Monuments aux morts et cérémonies, cicatrices et amputations jouaient leur rôle anti-traumatique. Je pense d'ailleurs que c'est pour cette raison que Freud pensait qu'un traumatisme qui s'accompagne d'une lésion ou d'une blessure patente produit rarement une névrose traumatique. Nous savons maintenant que c'est faux, sauf si la blessure ou le traumatisme s'entoure d'un halo narcissique suffisant. Encore faut-il que le contre-investissement ainsi constitué soit solide et permanent. La personne qui de nos jours perd son emploi à cause d'une infirmité invalidante peut se retrouver en naufrage narcissique, et il faut plutôt s'attendre à ce qu'elle se perde en démarches visant à une révision de son taux de pension.

Les anciens déportés sont les plus silencieux. J'avais entamé quelques entretiens très prudents avec certains. Ils ont pris l'habitude

de venir me voir sous un prétexte anodin, et commençaient à parler. J'ai retrouvé en lisant Primo Lévi, Antelme ou d'autres encore ce ton de réserve triste, qu'ils avaient souvent. C'était la trace de la lutte toujours aléatoire qu'ils avaient menée pour leur survie, contre les excès d'une violence dont ils ne pouvaient faire apparaître ni les images ni les affects. Mémoire sombre et silencieuse. Il y a chez les déportés, comme il y avait chez les anciens de 14-18, une urgence de parler et une incapacité à le faire, sauf si on laisse un champ ouvert à leur parole, et si c'est le moment. Beaucoup de ceux que j'ai connus l'ont saisi.

Un soir, un ancien déporté vint me demander de passer chez lui. Là, sans m'en donner la raison, il me parla pendant plus de deux heures, d'un ton égal, poursuivant son récit comme un conteur fatigué, sans interruption, sans rupture de rythme. Quand il s'est arrêté, nous nous sommes levés, muets tous les deux, je suis parti. Plusieurs années après, à propos d'anniversaires et de commémorations, j'ai lu dans un journal local que sa fille ne savait rien de son histoire sauf qu'elle avait existé. J'ai eu la tentation de lui écrire, mais en avais-je le droit ? J'ignorerai toujours pourquoi son père m'a convié à parler. Je garde de son récit l'étrange impression qu'il était en couleur, et c'est ainsi qu'il est resté dans ma mémoire, comme si le trop du traumatisme, indicible, m'avait été communiqué par ces couleurs éclatantes. Ce soir-là, la pression de l'excitation interne avait débordé chez l'ex déporté. Nous ne nous sommes jamais revus.

Primo Lévi dans son livre *Si c'est un homme* écrit peu après la guerre, exprime le « besoin de raconter aux autres, de faire participer les autres » comme une impulsion impérieuse. Nous ressentons l'indécence de saisir dans le confort de notre vie, les horreurs d'un témoignage effrayant, mais c'est un devoir de le faire. Car la folie meurtrière des hommes semble ne plus avoir de limites et il nous la faut connaître.

En dehors de cet aspect, Primo Lévi nous apprend beaucoup de choses sur la douleur. Claude Smadja les a commentées dans un article paru dans *Le Mal être* (1997). Son point de vue dit-il « se limite volontairement à un point de vue psychosomatique » d'une clinique concentrationnaire... qui révèle les ultimes mécanismes psychiques développés par des hommes mis dans des conditions extrêmes. Il décrit deux temps. Un premier traumatique, brutal et violent : l'arrivée au camp et la disparition de toutes les références habituelles : « en quelques secondes nous avons cessé d'être des hommes ». Le deuxième temps est l'installation d'un état opératoire et surtout d'un « mode particulier de traitement de la douleur psychique ».

J'ajouterai que douleur psychique et physique se confondaient.

« La lutte contre la faim le froid la fatigue et les coups étaient l'objet d'un surinvestissement permanent... Tout affect douloureux devenait un luxe inutile et dangereux pour la conservation de la vie... À la place du vécu de la douleur et de sa représentativité psychique se développait un système opératoire qui en réduisait l'intensité et permettait sa tolérance. »
(*op. cit.*)

Et Smadja connote la fonction antalgique d'un tel état opératoire grâce auquel le sujet consacre tous ses investissements à la lutte pour sa survie.

Pas tous, car se produit là comme dans toute situation traumatique forte, un clivage. Si la douleur par exemple était désinvestie pour la survie, un investissement puissant, objectif ou sublimé devait non seulement subsister mais être surinvesti pour devenir le moteur de cette capacité de survie (espoir, haine, surtout attachement à un idéal quelconque, politique ou religieux, etc.). Il s'agissait d'établir un fort contre-investissement et de s'y tenir. Les « musulmans » étaient ceux qui avaient perdu cette possibilité et leur mort arrivait vite.

Les effets destructeurs de la douleur s'expriment selon des modes différents. Les remaniements psychiques provoqués par la destruction varient aussi beaucoup. On peut voir dans la relation que fait C. Smadja du livre de Lévi l'analogie avec ce que la résistante torturée par Barbie avait mis en œuvre pour résister : mise à l'écart de la sensation douloureuse et investissement de son idéal de résistante.

Le cas de Tito de Alencar, je l'ai dit, est un exemple extrême. Les méthodes employées à son égard en pulvérisant son psychisme l'ont laissé sans recours interne, totalement passif. Garder ou reprendre une position active, par l'écriture, ou dans un certain sens, par sa tentative de suicide, n'a pas abouti. Et on a vu que par la suite, l'aide extérieure n'a pu ranimer son esprit anéanti. Son habitus mélancolique et son apparence paranoïaque n'étaient que des formes frustes, des esquisses de lutte contre la destruction et le suicide réel, son aboutissement. À la fin de son article, J.-C. Rolland s'interroge sur la fascination que nous pouvons éprouver devant une telle expérience.

LA DOULEUR DÉSIRÉE : LES MASOCHISTES

« Fascination » : Michel de M'Uzan reprend le mot au début de son célèbre et terrifiant article « Un cas de masochisme pervers ». Il y ajoute « incrédulité horrifiée », et ce sont bien les affects que nous ressentons à la lecture de son récit. Nous comprenons qu'il ait mis une dizaine

d'années avant de le publier. Je ne peux que renvoyer au texte (1977) et n'approcherai qu'à larges touches, et pour la compréhension de la suite le tableau que nous avons d'un masochiste qui a désiré et subi des tortures inimaginables, monsieur M. appelé M. par M'Uzan.

M. est presque entièrement tatoué d'inscriptions révélant ses désirs d'être frappé, avili, sodomisé, fémellisé, ainsi que sa coprophagie. Son sein droit a été brûlé et arraché au fer rouge, son ombilic est un cratère de plomb fondu, des lanières découpées dans son dos permettaient de le suspendre. Il s'était amputé lui-même d'un petit orteil avec une scie à métaux. Son rectum était élargi, et des aiguilles étaient plantées un peu partout dans son corps. Son appareil génital était mutilé et percé d'anneaux. M. a décrit les pratiques extrêmement dures auxquelles il se soumettait en se livrant totalement à un sadique. Il avait épousé une femme, sa cousine également masochiste qui, par exemple, se faisait suspendre par les seins traversés par des crochets de boucherie. Je signale ce fait car il semble qu'elle ait été dévorée par ses propres exigences masochistes. Elle est morte à 23 ans de tuberculose pulmonaire, alors que M., malgré l'intensité de pratiques de plus en plus cruelles, a pu vivre en quelque sorte à côté de sa perversion sans en être affecté. Il y a renoncé entre 45 et 50 ans alors qu'elle avait commencé dès l'âge scolaire, et ses rêves sont désormais redevenus " normaux ", érotiques, voluptueux, hétérosexuels et pratiquement plus masochiques.

L'exemple des deux époux montre qu'il est difficile de généraliser et que des pratiques semblables, peuvent répondre à des exigences pulsionnelles très différentes. Chez M., très amoureux de sa femme, la perversion masochique s'était ajoutée à une sexualité tout à fait normale et emplie de tendresse, afin de satisfaire une nécessité économique, un besoin d'excitations lié par M. et aussi M. de M'Uzan, en accord nous dit ce dernier, avec Freud, à un facteur constitutionnel. Il est vrai que ce que nous savons de l'enfance de M. n'apporte guère de lumière sur cette nécessité. On peut donc admettre le facteur constitutionnel (sa cousine et épouse, ainsi que semble-t-il son père, étaient également masochistes), mais est-ce suffisant pour expliquer la recherche frénétique de tortures de plus en plus élaborées et de douleurs toujours plus fortes de M. ? Le facteur constitutionnel héréditaire consisterait dans cette nécessité de recherche d'excitation, et s'établirait alors une ligne de progression allant de l'excitation à la douleur puis à la jouissance et enfin, quoique pas toujours, à l'orgasme.

Mais pourquoi l'excitation serait-elle convertie en recherche de douleur ? Pourquoi ne trouverait-elle pas d'autres voies d'écoulement pour se déverser et revêtir des formes plus différenciées ? On pense bien sûr aux possibilités élaboratives du psychisme mais, même si celles

là ne sont pas praticables, on connaît des moyens autocalmants autres que la douleur. D'ailleurs, monsieur M. les pratiquait parfois, puisqu'il était capable « de couvrir à la marche, pendant ses vacances, des distances s'élevant à des centaines de kilomètres ». Mais il semble évident qu'il préférerait, à cette solution solipsiste, le système pervers érotique masochique qui l'amenait à la jouissance et l'orgasme, sans doute pour satisfaire ses besoins sexuels, mais aussi parce que la pratique masochique faisait intervenir un partenaire sadique.

Je m'interroge beaucoup sur ce point : quelle que soit la « puissance exceptionnelle de l'instinct » expliquée par le facteur constitutionnel, et sa tendance à la décharge immédiate et totale, il faut admettre pour comprendre le mécanisme de ce masochisme extrême, qu'elle n'était pas apprivoisable. C'est-à-dire que les échanges corporels avec l'objet maternel, puis la relation qui s'ensuit n'ont pas permis de transformer le quantitatif pur en mutuelle compréhension, en échange de plaisir, bref de permettre l'évolution maturante grâce à laquelle le désir se constitue, trouve sans cesse de nouvelles formes, et de nouveaux accomplissements, jamais entièrement aboutis, mais toujours structurants. La mère est la complice de cette évolution par son investissement libidinal, et ce qu'elle propose à l'enfant de possibilités de contre-investissement. C'est là le seul pare-excitation valable, celui capable d'absorber les traumatismes et blessures de la vie grâce à l'élaboration psychique, en complexifiant, de plus, cette dernière.

Monsieur M. a court-circuité cette évolution. Sa soif d'excitation a évidemment repoussé tout système de pare-excitation. Mais on est obligé alors d'admettre un paradoxe. Toute rupture dans la continuité des investissements libidinaux, l'absence de la mère, la non-survenue de l'objet attendu, toutes choses génératrices de douleur, ont dû provoquer chez lui, en augmentant l'excitation de base, le désir recherché, à savoir une excitation de plus en plus grande. Ce qui est détresse chez un autre était vécu comme une fin, ou un moyen d'atteindre le but désiré, une assumption dans la douleur. Autrement dit, tout ce que j'ai pu dire au sujet des états de détresse trop souvent retrouvés dans l'enfance, les attaques précoces du moi dont parle Freud dans *Moïse*, faillites de l'environnement parental qui participent à l'étiologie des grandes catégories douloureuses : hystérie, hypochondrie, névroses traumatiques, n'aurait aucun sens dans la problématique de M. et d'autres grands pervers masochistes. À moins de penser qu'il s'agissait d'une défense.

Il semblerait que chez M., l'excitation appelle l'excitation dans un mouvement d'auto-accélération déclenchant jouissance et finalement orgasme :

– « Au début j'ai mal puis vient l'érection. On continue... le plaisir se débrouille... L'éjaculation survenait au moment où la douleur était la plus forte... après je souffrais tout bêtement. »

La douleur extrême déclenchait donc l'orgasme. Il faut noter qu'à ce moment précis de l'insupportable, M. rejoignait Tito de Alencar dans ce que nous en dit Rolland, mais avec une telle maîtrise sur l'événement, qu'il arrivait à l'acmé orgastique. L'aspect fantasmatique, et M. de M'Uzan insiste sur ce point, était tout à fait accessoire. Nous ne pouvons nous en étonner, le court circuit dont je parlais plus haut évite un certain processus de psychisation. Nulle mise en scène de fantasmes dans l'ordonnement des tortures montées par M., mais une véritable programmation, nous précise M. de M'Uzan. Programmation nécessitant la présence du partenaire sadique, guidé comme une marionnette par le masochiste tout puissant jusqu'à des limites effrayantes qui ne seraient pas franchies, car : « le sadique se dégonfle toujours ». Pas trop de fantasmes donc chez M. , qui devait s'inspirer de lectures pour imaginer les séances de tortures qu'il désirait subir ; mais des affects, de mépris comme on vient de le voir vis-à-vis de celui chargé d'exécuter les sévices, et surtout un orgueil immense, phallus gigantesque, fierté d'être une manière de champion du masochisme. Il ne connaissait qu'un homme plus fort que lui, « qui vivait dans une cage hérissée de pointes ». Cet orgueil, notons-le, ne peut être lié uniquement à l'imaginaire d'un narcissisme grandiose car il était parfaitement justifié par la réalité des tortures endurées. L'aspect triomphal apparent masquait le désir d'un abaissement de la personnalité, un besoin d'humiliation qui faisait accepter homosexualité et coprophagie, était peut-être le témoin de la non-rencontre avec la mère, et dissimulait comme le pense M. de M'Uzan, une blessure précoce et profonde. Ce qui relance la discussion sur le rôle de la douleur.

L'EXCÈS COMME TENTATIVE DE GUÉRISON

Stoller, dans un article intitulé « XSM », relate les entretiens qu'il a eus avec quelques membres de la communauté SM de Los Angeles. Quatre de ces personnes, fortement engagées dans des pratiques masochistes dures, avaient souffert dès leur enfance de maladies graves et douloureuses. La nécessité de maîtriser leur douleur, véritable supplice, les avait conduits à accepter la souffrance, à la « travailler dans leur tête », à la rêver, à la transformer en plaisir, puis en délices masochiques. Stoller pense que plus intenses sont les souffrances physiques vécues

lors de ces maladies de l'enfance, plus intense est le besoin de sadomasochisme. Il convient que cette hypothèse demanderait à être confirmée, mais il donne une bibliographie qui va dans ce sens, et il est intéressant que ce soit également l'opinion d'une de ces quatre personnes. Ces dernières avaient été choisies car elles pratiquaient un SM très lourd, « plus orienté vers la douleur corporelle que vers les scènes de maître esclave où la douleur ne compte pas énormément ». L'entretien transcrit est assez insoutenable et je renvoie au texte sans entrer dans le détail.

Maladie vertébrale hyperalgique et invalidante pour Norma, asthme très sévère dès la naissance, avec interventions d'urgence et hospitalisations répétées, pour Ron, maux de tête violents, vomissements, troubles sensoriels dus à des migraines ou une épilepsie pour Toni, telles étaient les affections de trois de ces personnes. La quatrième, Dan, souffrait d'une fibrose kystique (mucoviscidose), maladie qui nécessite quantité d'actes médicaux, hospitalisations pénibles, et soins journaliers très douloureux, mais qui de plus ne laissait qu'une espérance de vie très courte.

La conversation probablement enregistrée qui nous est retransmise, restitue une spontanéité associative bien précieuse et très éclairante. Elle authentifie l'assertion de Freud avançant « que seul un système fortement investi est capable d'admettre un afflux supplémentaire d'énergie... et de la lier psychiquement ».

Ainsi Toni en position de soumise est capable d'encaisser une douleur énorme. Mais quand, en tant que dominatrice on lui perce la lèvre gauche, car chez certains les rôles peuvent être inversés, elle ne cesse de crier et hurler, alors que dit-elle, « ce n'est qu'une petite douleur » pourtant ressentie comme insupportable. « Si on me fait la même chose quand je suis soumise, que je me sens toute docile, c'est bien. »

Pour Dan, il faut être dans l'humeur qui convient et la douleur est alors excitante et stimulante. « Excitation et sensation voilà mon affaire ! » dit Norma. « Mais quand je n'aime pas quelque chose ça me fait vraiment mal ». Beaucoup de choses me procurent du plaisir. Je ne peux pas les classer comme douleur, c'est du plaisir et « le souvenir de la douleur est vraiment plaisant ». « Sinon personne n'aime vraiment la douleur », ajoute Toni.

Chez ces malades somatiques qui ont connu très tôt la souffrance physique, les pratiques autosadiques ou masochiques, car nous le verrons il est très difficile de les définir, ont souvent commencé à un très jeune âge. Les limites qu'on aurait pu imaginer pouvoir les stopper, ont été facilement franchies, ou ignorées, comme dans le cas de M., mais le point de départ est très différent. Chez M., tout commence avec

une donnée première, un degré intense d'excitation qui trouve dans la douleur corporelle une forme d'expression immédiate, privilégiée, et donc investie. Chez lui, l'excitation vient du dedans, et la douleur lui donne sinon un sens, au moins un canal de décharge qui devient lui-même excitation. On peut imaginer qu'une rêverie maternelle d'une qualité différente aurait pu apprivoiser la donnée brute qu'est la douleur, aurait pu ouvrir d'autres voies de décharge, plus complexifiées, d'autre nature en particulier psychiques. Peut-être y a-t-il chez certains un tropisme violent vers la douleur, un courant trop fort pour se dériver ailleurs. Dans ce cas la douleur ne serait pas une solution, n'aurait pas une fonction, elle serait une nécessité. S'agit-il encore une fois de la constitution ?

Les quatre masochistes de R.-J. Stoller sont bien différents. Chez eux, la douleur inhérente à leur état vient du corps, donc du dehors, elle n'est pas un sous-produit de l'excitation, elle *est* excitation. Au fond, en traitant l'excitation en douleur, M. acquérait une certaine maîtrise, pouvait se faire souffrir, ce qu'il a fait très tôt comme on l'a vu. Alors que la douleur chronique et souvent très intense des quatre enfants malades, les mettait dans un état de passivité. Souffrir, étymologiquement, c'est supporter. La présence habituelle sinon constante de la douleur était un monde fermé, inapprochable et non « travaillable » au sens de *durcharbeit*, dans la relation affective et les échanges émotionnels avec les parents, aussi proches soient-ils. La douleur isole, et c'était aux enfants d'essayer de trouver un mode d'action quelconque sur leur vécu douloureux.

Ainsi Toni, dont les céphalées, accompagnées de vomissements et d'hallucinations tactiles, duraient parfois trois ou quatre jours, se cognait la tête contre les murs, provoquant des hémorragies nasales, pour chasser les « trucs imaginaires » et les remplacer par quelque chose dont elle était sûre. Une douleur créée contre une subie. Puis elle s'est mise à confondre les deux, à aimer ses migraines, la douleur en général, enfin les pratiques masochiques. Norma s'est mise à investir rapidement les douleurs physiologiques de la menstruation (« on peut en profiter pour des choses intéressantes ») et à les provoquer en se retenant d'uriner par exemple. Puis elle a découvert le SM tout naturellement par l'autosadisme (se percer les seins avec des aiguilles) en opérant ainsi un retournement drastique de la passivité en activité, puis le masochisme hard, dans lequel la passivité n'est qu'apparente. Le sadique n'étant qu'un complément, un instrument du masochiste.

Les deux femmes parlent des fantasmes. Ils émergent facilement quand on reste chez soi, seule, au lieu d'aller à l'école à cause de

la maladie, et la souffrance les rend naturellement masochiques. Les fantasmes représentent aussi un début de maîtrise sur la réalité douloureuse. Chez Norma, ils prennent plus volontiers une tonalité de soumission avec désir de punition. Toni elle, parle de « masochisme psychologique » : humiliation et dégradation, en dehors du goût pour la douleur.

Dan, celui qui a le plus souffert dans son enfance, chez lequel complications graves et hospitalisations longues ont été les plus fréquentes, est aussi le plus masochiste des quatre (le « meilleur » comme dirait Ron). Il explique le pourquoi et le comment de ce qui a été son trajet masochiste. Sa théorisation est intéressante. Les terribles souffrances abdominales qu'il éprouvait enfant pouvaient durer sans relâche pendant des semaines. « Il se mettait des pinces à linge et des attaches sur les tétons pour provoquer une douleur érotique plus forte que l'autre douleur ». Pour soulager son ventre, il le frottait « avec tout le reste » contre les draps. S'ensuivait une masturbation sans les mains, et la douleur devenait un nirvana, un plaisir énorme. Après l'orgasme, la douleur reprenait de plus belle, (comme pour M). La contre charge, le contre-investissement évoqué par Freud, pour s'opposer à la douleur, c'était donc la douleur elle-même, érotisée. Cette douleur auto-infligée, Dan l'investit au fil du temps et de plus en plus pour elle-même, en tant que telle, et se livra à des expériences de plus en plus dures, témoignant au contraire de M. d'un beau travail d'imagination. Ce n'est qu'après sa rencontre avec Pam, nullement sadique jusqu'alors, mais séduite par ses automutilations et transformations génitales (clous dans le pénis, anneaux divers) qu'il se lia à elle dans une relation de soumission, mais en restant, semble-t-il, l'organisateur de ses supplices. Il avait besoin de douleur, un besoin quasi toxicomaniaque. Ron résume bien la situation : « il y a des choses qu'on fait pour le plaisir et d'autres pour arriver à vivre », ce qui montre bien les deux rôles différents de la douleur, l'un défensif, (jouant la fonction de contre-investissement) l'autre érotique masochique et s'imposant comme une toxicomanie. Cette dernière éventualité soulève des questions. Provient-elle d'une prédisposition ? Les gens qui ont souffert ou qui ont été torturés ne deviennent pas, en règle générale, masochistes.

On comprend la nécessité chez tous ces sujets de passer de la passivité à l'activité, de remplacer l'excitation des douleurs provoquées par la maladie, par une excitation maîtrisée, celle infligée par un sadique qui là encore n'est que le bras du masochiste. La place et la fonction des fantasmes sont difficiles à évaluer. Ils se dissolvent dans l'univers inventif des scènes et pratiques masochiques inventées. Il faut signaler

chez Dan la persistance d'une sexualité normale avec « les filles » et aussi, d'une certaine manière avec Pam. Leur attachement mutuel était profond. Par ailleurs Dan avait conservé aussi un secteur de sublimation, il était poète, publié, et s'occupait d'enfants malades.

LA DOULEUR COMME SURVIE

Un autre cas de mucoviscidose nous est présenté par Patrick Miller dans son article « La douleur : une thérapeutique de survie » (1999) écrit à propos du film « Sick ». Dans ce film, Bob Flanagan, atteint de cette maladie mais conscient d'une espérance de vie courte, entreprend à l'âge de 28 ans, âge où il devrait logiquement mourir, une « cure de douleur » pour lutter contre la mort. Il s'était livré très tôt, dans l'enfance et l'adolescence, à un masochisme dur (nuits entières passées nu dans l'air glacé, ou attaché les poignets liés en l'air, flagellations avec une ceinture garnie de clous...). Mais sa rencontre avec une jeune femme, Sheree, le lance comme l'avait fait Dan avec Pam, dans une relation sadomasochiste d'un type particulier et assez exhibitionniste. En effet, il fait de ses tourments une création artistique, en se produisant dans des galeries d'art, en exhibant son corps en souffrance comme une production d'art moderne, et aussi en filmant sa vie avec Sheree, et en particulier leurs séances sadomaso. Je veux bien croire P. Miller qui dit que le film est insoutenable. *To be sick* en anglais signifie être malade, mais aussi avoir envie de vomir. Peut-être plus en anglais britannique, mais les Américains connaissent évidemment ce sens. Bob Flanagan devait avoir conscience de l'aspect provocateur de son exhibitionnisme. On mesure un narcissisme mégalomane, d'ailleurs Bob estime être un champion de masochisme (il s'était surnommé « super masochiste »). Est-ce cette exigence narcissique, ou son besoin sans cesse grandissant de douleur qui lui fera imaginer, comme le faisait M., des tortures de plus en plus sévères ? Peut-être voulait-il aussi augmenter l'efficacité de cette étrange cure de la maladie par la douleur.

La lecture du texte de P. Miller nous touche profondément, pas seulement par des horreurs masochistes, pudiquement décrites, mais qui ont failli contraindre l'auteur à quitter la salle de projection, mais surtout parce qu'elle aborde de façon paradoxale, un monde maternant que Bob Flanagan n'a jamais connu. La mère réelle aperçue dans le film paraissant « dure, rigide, d'une violence meurtrière inouïe ». Notons cependant l'interrogation de cette mère : « Mais où étais-je pendant ce temps-là ? », quand le bébé souffrait l'agonie, quand l'adolescent devenait masochiste ? Je l'ai dit plus haut : quel pare-excitations peut offrir

une mère quand la violence d'une excitation douloureuse et constante est provoquée par la maladie ?

Et pourtant Sheree indique que ce qu'elle fait endurer au corps de Bob implique un « savoir faire maternel (*motherly skills*) ». Comment comprendre la relation de haine mais aussi d'amour entre Bob et son corps. Comment comprendre celle entre les deux amants ? Il faut lire le très beau texte de Miller. *It makes me feel invincible. I'm nothing but a big baby*. Ces deux phrases nous bouleversent : « Ça me donne le sentiment d'être invincible. Je ne suis qu'un gros bébé ». Toute puissance d'un bébé qui tend la main à la douleur d'autrefois en s'infligeant celle d'aujourd'hui. Bébé qui triomphe en maîtrisant corps, mère, et douleur et en se donnant l'illusion de maîtriser aussi la forme qu'avait pris chez lui la force de la répétition ; à savoir la douleur immobile, constante qu'il fallait travailler pour s'en rendre maître, en remplaçant la passivité par des fantasmes d'activité. Chez Bob comme chez Dan, l'investissement masochique lourd draine massivement l'essentiel des possibilités, mais pas toutes. Les deux ont pu vivre à leur manière une histoire d'amour, les deux se sont livrés à une activité sublimatoire, artistique. C'est d'ailleurs quand Bob est devenu plus artiste et qu'il a renoncé aux pratiques masochistes qu'il est mort, à 43 ans. Son pari de survie par la douleur lui avait fait gagner 15 ans.

Je ne puis quitter ce sujet des douleurs désirées sans au moins évoquer une tendance forte de notre monde actuel qui confère au masochisme érotique une valeur majeure. Il s'agit tout d'abord de ces pratiques sadomasochistes mineures (ou pas) que je viens d'évoquer avec ces jeunes femmes et qui se répandent apparemment dans un effet de mode bien mystérieux. Le monde érotique sadomaso semble peser plus lourd à une époque où les patients exigent de la médecine un hôpital sans douleur. Un sociologue m'expliquait qu'au Chili, alors que dans un endroit très localisé, un séisme avait causé des milliers de morts, le nombre des suicides dans la totalité du pays avait très fortement diminué. Si bien que la mortalité causée par les accidents et par les suicides était restée égale à la moyenne habituelle. L'humanité doit-elle payer à la mort et à la douleur un tribut constant ?

Un livre récent de David Le Breton intitulé *Signes d'identité* (2002) nous révèle des pratiques étonnantes qui paraissent se propager rapidement, « Tatouages piercing et autres marques corporelles », ainsi est sous-titré son travail. La douleur est la condition nécessaire qui sous-tend toutes ces pratiques. Elle peut être niée. Un certain J.-R. se couvre les bras et les mains de brûlures de cigarettes mais dit que « la douleur ne fait pas mal » et que s'il avait envie de se couper la jambe

il le ferait. Car ces pratiques sont aussi une manière de contester et de provoquer la société. Une manière d'exister contre, en opposition. Une marque d'appartenance à un *underground*.

La douleur peut aussi être magnifiée et devenir une expérience quasi mystique échappant aux non initiés. Le fameux fakir Musafar qui se livre en public à des tortures impressionnantes, (il se suspend par exemple, à des crochets plantés dans la chair) en parle : « les gens disent que c'est incroyablement douloureux, je dis que c'est extatique et merveilleux... il faut séparer la conscience ». Il parle d'un orgasme qui purifie l'orgasme.

Le livre de Le Breton étonne par la banalisation du fait de souffrir exprimée par les personnes questionnées. Le rôle de l'objet est important, par exemple la relation au tatoueur ou au pierceur, à la fois complice et tourmenteur.

Embellir son corps, le modifier, le parfaire, s'accomplir dans l'extase de la douleur, retrouver un primitivisme dans les tatouages par exemple, alors que la tradition dans les ethnies originaires s'est perdue, rechercher un sens personnel ou groupal dans des marques faites au corps, tout cela atteste d'une recherche de l'identité ; mais la nécessité de souffrir, toujours présente, est tellement forte que là aussi le mystère de la douleur garde son secret.

J'évoquerai enfin la chirurgie effroyablement douloureuse à laquelle se livrent des jeunes chinoises qui se jugent trop petites pour trouver un mari ou exercer une profession intéressante. Les os de la jambe sont brisés et reliés à une cage métallique extérieure qui possède un dispositif permettant, chaque jour d'étirer la jambe, au prix d'une douleur intolérable. Le sommeil est pratiquement impossible. Tout cela, qui dure plusieurs mois, pour gagner sept à huit centimètres !

UNE AUTRE CURE DE DOULEUR

Depuis très longtemps, nous avons remarqué avec mes confrères algologues somaticiens, que les patients qui souffraient de douleurs psychogéniques, ou de douleurs dues à des lésions post-traumatiques ne faisaient pas de maladies psychosomatiques, comme s'ils étaient, d'une manière difficile à comprendre, protégés par la douleur. De leur côté, les psychosomaticiens s'interrogent sur le fait que certains de leurs patients ont, vis-à-vis de la douleur psychique, mais aussi parfois physique, un défaut d'investissement. Une attitude qu'on ne peut qualifier d'indifférente, à cause du modèle hystérique qui n'est pas du tout le

leur. Pour caricaturer, nos malades des consultations de la douleur sont bruyants, les leurs silencieux, du moins quand ils éprouvent cette forme de souffrance qu'est la dépression essentielle. Claude Smadja (1999), a écrit à ce sujet un très bel article nuancé qui éclaire cette question.

Jean-Paul Obadia présente dans un article de (1990) une observation qui irait dans le sens d'un rôle protecteur, et même curatif de la maladie psychosomatique. Il s'agit d'une patiente atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde compliquée par des lésions oculaires graves : iritis, iridocyclite et rétinite bilatérale menaçant la fonction visuelle. Cette patiente envoyée par l'ophtalmologue au psychosomaticien, accepte de faire un travail psychothérapique pour « jouer le jeu ». La présentation vivante que nous fait J.-L. Obadia n'a pas à être commentée ici. Je ne dirai du cas passionnant qu'il nous propose, que le minimum suffisant pour creuser mon questionnement sur la douleur.

Cinq mois après un épisode de dépression essentielle qui n'exclut pas une note mélancolique, la polyarthrite de la malade est apparue, rapidement compliquée de rétinopathie. La psychothérapie se déroule de façon satisfaisante en ce sens qu'outre le travail accompli, la patiente s'investit de plus en plus et va même demander d'augmenter le nombre de séances. Elle va beaucoup mieux, son état se stabilise, ce qui permet un sevrage progressif de corticoïdes et un espacement des examens médicaux de contrôle.

C'est alors que se produit de façon brutale une sorte d'invasion perverse qui la clive. Elle achète tout un attirail de lingerie érotique, s'habille de façon provocatrice, et prend un amant « doux et brutal » avec lequel elle va réaliser son désir masochiste. Une fois par semaine (comme avec le psy), elle se fait fouetter, zébrer de marques, sodomiser, et elle aime ça. Parallèlement, elle se rapproche très tendrement de son mari.

Cette partition masochisme/tendresse, qui n'est peut-être pas un clivage au sens propre, apparaissant en tout cas plus fonctionnelle que structurale, est intéressante. On pourrait comprendre chez la patiente une évolution psychique la libérant de ce que J.-P. Obadia, de manière convaincante, nomme une « retraite temporaire » du psychique par sidération des possibilités de liaison préconscientes, et des capacités de liaison auto-érotiques, devant le quantitatif pur, retraite facilitant la régression vers la dépression essentielle, la vie opératoire, et la maladie somatique. Mais l'évocation de la culpabilité inconsciente et du besoin de punition, qu'il fait intervenir pour expliquer l'irruption joyeuse et triomphale du mouvement érotique masochique, reste énigmatique. Elle est plausible, elle est freudienne. Freud (1919) a écrit : « chaque fois

la conscience de culpabilité est le facteur qui transforme le sadisme en masochisme ». Le rapprochement avec le mari peut être considéré comme une manière de demande de pardon, ou une partie du prix à payer, l'autre étant la douleur reçue érotiquement, jouissance, mais aussi punition. L'énigme réside selon les cas, soit dans la « retraite temporaire » du psychisme qui permet l'éruption de la maladie somatique, soit dans le retour de ce psychisme, via la culpabilité et le triomphe de la soumission punition.

Cependant l'énigme demeure. Les exemples évoqués plus haut de masochisme pervers posent la question du recours à la douleur de façon forte. Certes, on ne saurait confondre les problématiques, mais le recours de la patiente de J.-P. Obadia à la douleur, quoique quantitativement bien différent, pose peut-être la même question, ainsi que la formulation même du titre de l'article : « Quand l'éclosion d'une perversion masochiste prend le relais d'une grave maladie somatique ». Cette question est celle d'une fonction éventuelle du masochisme et de la douleur associée, fonction apparaissant thérapeutique grâce à un aménagement économique meilleur, signe d'une réorganisation psychique plus complexe, plus souple, ouverte à des investissements désormais possibles grâce au travail psychothérapeutique.

Cela dit, le masochisme joyeux et même jubilatoire de la patiente n'a rien à voir avec celui des grands pervers dont j'ai parlé. J'ai eu moi-même l'occasion au cours d'une cure classique, d'assister à l'émergence d'un épisode pervers très semblable chez une patiente. Dans un premier temps, le cadre analytique (quatre séances par semaine) permit à la patiente d'exprimer la plainte d'un moi précocement blessé (père inconnu, mère dont le psychisme fragile se décompensait souvent à travers des épisodes dépressifs et interprétatifs) mais de la contenir. Par ailleurs je résistais vaille que vaille aux assauts violents dont j'étais la cible. Puis la situation s'améliora. À ce moment apparurent des manifestations somatiques diverses qui semblaient inquiéter ses médecins. Ils multipliaient les examens hématologiques et humoraux. (présomption de maladies auto-immunes). « Il paraît que je me détruis » disait-elle.

Éclata alors l'épisode érotique sadomasochiste à tonalité assez mesurée d'ailleurs, mais voisine de ce que décrit J.-L. Obadia. J'avais été étonné par les affects d'exaltation et de triomphe sur moi qu'arborait la jeune femme, entièrement soumise à l'homme qui avait déclenché un transfert latéral de vengeance à mon égard. Elle éprouvait autant de jouissance dans ce sentiment de *vengeance*, que dans celui de *soumission* à son amoureux pervers. Je souligne les mots qu'elle employait.

L'épisode pervers n'a duré que quelques mois et prit fin aussi brusquement qu'il avait commencé, comme s'il n'avait pas eu d'origine et pas laissé de traces. Par la suite un sentiment de culpabilité, timide au début put commencer à s'exprimer. Le travail analytique reprit son cours sur un mode plus normal et surtout s'établit un transfert de bon aloi, interprétable. Je pense que ma patiente avait pu décondenser une image effrayante de parents combinés, pour laisser place à des fantasmes de scène primitive moins sadique. C'est en tout cas la fonction qu'a eue cet épisode pervers, mais cela n'explique pas son mécanisme. Quant aux problèmes somatiques, personne n'en parlait plus. Ils n'avaient peut-être jamais existé.

On pense à propos de ces deux jeunes femmes à l'article de Freud cité plus haut : « On bat un enfant ». Fantasme en trois actes, surtout étudié par Freud dans sa version féminine. Le premier acte est tiré du souvenir d'une scène réelle : quelqu'un (qui s'avérera être le père), bat un enfant haï, par exemple un frère ou une sœur plus jeune ou qui le représente. Il n'est pas anodin comme l'a souligné M. Fain qu'à cet instant, l'adulte qui bat est furieux. Le fantasme est sadique ou imprégné de sadisme. Le deuxième, reste inconscient et ne peut être qu'une construction de l'analyse. Il est devenu masochiste. Je suis battue par le père. Il apaise ainsi la conscience de culpabilité. Il est la « punition pour la relation génitale prohibée avec le père, mais aussi le substitut régressif de celle-ci ». Il sera la source de l'excitation libidinale qui se déchargera dans les actes onanistes. Quant au troisième, il subsistera sous la formulation « On bat un enfant » qui gardera son potentiel excitant et sa décharge masturbatoire. Les fantasmes associés auront une apparence sadique mais permettront d'obtenir une satisfaction masochiste.

Chez les deux jeunes femmes, le fantasme n'est pas le moteur secret de la fantaisie érotique. Il déborde. Elles le clament, et surtout elles passent à l'acte. Elles ne rêvent pas au fantasme, qui perd ainsi sa fonction, ou plutôt en acquiert une autre. Elles veulent le vivre dans la réalité de la scène de fustigation. Se mettre dans l'état de soumission et subir réellement le fouet. C'est là une différence considérable. L'excitation et la décharge doivent passer par le corps. Comme si l'excitation psychique de l'évocation de la scène devait conduire à une excitation encore plus grande, celle de la séance masochiste, véritable mise en action de la scène imaginaire. Je me suis demandé si c'était à cause d'une insuffisance ou au contraire d'un excès de la fantasmatisation. Je crois que les deux sont vrais. Le fantasme est puissant mais enfermé dans son carcan répétitif. Freud parlerait-il là encore, de la constitution ?

Sans doute faut-il remonter aux caractères de l'activité auto-érotique première de ces sujets. Obadia pense qu'on peut considérer l'auto-érotisme comme un pont entre psyché et soma « balbutiement du mouvement pulsionnel dans ses premières modalités défensives » (érotisation de la passivité). Il souligne le rôle du masochisme primaire érogène comme premier trait d'union entre soma et psyché, en particulier en ce qui concerne la rétention plaisante de l'excitation. Je le crois aussi et pense que le masochisme primaire érogène joue un rôle fondamental dans la constitution du moi, et qu'il permet « cette nouvelle action psychique », dont parle Freud dans l'article sur le narcissisme (1914), et qui fonde ce dernier en s'ajoutant aux auto-érotismes. Il assure le rapatriement de la pulsion sur ce qui deviendra le moi. Qu'il y ait, dans les avatars de ce processus, la possibilité d'une perversisation de la douleur corporelle est certain. Mais on ne peut le concevoir sans y ajouter la nature du contre-investissement qui conditionne le refoulement pulsionnel originaire, organisateur de la psyché future. G. Szewc (1998) souligne le rôle que joue la mère dans le processus de ce contre-investissement, sa complicité au travers de son investissement libidinal des zones et des fonctions et des intrications pulsionnelles qu'elle permet. Bref de son œuvre de psychisation. Je reviendrai sur ce point, qui est celui du traitement de l'excitation, dans le chapitre sur la prise en charge.

FONCTIONS ET NÉCESSITÉS DES FANTASMES

Je voudrais avancer ici deux points qui seront développés plus tard à propos des rôles et des fonctions de la douleur. Le premier concerne le fantasme « On bat un enfant ».

Le temps fort de la série fantasmatique de l'article de Freud est le deuxième : « Mon père me bat ». Il est inconscient car au plus près du désir secret œdipien. Le sujet n'en a qu'une conscience édulcorée : « On bat un enfant », qui suffit à provoquer un affect de jouissance, et peut-être le passage à l'acte.

Dans l'article, c'est la *perception* d'un adulte furieux battant un enfant haï qui est à l'origine du fantasme et non une *sensation* ou le *souvenir* d'une sensation personnelle. Cette perception produit une pensée, une idée. Le souvenir et l'évocation de la scène somme toute plaisante, amène une remémoration répétitive et une élaboration psychique. La perception et le travail psychique à partir d'elle, font entrer le sujet dans

cette scène qui doit probablement se nourrir d'un fantasme de scène primitive de nature sadomasochique.

On aperçoit ici le rôle de la douleur dans la remémoration en général, et dans l'élaboration du fantasme. Les deux choses sont liées. C'est une vieille idée de Freud déjà présente dans « Esquisse d'une psychologie scientifique » (p. 347). Des frayages latéraux détournent de l'accès au souvenir déplaisant et dérivent l'excitation vers d'autres souvenirs, connexes ou contigus, plus agréables, mais liés d'une manière ou d'une autre au souvenir évité. Ils entourent et accompagnent ce souvenir déplaisant ou douloureux au moyen d'un réseau d'images à fonction défensive, mais qui le représentent. Ils retiennent donc l'excitation. Le psychisme peut travailler, se complexifier. Le fantasme peut naître.

La deuxième pointe à nouveau l'aspect protecteur de la douleur.

À l'évidence les fantasmes des grands masochistes pervers et ceux des deux jeunes femmes sont bien différents. Les premiers parlent d'humiliation, rabaissement et surtout d'orgueil sur fond de mégalomanie. Par rapport à ces affects violents, les autres expriment des affects plutôt atténués, de soumission, de désir d'appartenance et de fierté. Peut-être s'agit-il là de deux extrémités, allant de lourd à léger, du monde masochiste pervers. Ma compétence ne me permet pas d'en dire plus. Mais je note tout de même que la pensée d'une lutte contre la mort, le soin de la tenir à distance, ou le gage d'une meilleure vie, est présente. Les sévices endurés, même dans la catégorie « lourde » n'ont pas entraîné la mort dans les exemples cités. « Le sadique se dégonfle toujours ». Si l'essence du masochisme et son expression originaire sont le résultat d'une intrication des pulsions de vie et de mort, paradoxalement (mais est-ce si paradoxal ?) la douleur désirée reste du côté de la vie. Peut-être même en est-elle le témoin, le garant, et l'assurance, chez certains sujets.

Où se trouve la satisfaction ? Dans la souffrance elle-même, qui provoque jouissance et orgasme ou dans le fantasme ? Il est difficile de le dire. Probablement dans les deux. Freud écrit à propos du problème économique du masochisme :

« La première interprétation découverte sans difficultés (!), c'est que le masochiste veut être traité comme un *petit enfant en détresse et dépendant* mais il *veut* être surtout traité comme un *enfant méchant*. »
(Freud, 1924)

Cette phrase m'a pourtant toujours paru énigmatique et j'en ai souligné les points les plus étonnants. Elle invoque l'origine : enfance, dépendance et détresse, et le désir : l'enfant *veut*. Mais pourquoi la méchanceté et la jouissance y seraient-elles associées ? Le but est-il la

punition qui va avec, ou un désir primaire de cruauté ou de destruction ? Il y aurait peut-être une ligne : Méchanceté, parent ou autre, furieux, punition. D'ailleurs dans l'article « On bat un enfant », l'idée de fustigation est première, plus tard seulement arrive la pensée d'être puni humilié, dans les cas où le fantasme est conscient grâce à une savante superstructure de rêves éveillés. Ces fantasmes, cultivés, de soumission ou d'humiliation, voire d'asservissement, et les affects d'orgueil et de fierté qui y sont attachés, connotent l'importance du renforcement narcissique ainsi recherché et obtenu.

Dans le même article, Freud nous dit que l'on peut substituer l'expression de besoin de punition à celle, « psychologiquement incorrecte » de sentiment de culpabilité inconscient. Il est vrai qu'il nous est difficile d'imaginer des affects ou des sentiments inconscients. Ces derniers sont apparus dans le *Moi et le Ça* (1923) et Freud s'en explique sans bien nous faire clairement comprendre de quoi il s'agit, sauf qu'il évoque les « tensions des besoins » des « forces poussantes » du Ça. Elles agiraient sans que le moi ne s'aperçoive de la compulsion qu'il subit. Freud fait même allusion à une douleur inconsciente, qui serait ainsi due à un besoin. Il y aurait donc un besoin de souffrir qui serait proche du besoin de punition sans se confondre avec lui. Cela éclaire différemment le masochisme, qui ne serait pas seulement une aptitude à supporter la tension et la douleur, ce qui permet la vie, mais plus qu'un désir, un besoin de souffrir. C'est à ce dernier besoin, attribué à un véritable retournement de la pulsion d'autoconservation que Freud attribue dans l'abrégé (1938) la raison d'une des deux résistances à la psychanalyse, l'autre étant le besoin d'être malade. Mais est-ce une raison ? Pourquoi le mal ? se demande aussi A. Green dans la *Folie privée* (1990) : Et il est tenté de reprendre en la paraphrasant, la parole de A. Silesius : « la rose est sans pourquoi ».

Le mal aussi ?

PARTIE 3

THÉORIE ET PRISE EN CHARGE

Chapitre 8

UNE MÉLANCOLIE DU CORPS : L'ALGOSE OU NÉVROSE ALGIQUE

« Mais le moi ne peut que tirer la même conséquence lorsqu'il se trouve dans un danger réel d'une excessive grandeur et qu'il ne croit pas pouvoir surmonter par ses propres forces. Il se voit abandonné de toutes les puissances protectrices, et se laisse mourir. C'est d'ailleurs encore la même situation qui se trouvait au fondement du premier grand état d'angoisse, celui de la naissance, et de l'angoisse nostalgie infantile, celle de la séparation d'avec la mère protectrice. »

Freud, Le Moi et le Ça, p. 274

DEUX LIGNES de forces vont s'entrelacer dans cette troisième partie : la première, théorique sera une interrogation et une élaboration des raisons de la présence, de l'intensité et surtout de la permanence de la douleur physique chronique après qu'elle est apparue, la deuxième, plus clinique, un questionnement sur les moyens de la prendre en charge psychiquement, c'est-à-dire de créer une relation thérapeutique avec le douloureux chronique permettant à ce dernier soit de mieux la vivre soit de s'en dégager.

La douleur en effet pose des questions théoriques. Qu'elle soit une effraction ressentie de façon « désagréable » comme l'indique sa définition internationale (Merskey 1979) nous paraît normal car toute douleur ressentie par un être humain est immédiatement investie, et même hyperinvestie. Elle effracte les limites habituelles. Elle n'est pas investie par choix psychique mais parce qu'on ne peut s'y soustraire. Cet hyperinvestissement imposé par l'aspect aigu, soudain ou intense de la douleur, diminue normalement peu à peu, mais reste présent et surtout continu, si la cause de la douleur persiste.

Mais quand elle se chronicise, plusieurs cas de figures sont à envisager. La clinique des douloureux chroniques est très hétérogène, très polymorphe. Deux pôles en marquent les limites :

- Le premier est constitué par les affections qui, comme l'hypocondrie ou certaines pathologies post-traumatiques, sont douloureuses et déclenchent une plainte intense, alors qu'elles ne s'accompagnent pas de lésions somatiques, ou s'il y en a, de lésions minimales. Les patients sont appelés psychogéniques car il faut bien que la douleur ait une cause.
- Le deuxième est peut-être plus énigmatique encore : il s'agit des affections dites psychosomatiques au cours desquelles on n'entend pas de plainte douloureuse, alors qu'elles sont dues à des lésions parfois graves, parfois mortelles et souvent hyperalgiques. Les patients sont alors dits alexithymiques, un peu étrangers à leurs souffrances.

Ainsi la douleur n'implique pas la plainte et la plainte n'implique pas la lésion. Or c'est la plainte qui amène nos patients à nous consulter.

Ce mystère pose la question d'une éventuelle fonction protectrice de la douleur contre la somatisation, l'atteinte lésionnelle du corps. ? Cette question est de plus en plus posée par nos collègues psychosomaticiens. Et c'est sans doute à nous, les algologues, de tenter d'y répondre. J'essaierai plus bas d'apporter une petite lumière sur cet aspect difficile et bien énigmatique, mais précieux car il éclaire la problématique douloureuse.

En tout cas, ces deux groupes opposés dessinent les limites d'un monde douloureux complexe mais unifié par des caractéristiques communes à tous les patients qui se plaignent de leur douleur.

Je vais montrer dans ce chapitre comment la clinique de la douleur a alimenté la théorie et comment en retour la théorie a donné une intelligence à la pratique clinique qui s'était élaborée au fil du temps.

LE CORPS BIEN PORTANT EST AUSSI UNE CONSTRUCTION DE LA MÈRE

La douleur originaire, celle de la détresse du nouveau-né, l'*Hilfflosigkeit* de Freud, et celle liée à son impuissance et à la vanité de sa pulsion d'emprise qui en est le prolongement, est une donnée humaine.

Le corps non douloureux est donc une acquisition. Le rôle de la mère est de « dédoloriser » un corps d'emblée souffrant. C'est la place et le rôle de la consolation. La douleur peut être ressentie par un enfant en dehors des stimuli douloureux car elle a un rôle d'appel de la mère consolatrice. Là réside la fonction de pare-excitations qui lui est dévolue.

Donc l'idée est que le corps bien portant et indolore, qui d'une part va de soi, doit aussi être une construction de la mère. Un appel non entendu, s'il est répété finit par faire mal à l'enfant. Sa cénesthésie générale, qui va de la douleur au bien être, est prise dans le cadre de sa relation affective. Si elle est de bonne qualité il ne sera pas grave qu'il passe du rire aux larmes. Il aura confiance dans la présence parentale. Il pourra émettre des affects, il pourra échanger.

Sinon c'est par des affects corporels, que j'appelle primaires, pris dans le corps : cris, douleurs, agitation, rage, colère etc. qu'il prendra l'habitude de s'exprimer, à côté du langage. Des frayages trop souvent pratiqués feront traces et ouvriront une voie facile à des réactions comportementales et caractérielles, lorsque les circonstances s'y prêteront. Et je suis persuadé que la localisation lombaire de certaines algies consécutives à des accidents bénins qui ne s'accompagnent d'aucune ou de peu de lésions, est liée à des circonstances traumatiques, abandons, changement brutal d'environnement affectif, qui se produisirent à un âge où l'enfant prenait la maîtrise de sa colonne vertébrale (station assise station debout) entre six mois et un an.

Chez l'enfant l'appropriation du corps passe par l'histoire de ses sensations cénesthésiques qui toutes font traces et qui sont associées à celles rémanentes des désirs, des frustrations et des blessures du sujet Il s'agit de la mémoire affective du corps. L'histoire du sujet façonnera le monde du ressenti de la douleur. On prendra l'habitude d'aimer certains aliments d'en détester d'autres. Il en est de même pour la douleur. Le corps se souvient. La douleur se qualifie ainsi au cours du temps et déclenche des comportements, des craintes voire des pusillanimités imprévisibles C'est la qualité du masochisme qui est ici interrogée. Sa capacité à retenir quantitativement l'excitation, de retenir la décharge.

Mais il existe également un aspect qualitatif. Telle sensation douloureuse sera tolérée alors qu'une autre d'intensité analogue déclenchera une souffrance intense. On connaît des personnes qui n'acceptent de recevoir des injections que dans une partie du corps, droite ou gauche, d'autres qui redoutent les douleurs oculaires, mais pas les dentaires etc. Il en est qui détestent vomir, d'autres qui y trouvent un soulagement. Il est important lors des cures de douloureux, de prêter attention à ces singularités quand elles sont exprimées, car elles conduisent à des remémorations souvent très anciennes, des associations précieuses.

Le corps modelé par la mère devra être reconquis, réapproprié dans un travail de refus et de séparation d'avec elle. « Un corps pour deux » a écrit Joyce Mc Dougall. L'enfant doit construire et s'approprier sa propre corporéité, un corps pour lui. C'est-à-dire le monde de son anatomie et de sa physiologie. Les accepter est un travail. On sait que ce travail est remis en question à la puberté. Un nez qui ne faisait pas problème devient luisant ou difforme, un dos trop voûté, les bras trop longs ou trop courts. L'adolescence est volontiers dysmorphophobique.

Après cette réappropriation, si les objets internes se sont construits sur une assise narcissique de bonne qualité, signe qu'on a été rêvé par la mère et qu'on a pu la rêver, le sujet aura acquis une aptitude à la consolation, la consolabilité comme les auteurs américains la nomment, et surtout la possibilité d'autoconsolation qui en découle, c'est-à-dire la faculté de se réparer soi-même. Ce n'est pas toujours le cas.

Une douleur qui serait le résultat de constructions et déconstructions réalisées dans le cadre de la relation avec la mère, rendrait optimiste quant à la possibilité de la traiter. L'analyste dans une position maternelle et consolatrice pourrait apaiser la douleur de son patient. Mais il n'en est rien : le douloureux chronique tout au moins celui qui fréquente les consultations de la douleur, est inconsolable. Que pouvons nous lui proposer ? Et pourquoi est-ce si difficile ?

Avant d'envisager les possibilités qui se sont dégagées de l'expérience, pour la psychothérapie de la douleur, je voudrais introduire l'adversaire coriace que nous avons à affronter.

LA DOULEUR COMME TROU NOIR : L'ALGOSE

« Le complexe mélancolique se comporte comme une blessure ouverte attirant de toutes parts vers lui des énergies d'investissement (celles

que nous avons nommées dans les névroses de transfert contre-investissement) et vidant le moi jusqu'à l'appauvrir complètement. » (Freud, 1917)

Cette citation de *Deuil et mélancolie* s'adapte parfaitement à la situation de la douleur chronique installée. La douleur est un trou noir attirant toutes les énergies d'investissement et provoquant une surtension narcissique (J. Cournot). Les objets externes sont perdus dans ce vide d'investissement, et s'ils avaient un rôle d'étayage externe par carence d'objets internes de mauvaise qualité, le moi tout entier fait naufrage. Le réinvestissement des objets perdus ou de nouveaux objets substitutifs ne peut se faire, nous a dit Freud que par la diversion, c'est-à-dire par un détournement d'une partie de l'énergie immobilisée par le trou noir et une redistribution de cette énergie. Il s'agit d'un travail difficile à cause de l'algose, véritable mélancolie du corps qui s'oppose à tout travail de détachement d'avec la matière douleur.

Je vais présenter une théorie qui, au lieu de découper la douleur chronique en catégories nosographiques, voudrait essayer de la comprendre autrement : l'algose ou « névrose algique » consisterait dans le fait d'investir dans un premier temps une douleur existante, un ressenti douloureux ou une simple cénesthésie, en percevant ou en y attachant un certain degré d'intensité douloureuse, puis dans un deuxième temps, à se livrer à une véritable culture du phénomène douloureux. Le premier temps correspond à une nécessité humaine fondamentale partagée par tous. Le deuxième plus complexe fait intervenir l'organisation psychique du sujet.

Cette disposition est générale chez l'être humain, car la douleur est subjective, mais certains sujets ont une aptitude particulière à la sensation et à la culture de la douleur. Car l'investissement de la douleur est une chose, sa culture en est une autre. Cette culture est liée à une reprise masochique forte de l'investissement premier. Cet investissement défensif de la douleur issue du psychisme, court-circuite curieusement ce dernier, et c'est souvent le but recherché. C'est dans l'intensité du ressenti et la continuité de son maintien, que la douleur sous forme de névrose algique ou algose, peut être utilisée comme une solution psychique, la solution douloureuse. Elle est souvent préférée à l'angoisse, ou à un autre symptôme psychique, car vécue plus solide, plus fiable et moins dangereuse car évitant le conflit intrapsychique. L'angoisse en effet garde des liens très proche avec ce qui la motive. Elle peut en être le signal. La douleur physique elle, murée dans son intensité, a la caution du corps pour ignorer un possible conflit interne.

La névrose algique n'a rien à voir avec la pusillanimité ou la douilletterie. Elle proviendrait d'une aptitude humaine à investir la douleur, à la conserver, voire à la produire avec force, qu'il y ait ou non lésion somatique.

Cette aptitude apparaît très régressive. Elle correspond à une position psychique très archaïque, très précoce qui fait privilégier un symptôme corporel à un symptôme psychique et remonte à une période dans laquelle somatique et psychique étaient plus ou moins confondus. Il s'agit pour les sujets de retrouver un point de certitude fortement inscrit dans leur histoire. La solution douloureuse en représente la possibilité ; l'algose ou névrose algique, le résultat, quand la douleur comme solution s'est installée. La sensation est préférée à l'affect qui lui, risquerait de ramener le psychisme et le refoulé. Il s'agit donc bien d'une défense.

Elle permettrait une lutte contre le retour d'une détresse autrefois connue. On a vu que c'était le cas des lombalgiques, ou des hypocondriaques, mais c'est aussi le cas de nombre de nos consultants. La douleur physique serait alors un recours défensif paradoxal, un après-coup tardif des désastres précoces, de ce qui est parfois nommé « névroses du vide ». Ainsi investie, elle peut donc devenir un symptôme psychique analogue à l'angoisse ou n'importe quel autre symptôme (phobies, obsessions, troubles du comportement, etc.), un recours, et donc une solution.

Elle n'est pas seulement réservée aux hypocondriaques ou aux lombalgiques psychogéniques et aux hystériques. À un degré plus ou moins important toute personne souffrante présente un temps d'algose. On a vu que les hypocondriaques l'ont réalisé d'emblée donc très précocement, et partiellisé, en ce sens qu'ils ont sacrifié une partie, douloureuse, pour sauver le tout. Ils ont coupé en quelque sorte leur espace psychique en deux. alors que les lombalgiques l'ont réalisé en deux temps, paradis d'abord, enfer ensuite. C'est dans le temps que s'est manifesté chez eux la coupure.

Les lombalgiques représentent le meilleur exemple car la lésion causale est minime voire inexistante alors que leur douleur est vécue très intense et surtout incurable, définitive. Les patients psychosomatiques sont à l'opposé, porteurs de lésions parfois très douloureuses, éventuellement graves (polyarthrites ou rectocolites) mais se plaignent peu, voire pas du tout, en tout cas ils ne posent pas aux somaticiens de problèmes particuliers en ce qui concerne la douleur.

L'algose existerait donc à un degré très élevé chez les premiers (psychogéniques), et serait très faible, voire nulle et même négative chez les seconds (qui ont pourtant somatisé). Elle se mesure donc à l'aune de la

plainte émise. Entre ces deux extrémités existerait une algose moyenne qui correspondrait à une façon relativement neutre de percevoir le signal physiologique douloureux c'est-à-dire avec le minimum de traduction. Ce serait le cas le plus fréquent. Heureusement, on n'a pas inventé de machine à mesurer la douleur, et à estimer si son intensité, rapportée à la potentialité algogène de la lésion causale, est légitime.

Si les patients souffrent et se plaignent c'est parce qu'ils ont des raisons de le faire et ces raisons intéressent le psychanalyste, et en lui l'humaniste. Il y a là un champ de travail immense et passionnant, laissé en friche par les analystes, alors que la plainte absente ou minime des patients psychosomatiques, qui était pour moi un mystère encore plus grand que celle, tonitruante, des psychogéniques, a su recevoir l'attention de nos confrères psychosomaticiens.

Chose curieuse, il existe une traduction « pharmacologique » de cette distinction des deux catégories. Les antalgiques et au besoin la morphine sont efficaces dans le traitement de la douleur des malades psychosomatiques. Dans ce cas donc, malades et médecins sont, si je puis dire, satisfaits. Alors que les lombalgiques, insensibles qu'ils sont à toute pharmacopée ne le sont pas du tout. Ils peuvent donc poursuivre leur plainte auprès de leurs thérapeutes pas plus satisfaits. Je souligne une fois encore que je parle là des lombalgiques dits psychogéniques, car justement ceux qui souffrent à cause de lésions importantes, sont tout à fait accessibles au traitement. Mais ce sont les psychogéniques qui vont éclairer les conditions de mise en place de la solution douloureuse et peut-être poser une question capitale dont je débattrai plus bas : est-ce que la douleur ou l'hyperactivité qui la précède éventuellement, préservent d'une affection psychosomatique ?

Au schéma de la mélancolie dans lequel le moi s'écroule sous le poids de sa culpabilité répond donc le schéma de l'algose dans laquelle la douleur physique, ou plus exactement la plainte provoquée par cette dernière, remplace la douleur morale et la culpabilité. L'algose comme la plainte mélancolique se produit aussi après une perte ou ce qui est vécu comme une perte. La douleur physique, souvent cause première de la perte, devient souvent la raison qui rend cette perte irrémédiable. Pourquoi les lombalgiques, ces bourreaux de travail, arrêtent-ils toute activité après leur accident ? Parce qu'ils souffrent. Dans d'autres cas, des souffrances corporelles énigmatiques pour les somaticiens, viennent prendre la place d'autres souffrances, morales, celles d'un deuil ainsi évité.

Le symptôme algose qui prétend se situer hors psychisme, veut se dérober ainsi à tout travail psychique. Le corps au lieu de l'esprit.

Pourtant l'algose, qui *retient* la douleur physique est bien enracinée dans le psychisme. Elle est cette partie du psychisme qui adhère à une douleur d'origine physiologique opportuniste, (ou au besoin la crée), l'auto-entretient, l'auto-aggrave, en lui attribuant une fonction fondamentale, défensive, remaniant profondément le moi.

LE CONTRE-INVESTISSEMENT

Quelle défense pouvons-nous donc concevoir psychanalytiquement contre la douleur ? À propos d'un contre-investissement énergétique, sorte de parapet dynamique neutralisant la violence de l'effraction, je pense que la métaphore de Freud (1920) ne doit pas être poussée trop loin, sauf à s'épuiser dans sa propre signification. Mon premier point sera non de séparer mais d'unifier les combattants. Les deux forces en présence en l'occurrence le trauma de la douleur et la contre force qui tente de la juguler, ne sont en fait qu'une seule et même chose. On ne distingue plus les deux adversaires dans la mêlée. Le magma que pourrait représenter le combat est l'objet d'un investissement unique qui confond agresseur et défenseur et ne peut se comprendre qu'avec la complicité du masochisme. Le point important réside dans l'incontestable appauvrissement du moi et son inaptitude à se réenrichir. La clinique nous montre quotidiennement le tableau que Freud a si bien décrit dans *Au-delà du principe de plaisir*. Mais ne s'agit-il pas là d'une première phase et doit-on partager son pessimisme ? Quand Freud parle de douleur, il ne la distingue pas de la plainte qu'elle entraîne, « ineffaçable en ψ », comme si cela allait de soi. Les patients psychosomatiques montrent que cela n'est pas une règle absolue. Or c'est la plainte, la nécessité de plainte de certains patients qui pose le problème de la douleur. Il nous a légué un schéma de défense avec un contre-investissement immuable, fort, autofonctionnel et parfois auto-aggravant, que l'on retrouve effectivement dans les cas où cette plainte est incurable, sans proposer d'issue autre que la diversion, pour redistribuer l'énergie absorbée par la douleur aux investissements anciens ou à de nouveaux investissements qui viendraient les remplacer, une force centrifuge qui libérerait de l'attraction douloureuse.

La douleur comme le traumatisme qui en est très proche a une action antipsychique. Le psychisme, qu'il soit sidéré comme dans le traumatisme, ou appauvri comme dans la douleur, se retrouve blessé et incapable d'exercer ses fonctions habituelles.

Mais il est bon de quitter ce point de vue purement énergétique et d'examiner ce qui se passe qualitativement ; à savoir la nouvelle organisation du moi quand il devient tout entier douloureux, les différentes modifications qui lui sont nécessaires pour se défendre, survivre et s'adapter. Il est hors de doute que cet hyperinvestissement de la douleur lui donne du corps, l'intensifie. Une intégration différente du vécu douloureux psychique implique d'abord un désinvestissement de l'aspect « hyper ». Ce dernier peut se produire spontanément.

Il faut considérer deux cas de figure :

- Dans le premier, lorsque la douleur envahit le moi, la personne affectée hyperinvestit cette douleur, ce qui est normal. Mais si les investissements objectaux et narcissiques (affectifs, familiaux, professionnels, de loisirs, etc.) qui structurent et organisent sa vie psychique sont solides, se produiront plus ou moins rapidement une manière de refus d'investissement de la douleur et un reflux de l'énergie absorbée par elle, vers les investissements délaissés, afin de les rétablir. Cela suppose, encore une fois, des objets internes solides et fiables. Ils formeront ainsi une sorte de digue antidouleur. Et c'est le cas le plus fréquent. : « Douleur ou pas, il faut que j'aïlle... » dira dans la mesure du possible, ce sujet, là où le douloureux installé dans l'algose pense : « Je ne peux pas aller... car j'ai trop mal ». Dans ce cas l'attraction exercée par les investissements structuraux est plus forte que celle exercée par la douleur, alors que c'est l'inverse dans le second cas de figure. Ces investissements proposent une voie de détournement à l'énergie immobilisée par la douleur, et deviennent un but de diversion, seule capable selon Freud, de calmer la douleur. Je rappelle que la névrose algique n'a rien à voir avec la douilletterie, personne n'est plus dur au mal qu'un lombalgique... avant son accident. Mais chez lui quand la douleur s'est installée, les objets investis autrefois sont devenus inaccessibles, et en trouver de nouveaux, ce qui est le but de la thérapie, est impensable.
- Dans le second cas donc, et pour des raisons qui ont à voir avec l'histoire du sujet, la douleur est également fortement investie. Mais elle n'est pas investie en contre, elle est investie en pour. Plus exactement, comme je l'ai montré plus haut, la douleur et son contre-investissement ne forment qu'une entité solide, inébranlable et qui a trouvé sa raison d'être. C'est là le trou noir. Dans le cas des lombalgiques et de nombreux autres patients, elle vient remplacer l'hyperactivité qui était elle-même une défense, avec une différence : elle est infiniment plus fortement enracinée, Je vais revenir sur. les

patients lombalgiques, car ils nous donnent l'occasion de comprendre la raison du processus ainsi que son mécanisme.

Entre ces deux possibilités existent des positions intermédiaires, dans lesquelles certains sujets cultivent un petit monde douloureux, très investi souvent pour des raisons narcissiques, ou souvenir d'une détresse passée, petite enclave secrète plus ou moins importante mais qui ne les empêche pas de vivre leur vie. Ainsi en est-il de nombre de nos patients « guéris ».

Les lombalgiques passent de l'hyperinvestissement de l'activité à l'hyperinvestissement de la douleur. L'objet de la perte est donc démesuré. Sa disparition provoque un remaniement considérable du moi, que j'exposerai en détail dans la partie clinique, et qui est le modèle, sous une forme schématique et sous fort grossissement, de ce qui se produit chez tous les douloureux chroniques.

HYPERACTIVITÉ ET DOULEUR

Chez les lombalgiques, l'histoire de la vie pouvait se découper ainsi :

1. détresse des origines,
2. hyperactivité,
3. accident mettant fin à toute activité,
4. douleur.

Et c'est ce que l'on peut observer aussi chez nombre de douloureux chroniques, également post-traumatiques bénins, d'une manière plus ou moins importante concernant chacun des différents points. Il faut essayer de comprendre cet enchaînement dans son déroulement chronologique. L'hyperactivité, qui contre-investit la détresse des origines est loin d'appauvrir le moi chez les lombalgiques. Bien au contraire elle le constitue et l'enrichit constamment, même s'il s'agit d'un moi extériorisé. La dérivation constamment répétée des excitations pulsionnelles vers l'extérieur, y constitue un objet plus fiable que l'objet interne. Fiable mais fragile et qui tiendra sa faiblesse justement du manque de fiabilité des assises internes. Parce qu'il est non sécurisant, l'objet interne pousse chez le lombalgique à la création à l'extérieur d'un objet externe fiable, colonne vertébrale externe ou carapace. Ce n'est pas le cas ou moins le cas chez le psychosomatique.

L'hyperactivité était donc elle-même un contre-investissement de la détresse, efficace mais nécessitant de toujours courir pour ne pas

tomber. Si une circonstance quelconque l'interrompt, et que la douleur lui succède, elle laisse la place à un autre contre-investissement, celui dont parle Freud à propos de la douleur (*Au-delà du principe de plaisir*).

En fait, les fonctions de l'hyperactivité sont multiples. Grâce à elle, le patient a pu remplacer l'objet défaillant. Cet objet, autrefois manquant, est désormais perdu. L'hyperactivité joue là un rôle antitraumatique qui plus tard sera remplacé paradoxalement par la douleur. En investissant à l'extérieur, le lombalgique désinvestit l'objet interne défaillant et occupe enfin une attitude active. On peut imaginer les choses ainsi : le petit enfant lors des moments « d'instantes pressions » liées par exemple aux vécus d'abandon ou de rejet, ne pouvant construire à l'intérieur une mère consolatrice, s'occupe à l'extérieur. Il échappe à sa mère, sort de sa zone de tir, mais il n'était pas fini, et d'ailleurs mal commencé.

Il s'agit en somme d'un jeu de la bobine détourné de son but et investi pour lui-même, et non pour maîtriser le jeu des absences de la mère grâce à l'alternance des apparitions et disparitions, comme le faisait le petit fils de Freud, en tirant sur le fil ou en rejetant la bobine, ce qui lui permettait de créer un espace interne apte à contenir les excitations. Il pouvait penser la mère.

Le futur lombalgique, lui, pense dehors. Son jeu devient créatif, intelligent et adapté. Contrairement à ce que l'on dit du patient opératoire, qui lui, investit le factuel au ras de sa nécessité, il invente, maîtrise, fabrique, dans un climat de joie et de contentement. Il essaie de réparer sa mère en réparant le monde : l'excitation a trouvé sa décharge et le patient, la possibilité de maîtrise.

Mais il fait bien plus. Il réunifie et renarcissise son moi à travers les satisfactions qu'il éprouve, préserve ainsi son estime de soi, bref il est une mère pour lui-même, et aussi pour les autres car j'ai toujours été frappé par le dévouement et le désir de s'occuper des autres de ces patients, autrefois hyperactifs. Par ailleurs, dans la mesure où l'activité est proche de la perception motricité, son investissement et la réussite qui en résulte amènent un sentiment de triomphe qui conforte encore le moi, grâce à tous les bénéfices secondaires ainsi obtenus (gratitude des autres, réputation et reconnaissance). La douleur par contre sera vécue comme une défaite.

De tout cela naît aussi un sentiment d'auto-engendrement qui n'est pas entièrement injustifié. Le sujet peut légitimement penser qu'il ne doit son origine qu'à lui-même. Le problème est que dans son système il n'y a pas de place pour la négation. L'affirmation, constamment répétée règne en maître. Il n'y a pas apparemment de conflit. L'objet est plus que contingent, il est flou, il est multiple, il est constamment remplacé

par un autre, dans un jeu qui se répète par nécessité. Le problème de la répétition est ici engagé. Toute répétition est certes, aussi, une tentative de figuration mais dans le monde de l'hyperactivité, ou de la douleur quand elle lui succède, la répétition perd cette qualité, elle est fondue, dissoute dans un monde qui ne permettra jamais qu'elle réalise son destin figuratif.

Surtout, cette position résolument tournée vers l'activité est un contre-investissement dynamique contre la pulsion destructrice vis-à-vis de la mère et la haine autrefois ressentie. Le muscle et la motricité ont trouvé l'objet ailleurs, à l'extérieur mais au prix d'une course infinie. La situation paraît fragile, pourtant notre monde actuel, à une époque où le stress a remplacé la problématique psychique, est rempli de personnes qui ne chutent jamais, continuent à courir.

Ce n'est pas le cas des lombalgiques qui, pour certains d'entre eux, vont connaître ce qu'ils redoutent le plus, la fin de leur activité. Le fait qu'un accident parfois bénin soit la cause de l'arrêt montre leur inaptitude, et leur refus de tolérer l'inactivité. C'est d'ailleurs ce refus qui les pousse à accepter tout ce que la vie peut leur proposer et qui leur permet d'exercer les talents acquis grâce à leur penchant actif. Ils ont toujours quelque chose à faire.

L'essentiel n'est pas là : toute leur néo-organisation psychique, qui les protège de façon efficace contre une mère interne mise à l'écart implique un psychisme qui doit maintenir constamment cette mise à l'écart. Les retrouvailles avec l'objet haï sont ainsi impossibles. Mais lorsque la douleur est venue remplacer l'hyperactivité qui en est en quelque sorte le symétrique inverse, les vieux fantômes peuvent resurgir. Et c'est alors la douleur par son incurabilité qui prendra la relève défensive. Le patient a remplacé le merci qu'il recevait de l'autre, par la plainte qu'il lui adresse.

On peut voir d'ailleurs la similitude des deux défenses. Elles ont la même fonction : empêcher le retour de la détresse. Par ailleurs, une excitation constante et maintenue dans les deux cas : par le biais de la douleur, mais aussi de l'hyperactivité, excitations et décharges se confondent et s'auto-entretiennent. Les deux auto-érotismes douloureux, ou hyperactif confortent le narcissisme, chacun à sa manière. Ils permettent de plus, de nier l'agressivité ou de la retourner sur l'autre. En effet l'expression de la plainte douloureuse, la demande d'aide, et la passivité qui sont les apanages de la douleur chronique permettent une tyrannie qui est une manière de maîtrise, c'est la toute puissance de la passivité.

Il faut remettre l'hyperactivité dans le cadre de la relation avec la mère. Une défense dans ces cas-là contre les excitations ingérables d'origine maternelle, en trop ou en insuffisance, peut passer par l'hyperactivité. La mère est désinvestie sans être détruite, et l'hyperactivité la remplace. L'objet est désormais à l'extérieur. Que devient l'objet interne. Un trou un vide. Il est effacé. L'investissement permanent évite de ranimer la mère morte, la place est prise. La mère est ainsi refoulée. L'investissement de la réalité extérieure est un investissement contre la mère qui ainsi s'évapore, est donc déjà un contre-investissement défensif. La bobine n'avait pas de fil.

Dans les deux cas le corps a été utilisé, soit comme agent dans l'hyperactivité, soit de manière apparemment passive dans la douleur. Je dis apparemment, car la quantité d'énergie mise en œuvre dans l'hyperactivité, et son retournement sur soi dans la douleur enlève beaucoup de sa qualité au mot passif. Le problème n'est pas dans la passivité il est dans le retournement. L'agressivité extériorisée est revenue à son point de départ, la douleur, mais ne le sait pas.

Ce contre-investissement, dynamique, qui capte les énergies disponibles, appauvrit le moi en le contraignant à un fonctionnement répétitif et indigent. Mais il en tire une solidité, apparaît massif et inébranlable. Le lombalgique nous donne l'occasion de percevoir quelles en sont les particularités et ainsi d'avoir une première idée du travail thérapeutique qui permettrait en quelque sorte de le démembrer : Redistribuer l'énergie que le contre-investissement mobilise, aux territoires « appauvris ».

VIVANCE DE LA DOULEUR ET MORTIFICATION DU PARE-EXCITATIONS

Comme j'expliquais un jour à un analyste ami, le biphasisme de certains patients, en particulier des lombalgiques, à savoir une hyperactivité qui bascule dans la douleur après un accident ou un incident en général bénin, je lui dis sans trop réfléchir cette phrase un peu énigmatique : « ils ont préféré la vivance de la douleur à la mortification du pare-excitations », en ajoutant que cela expliquait peut-être la différence entre les douloureux qui se plaignent sans grande raison et les patients dits psychosomatiques qui ont des lésions mais ne se plaignent pas ou peu.

Là encore, il faut remonter aux origines, c'est-à-dire au traitement des excitations excessivement précoces et à la manière que la mère a eue ou n'a pas eue de les apaiser et de les traiter de façon adaptée. Le

psychisme pas assez maturé ne peut ni les contenir ni les absorber. Les contre-investissements proposés par la mère, qui auraient dû garantir la qualité du refoulement originaire, n'ont pas rempli cette fonction et ont laissé l'enfant démuné et fragile. Ce que j'appelle les affects primaires : rage, colère, détresse, angoisse, et donc douleur, n'ont pas reçu de sens et n'ont pas alimenté la psyché en raison d'un manque de complicité maternelle. En se servant des termes de Bion, on pourrait dire que trop d'éléments bêta n'ont pas reçu la transformation en alpha qu'ils auraient pu et dû connaître.

Les psychosomaticiens très intéressés par cette question envisagent les réponses psychosomatiques à l'excès d'excitations. Pour C. Smadja (1999), il peut s'agir du comportement dont il dit qu'il échappe à l'ordre psychique alors que l'affect le fonde. G. Szwec (1996) parle d'une subversion autocalmante en lieu et place de la subversion érotique normale.

Je pense que chez certains enfants, futurs patients psychosomatiques, un trop d'excitation a empêché le développement des défenses normales, constitutives du psychisme ; mais qu'ils n'ont pas non plus utilisé celles des lombalgiques : eux ont pu, en quelque sorte, fuir la mère et transposer l'objet à l'extérieur ce qui le rendait maîtrisable. Pour une raison ou pour une autre, ces enfants n'ont pu fabriquer de défenses efficaces contre une mère corrosive. Ils se sont peut-être identifiés au trou et au vide, se sont enfermés dans le deuil mal élaboré d'un objet plus manquant que perdu, resté flou. Ils ont reçu de plein fouet des excitations ingérables. Ils n'ont pu inventer le jeu de la bobine et ont privilégié le bouclier du pare-excitations malgré le manque d'efficacité de celui que la mère pouvait offrir. Le pare-excitations freudien est bien sûr, à comprendre comme une métaphore. Il n'empêche que Freud (*Au-delà du principe de plaisir*) imagine à la vésicule vivante une couche corticale réceptrice d'excitations mais dont la « couche la plus superficielle abandonne la structure propre au vivant » et devient anorganique. C'est là, la mortification dont je parle, devenue bouclier. Mais pour poursuivre la métaphore, tout se passe comme si cette partie qui a perdu sa qualité de vivant était devenue chez eux à la fois poreuse, inefficace et épaissie. La partie mortifiée a gagné l'intérieur, créant ainsi l'espace pour une éventuelle future somatisation. Je pense qu'un tel enfant, qui encaisse de plein fouet les excitations devient en grande partie lui-même un pare-excitations mortifié. Au détriment de la « vivance » qu'implique l'hyperactivité, autre excitation éventuellement convertible, par exemple en douleur plaintive comme chez les lombalgiques.

M. Fain (1992) pose la question en ces termes :

« Peut-on décrire une relation entre deux êtres au cours de laquelle l'un serait pour l'autre une pure culture d'instinct de mort ? un objet poussant le sujet à désobjectaliser (A. Green) ? »

Il donne l'exemple du bébé insomniaque, qui ne peut s'endormir que longuement bercé. Il ne peut vivre une hallucination de désir, « sans hallucination de l'objet s'établit une désobjectalisation primaire » ajoute-t-il. On peut parfois constater chez ces enfants l'apparition de gestes autodestructeurs, martèlement de la tête, qu'on peut interpréter comme l'internalisation du balancement nécessaire au sommeil. Il s'agit bien là d'un comportement *et* d'une pratique autocalmante.

G. Szwec (1998) reprend, à la suite de L. Kreisler le « syndrome du comportement vide du jeune enfant » caractérisé par le recours au comportement pour combler le vide fantasmatique. Il parle d'une dépression anobjectale du nourrisson et d'une conduite d'évitement de la mère, d'absence de marques d'attachement qui le rendent « non câlin ». Tout cela étant au service d'un « désengagement psychique de la relation ». Ce syndrome est sous-tendu pour L. Kreisler par une « dépression blanche » provoquée par un effondrement du tonus libidinal, préforme de la dépression essentielle et qui conduit à une désobjectalisation, voire à une anobjectalisation ajoute G. Szwec.

Je pense qu'une telle réaction phobique à l'égard de la mère peut effectivement conduire à la position décrite par L. Kreisler et G. Szwec. Mais ce n'est pas la seule car deux destins s'ouvrent alors : Celui des lombalgiques part d'une attitude contraphobique de déni de l'angoisse, de la détresse et de précipitation dans l'activité, et dans laquelle l'excitation trouve sa satisfaction, dans la mesure où la pulsion d'emprise a trouvé son terrain de manœuvre. Tandis que celui des psychosomatiques serait une culture beaucoup plus passive de systèmes plus ou moins autocalmants. Calmer l'excitation pulsionnelle n'est pas la satisfaire, et le développement du psychisme ne peut qu'en pâtir gravement.

Une question se pose, celle du détachement d'avec la mère. Le processus de séparation-individuation semble réussi chez le lombalgique. Mais son armature interne faible l'expose à une éventuelle fragilité, une disposition traumatophile. Il a construit avec l'hyperactivité un pare-excitations supplétif, palliant ainsi celui, défaillant, de la mère. D'ailleurs la douleur quand elle survient et l'envahit, constitue aussi un autre pare-excitations paradoxal : Il ne peut aller mieux, pense-t-il, mais il ne peut pas non plus aller plus mal ! Il est protégé. Son destin est bien

du côté de la vie, comme l'atteste son bonheur quand il est hyperactif, mais aussi l'intensité et le cri de sa plainte quand la douleur l'a rattrapé.

J'ai eu en effet l'occasion de rencontrer dans ma pratique généraliste des enfants « non câlins » tels que les décrivent L. Kreisler et G. Szwec. Je pense qu'il s'agit là de ce que A. Ferro (1997) appelle « la léthargisation », mode de défense archaïque qui consiste à mettre en sommeil « l'agressivité, des zones entières de la psyché et souvent, toute potentialité créatrice » mais je crois qu'il s'agit moins d'un sommeil comme l'indique le mot léthargisation que d'une destructivité qu'exprime le mot de mortification. Ou plutôt ce sommeil, manque de vitalité psychique, résultat d'attaques répétées qui n'ont pas trouvé suffisamment de décharges, est un mode de défense comme la solution autocalmante. Mais qu'en est-il de la décharge pulsionnelle, du fantasme, de l'autoconsolation ? Minimum de vivance. Maximum de mortification. Cela va bien avec la description que les analystes psychosomaticiens font de leurs patients : Vie fantasmatique pauvre, peu de rêves, pensée devenant opératoire et dépression essentielle, « sans objet », en cas de difficulté, et surtout fragilité somatique avec alexithymie. Ce livre ayant comme objet surtout la plainte douloureuse, je ne cite leur problématique que pour l'opposer à celle de nos patients douloureux.

L'idée étant que le psychisme n'est pas advenu comme il aurait pu le faire et que si l'esprit protège le corps, comme l'indique la théorie de Marty, on comprend aussi que cette fonction ne pourra pas être accomplie. On comprend aussi que, dans certains cas, l'excitation frappera directement au corps sans déclencher dans le psychisme le travail qu'elle aurait pu produire.

Il n'y a donc pas non plus chez ces patients de possibilité d'algose, c'est-à-dire de décharge dans la douleur masochiquement cultivée. La douleur, parce qu'elle donne le sentiment d'exister, et l'hyperactivité, quand elle est constructive, sont du côté de la vivance, mot que je préfère à vitalité car il est du côté de la chose en devenir, de l'essor.

Or, cette algose a plusieurs fonctions :

- être un pare-excitations paradoxal ;
- assurer une position narcissique ;
- protéger le psychisme d'une élaboration ou d'un travail qui ramèneraient les vieux démons et provoqueraient les retrouvailles avec l'objet haï, et souvent la détresse ;
- éponger la culpabilité encore plus efficacement que ne le faisait l'hyperactivité ;

- mettre en accusation via la personne du médecin impuissant à guérir et à consoler, l'objet maternel qui autrefois avait failli aussi ;
- et, peut-être, protéger d'une attaque lésionnelle somatique.

DÉTACHEMENT, RETOURNEMENT, ET DÉTOURNEMENT

Un article déjà ancien de J. Gammil (1989) évoquait le cas de pilotes anglais qui, après s'être comportés héroïquement lors de la deuxième guerre mondiale dans la chasse ou le bombardement, donc dans des circonstances très dangereuses, se retrouvaient incapables, la paix revenue, de piloter des avions pourtant sûrs et faciles, malgré de gros avantages financiers. Ils étaient devenus phobiques. J. Gammil comprenait cela comme une disparition d'un comportement préalable contraphobique qui les avait poussés à l'action, au désir de voler. J'avais été frappé par leur ressemblance avec certains douloureux chroniques, nostalgiques de leur activité passée et réduits à l'inaction. Eux aussi étaient brutalement devenus inaptes. Comme s'ils s'étaient brusquement sentis petits dans un monde trop grand, rabattus dans l'enfance. De là m'était venue l'idée que leur détachement et leur détournement d'une mère corrosive, étaient un mouvement phobique sans doute motivé par le défaut d'étayage procuré par cette mère, mais associé à une volonté d'évitement, d'où leur engagement hyperactif, contraphobique de la réalité extérieure.

De cette idée naissent deux questions : pourquoi un tel comportement cède-t-il subitement ? pourquoi la douleur ? On pourrait aussi bien se demander : pourquoi la contraphobie initiale ? L'aspect phobique souligné par G. Szwec dans le cas des nourrissons non câlins, se comprend aisément. Mais on comprendrait aussi bien le déplacement phobique sur un autre objet, ou la création d'un investissement contraphobique, par exemple sur une activité quelconque comme c'est le cas de bien des hyperactifs.

Je mets sur le compte d'une possibilité de diversion, l'engagement contraphobique qui nécessite quelque chose de plus, un refus de la phobie et un désir d'investir ailleurs. Le premier temps, phobique, serait en quelque sorte une réaction réflexe, le deuxième temps, contraphobique, intentionnel au sens large, une nécessité psychique. La diversion serait la possibilité de regarder ailleurs de s'intéresser, d'investir, ce qu'apparemment le psychosomatique futur ne peut faire et ce que le lombalgique ne peut plus refaire après l'accident qui l'a précipité dans la douleur. J'emploie le mot de diversion car on se souviendra que c'est le seul processus psychique que Freud imagine pour se détourner de la

douleur, le seul capable de lutter contre la force d'attraction qu'implique le retournement, le rebroussement comme l'appelle J. Laplanche (1970) de la pulsion sur le moi lors de l'invasion douloureuse.

Gammil insiste dans son article sur le deuil de la mère, que l'enfant doit faire, dans ces cas. Je pense qu'il s'agit plutôt d'un deuil non fait, évité, laissé en suspens et qu'une dette est ainsi contractée, à payer un jour, potentiellement créatrice de traumatophilie. Traumatophilie ou pas, toujours est-il qu'un jour les choses se retournent. La pulsion se rapatrie sur le moi. La perte de l'hyperactivité, ou de la possibilité de pilotage, comme toutes les autres pertes, est impossible à assumer. Le deuil est inélaborable, ne peut donc se faire, et se transforme en douleur, possiblement physique, mélancolie du corps. Nous retrouverons ce point un peu plus bas à propos des fonctions de la douleur.

Freud interroge de manière récurrente ce phénomène de retournement de la libido retirée aux objets. Il en parle dans le texte sur « le Narcissisme » (1914), dans « Pulsions et destin des pulsions » (1915), dans *Deuil et mélancolie* (1917), dans « On bat un enfant » (1919) où il est utilisé pour satisfaire un fantasme sexuel masochique, dans *Au-delà du principe de plaisir* (1920) et en 1924 dans « Le problème économique du masochisme ». Et presque toujours, qu'elle soit une cause comme dans le masochisme en 1924, ou une conséquence comme dans *Pulsions*, le thème de la douleur est central. Peut-être est-ce dû au fort pouvoir de liaison qu'a le masochisme, et à sa parenté étroite avec le narcissisme lui-même puissant facteur de liaison, et d'attraction. Je reprendrai ce point plus bas en comparant régression et retournement.

Dans le cas de la douleur chronique le processus engagé n'est pas dû à un rebroussement de la pulsion qu'une causalité interne a déclenchée. La cause est externe, étrangère au psychisme. Elle est traumatique. Il ne s'agit pas, du moins directement, d'un destin de la pulsion, néanmoins le monde pulsionnel est plongé dans le masochisme.

Nous sommes là au cœur d'une énigme, celle de l'investissement de la douleur chez l'être humain, et de ses modalités. Cette énigme n'est pas celle de la douleur mais celle du masochisme. Celle qui fait que l'homme est capable d'étendre le plaisir jusqu'à la douleur. Freud dit dans *Pulsions et destin des pulsions* :

« Mais, une fois que la transformation en masochisme s'est accomplie, les douleurs se prêtent parfaitement à fournir un but passif masochiste. Nous avons en effet toutes raisons d'admettre que les sensations de douleur, comme d'autres sensations de déplaisir, débordent sur le domaine de l'excitation sexuelle et provoquent un état de plaisir ; voilà pourquoi on peut aussi consentir au déplaisir de la douleur. » (Freud, 1915)

À cette époque le masochisme est une « transformation » du sadisme, justement par retournement, en 1924, il deviendra originaire, premier.

Cependant que signifie « ...une fois que la transformation en masochisme est accomplie » ? D'où viendrait cette transformation ? Est-elle une donnée du pansexualisme freudien ou fait-elle intervenir la muette nécessité de la pulsion de mort ? Au final, quel est le trou noir, premier et ultime, la force d'attraction originaire qui rabat la douleur dans le moi ?

De plus la douleur, une fois installée opère une surtension narcissique qui replie les investissements pulsionnels sur le moi, ou plutôt qui attire l'énergie de ces investissements sur elle-même, au cœur d'un moi accablé. Le stoïcien a beau dire, il est difficile de faire abstraction d'une douleur qui persiste. Si ce n'est pas le cas, si elle disparaît, on comprend que les investissements habituels reprennent d'eux même. Mais l'inverse est-il vrai ? Permettre à un patient de réinvestir ses objets comme il le faisait avant la douleur la fait-elle se dissiper ? C'est la gageure de la psychothérapie des douloureux chroniques. Je n'aurai pas continué à m'en occuper pendant plus de vingt ans si ce n'était pas possible. Il est vrai que seul le masochisme rend intelligible le fait que le reflux de l'énergie pulsionnelle vers les investissements préalables ne se fasse pas. Ainsi la douleur est-elle préservée.

Comment œuvre-t-elle ? Est-elle, comme l'image du double, un gage de vie ou une annonciatrice de la mort ? Les douloureux voguent entre deux eaux interlopes, indécises, qui évitent la question. Or la question existe. Ils vivent un retournement qui serait du côté des forces du masochisme. Comment un détournement, une dérivation ou une diversion qui attesterait des forces de vie serait-il possible ? Qu'est-ce qui nous fait investir la douleur, ou au contraire nous permet de nous en dégager ? Nous verrons par la suite dans la partie prise en charge, que le processus d'investissement latéral, ou connexe, comme le nomme Freud, indiqué souvent par les patients eux même, s'il n'est pas toujours facile à mettre en route, ouvre les voies du dégagement.

Je pense à tous les douloureux qui viennent nous demander le soulagement de leur douleur et d'autre part à ceux qui ne viennent pas nous voir, souffrent en silence et ne demandent rien. Je me dis que la différence entre eux, est uniquement la nécessité, le besoin de plainte. Que le stoïcisme n'est pas en jeu, que seule compte la trace qu'a laissée en eux leur relation avec l'objet primaire et son destin. Et nous revenons ainsi à la question de la détresse originelle et des débuts de la vie.

Il y a pour Freud deux origines à la douleur.

- La première est l'*Hilflösigkeit* initial, l'état de désaide premier donc, qui ne peut être vécu que passivement et comporte un appel au secours.
- L'autre origine fait intervenir une potentialité beaucoup plus active. Il s'agit du *Bemächtigung*, la pulsion ou besoin d'emprise, mais aussi volonté de puissance, qui engage la motricité incertaine et nécessairement vouée à l'échec du nourrisson désarmé.

Premier échec et autre appel à l'aide. Il y aurait donc deux racines à la douleur humaine l'une proche de la sensation et du corps, l'autre du sentiment de l'impuissance native. Castrations.

Et je reviens à cette raison obscure qui donne à un accident bénin ou une circonstance anodine le pouvoir de précipiter des gens actifs, heureux et comblés par la maîtrise que leur donne la motricité qu'ils ont tant investie, dans la passivité et la douleur. La nécessité d'emprise quasi mégalomane dans certains cas, mais essentielle de toutes manières chez les sujets hyperactifs, fait que la perte réelle et surtout imaginaire de cette emprise est une catastrophe. Mais je ne sais pas vraiment pourquoi les hyperactifs qui ont pu se détourner de la détresse et de la douleur pour se saisir du monde à pleins bras, sont repris par la douleur sans pouvoir s'en dégager comme ils l'avaient fait une première fois.

Dans le travail qu'il a fait sur la culpabilité, A. Beetschen (2003) considère la déception qui naît de la permanente insatisfaction pulsionnelle, pas seulement celle venant du défaut d'emprise, et « l'hostilité » qui l'accompagne. Une culpabilité, originaire, en découlerait.

LA DOULEUR PHYSIQUE PROTÈGE-T-ELLE D'UNE LÉSION SOMATIQUE ?

Pour formuler la question de façon plus précise il faudrait se demander si la douleur physique est une alerte et une mise en activité dans le psychisme d'un système de protection antisomatique. Cette fonction serait défaillante chez les patients dits psychosomatiques. D'autre part on constate que les douloureux chroniques qui fréquentent nos consultations ne somatisent guère. De là à penser que la douleur a une action antisomatique, il n'y a qu'un pas.

Mais beaucoup de nos patients douloureux ont des lésions somatiques. Elles sont de deux ordres : soit accidentelles, post-traumatiques ou post chirurgicales, soit provenant d'affections qui se sont installées

(diabète, affections cardiovasculaires, névralgies etc.) pour lesquelles nos confrères psychosomaticiens n'hésiteraient pas à faire intervenir dans l'étiologie un processus de « psychosomatisation » qui souvent d'ailleurs me paraîtrait exagéré. Ces patients, privés des possibilités physiques qui étaient les leurs ou de l'exercice d'une occupation professionnelle, investissent plus ou moins leur douleur et leur plainte (degré plus ou moins élevé d'algose). Les maladies somatiques seraient-elles toutes psychosomatiques, comme un certain courant de pensée actuelle semble le soutenir ?

La question doit donc être posée autrement et interroger la nature même du processus de psychosomatisation, à sa base. C'est ce j'espère avoir commencé à faire en opposant et comparant les défenses très précoces des patients psychosomatiques (avec lésions somatiques) et de ceux qui sont à leur extrême opposé (psychogéniques sans lésions organiques).

Ces derniers investissent très tôt à l'extérieur, reconstruisent la mère, en satisfaisant leur pulsion d'emprise et leur besoin de maîtrise, au prix d'un possible écroulement douloureux. Ils trouvent dans ce cas alors, dans la douleur une autre défense, paradoxale, mais tout autant protectrice contre les excitations. Le corps, investi dans l'action, puis possiblement dans la douleur, est et reste protégé. Ils ne somatisent pas au sens où je l'entends, mais les psychosomaticiens ne seront pas d'accord. Je veux dire par là qu'ils peuvent attraper des maladies inhérentes à la vie humaine, encore que ce soit rare, mais ne présentent pas le tableau « psychosomatique » dans lequel on a réellement l'impression d'une défaillance de l'esprit et chez lesquels on observe effectivement alors, les caractéristiques classiques décrites par les analystes de l'école de Paris et que j'ai mentionnées plus haut.

Le patient « psychosomatique », n'a pas investi son corps. Il est monté au créneau pour le défendre, mais son rempart a été débordé, abîmé, et désormais sans grande protection pour ce qu'il devait défendre.

En résumé, ma longue expérience avec les douloureux chroniques, m'a fait donc acquérir une conviction :

- Chez les patients post-traumatiques dont les lésions dues au trauma sont légères ou nulles, l'hyperactivité qui a précédé et la douleur apparemment incurable qui lui a succédé, sont du côté de l'affirmation de la vie.
- Chez les patients psychosomatiques quelque chose a manqué. Une protection ne s'est pas faite. Le pare-excitations, et par là j'entends

ce qui dans la relation mère enfant, s'institue comme tel, a été trop sollicité et s'est mortifié dans sa lutte contre trop d'excitations.

Hypocondriaques, patients douloureux post-traumatiques sans lésions ou avec lésions peu importantes et malades dits psychosomatiques avec atteintes organiques bénignes ou très graves, sont les trois références obligées dans le monde de la douleur. Ces patients limitent une surface dans laquelle se retrouvent tous les douloureux chroniques, les blessés, les malades atteints dans leur corps et qui vivent mal leur souffrance. Le tableau *Psychogéniques et psychosomatiques* (voir page suivante) montre ressemblances et différences entre les trois catégories référentielles, quand elles sont au plus fort de leur spécificité. Les psychosomatiques sont compris, par exemple, dans les moments de « vie opératoire » telle que la décrivent les psychosomaticiens de l'école de Marty, ce qui à mon avis correspond à des moments particuliers et ne constitue pas un habitus chronique. La mention « hors question » se réfère au fait que l'aspect évoqué n'apparaît pas spontanément dans l'entretien.

LA DOULEUR, BOUCLIER DEVANT UNE EXCITATION PSYCHIQUE

« Je m'éveille sans angoisse, mais avec des battements de cœur. Mon réveil indique 2 h 30. » (Freud, 1900)

C'est la fin d'un rêve de Freud, un rêve dans lequel était apparu son fils, mobilisé pendant la guerre, et alors sur le front, et dont il n'avait pas de nouvelles depuis quelque temps. On sait qu'à l'époque Freud souffrait de douleurs précardiaques qui l'inquiétaient beaucoup. Le rêve avait été assez inquiétant pour le réveiller, pourtant Freud n'éprouve pas d'angoisse, mais une douleur au cœur. On se souvient de sa phrase concernant Emmy von N. expliquant qu'une douleur physique pouvait éviter une douleur morale. Les battements de cœur n'empêchent pas Freud de se livrer à une élaboration psychique concernant « la tendance cachée que pourrait satisfaire la mort redoutée de mon fils ». On voit comment le corps a dans un premier temps court-circuité le psychisme et ainsi l'a protégé de l'angoisse et de la douleur psychique, puis comment le relais a pu se faire avec l'élaboration psychique.

Cet exemple freudien montre comment la douleur peut se mettre en bouclier devant une excitation psychique liée à une représentation

Tableau 1. *Psychogéniques et psychosomatiques*

Thèmes	Hypocondriaques	Lombalgiques psychogéniques	Psychosomatiques
Lésion	Non	Non	Oui
Plainte douloureuse	Oui	Oui	Non
Savoir	Existence d'une théorie	Innocence	Innocence
Temporalité	Intemporel	En deux temps passé/présent	Pas de temporalité
Sentiment	Certitude	Certitude	Hors question
Origine évoquée	Pas d'origine	Deux origines : archaïque/récente	Pas d'origine
Lieu	Scène anatomo-physiologique	Organe ou région	Organe malade
Récit	Récit riche et répétitif	Imagé, répétitif, et associatif	Récit pauvre
Affect	Triomphe ou angoisse	Affect douloureux	Peu d'affect
Psychisme	Alerte, volontiers poétique	Dramatique	Pas de dramatisation Pensée opératoire possible
Investissement du monde	Clivé : normal/somatique	Clivé dans le temps : hyperactivité/douleur	Factuel
Auto-érotisme	En boucle	En deux actes	Hors question
Mère	Conservée/maitrisée Fécalisée	Idéalisée/à réparer	Hors question
Culpabilité	Pas de culpabilité consciente	Pas de culpabilité consciente	Hors question
Fidélité au médecin	Potentiellement fidèle	Plus ou moins fidèle	Très fidèle
Curabilité	Non curable par les médicaments	Non curable par les médicaments	Lésion curable par les médicaments

incompatible, à contenu pénible. Peut-on dire qu'il s'agit là d'un mécanisme hystérique de conversion ? Dans un sens oui, mais dans ce cas il n'aurait pas rempli son rôle. Il est plus juste de dire qu'il existe une fonction défensive de la douleur, souvent sollicitée. Nous avons

pu la voir en action de façon continue dans différentes organisations psychiques telles l'hypocondrie et les névroses post-traumatiques.

Mais elle peut aussi intervenir dans certains états passagers qui sollicitent durement les possibilités contenantes et élaboratrices du psychisme. Ainsi en est-il assez souvent du deuil. Certains deuils sont difficiles et même impossibles. Les variétés de deuils pathologiques sont nombreuses (deuil nié, deuil mis de côté, deuil surinvesti et religieusement conservé, etc.). Une des particularités que peut prendre le deuil est la douleur physique.

J'ai souvent vu arriver à la consultation, des personnes adressées par des médecins ne sachant plus que faire. Ces personnes, très inquiètes, nous apportent un syndrome douloureux et une masse de documents médicaux : examens, scanners, IRM, etc. tous négatifs. On apprend assez vite la réalité d'un deuil récent, que le patient évoque mais dont il ne parle pas. Il existe une identification touchante avec la personne disparue mais le clivage est tel que l'évocation d'une relation entre la perte et la maladie n'a aucun sens pour le malade regroupé sur sa position narcissique vigoureusement défendue : le malade, c'est lui. Et dans ces cas le corps par sa douleur annule la souffrance psychique, ou la limite, tout en la représentant.

Il faut savoir entendre chez ces sujets l'appel muet que contient l'expression répétée de la douleur. Il s'agit d'un appel de consolation. Elle suppose une régression difficile à percevoir derrière l'activité déployée par les patients assaillis de sensations corporelles multiples et erratiques et à l'affût de pathologies sans cesse repoussées par les médecins. Chez eux la douleur, topique somme toute externe, interdit à une topique interne vécue dangereuse ou difficile, de s'exprimer. Le corps aide le psychisme. Un patient, suivi quelque temps et qui avait pris conscience du rôle qu'avaient ses douleurs, multiples et erratiques, dans l'évitement de son deuil me dit un jour : « finalement, je préférerais souffrir bêtement qu'intelligemment ! »

Dans tous ces cas d'investissement de la douleur du corps, la sensation est préférée à l'affect. A. Green avait dit de l'affect qu'il était un regard sur le corps ému. Regarder suppose une certaine distanciation par rapport à la chose regardée. La sensation « ne se regarde pas », elle se contente d'être un ressenti. C'est d'ailleurs la raison du choix préférentiel de la douleur car l'affect, regard, ramènerait des représentations indésirables, relancerait le psychisme. Quand l'investissement de la douleur physique s'est solidement ancré dans le psychisme, ce que j'appelle l'algose, la position obtenue est extrêmement solide. Dans le nouveau système qui s'est installé, l'excitation c'est la douleur, et

la décharge de l'excitation, c'est aussi la douleur. Ce jeu circulaire est très économique, et maintient automatiquement l'affect à distance. Ce système donc est solide et rassurant et de plus permet cette chose si importante chez l'être humain : l'expression de la plainte avec sa double fonction d'appel au secours et d'affirmation du besoin de soin. Par ailleurs une telle organisation laisse le corps indemne ce qui n'est pas le cas on le sait des patients psychosomatiques dont le corps est atteint mais qui ne se plaignent point.

On retrouve dans un article de M.-L. Roux (1984) sur la psychothérapie de relaxation, ce recours défensif au corps et à ses sensations surtout douloureuses. Le cadre analytique traditionnel, oublie le corps et confie au langage et à l'association libre le soin de gérer le jeu des affects. M.-L. Roux parle de certains patients (névroses de caractère, états limite) qui expriment souvent des plaintes au niveau corporel. Il s'agit de migraines, tachycardies, algies diverses, insomnies, spasmes douloureux etc. Elle pointe que ce genre de patients, que nous connaissons bien, organisent leur vie autour du symptôme « ce qui isole la partie douloureuse et permet une vie psychique et une vie apparemment normale ». Les patients sont clivés. Ils développent dans le cadre de la relaxation des résistances motrices et sensorielles, résistances contre le surgissement des affects et l'émergence de la pulsion.

Lorsqu'on leur demande de se laisser aller, c'est-à-dire d'abandonner les défenses motrices habituelles, ce qui va contre ce « déni perceptif des états du corps propre », peuvent apparaître des résistances à percevoir ce que j'appellerais « le corps qui va bien ». Ces résistances se traduisent, entre autres, par des « sensations paradoxales » : douleurs, brûlures, ou messages sensoriels banals, mais vécus comme de véritables intrusions intolérables. Il peut s'agir aussi de disparition de vécu sensoriel, de refus de sentir ou de fuite devant ce qui survient dans le corps et qui est alors remplacé par des propos mondains. Le corps silencieux a décidément plein de choses à dire.

On ne prête guère attention au fait que dans la vie courante tous les êtres humains appellent la douleur à la rescousse quand ils se voient reprocher quelque chose même d'insignifiant. On entend alors des phrases du type « j'ai mal à la tête », ou « je n'ai pas dormi de la nuit » qui viennent comme première défense contre l'agression. Les enfants qui n'ont pas fait leurs devoirs n'invoquent-ils pas un mal au ventre ? Petites algoses brèves qui surgissent entre le ressenti et l'imaginaire, mais qui sont réelles au moment où on les dit.

Le cas clinique suivant va montrer comment le travail élaboratif qui avait réveillé un deuil ancien, a pu faire comprendre à un sujet le rôle

défensif d'une douleur organique qui pourtant n'avait aucun lien avec ce deuil.

Madame L. Une mémoire têtue

On m'avait annoncé la venue de Madame L. On m'avait fait une description de ses divers malheurs physiques qui n'était pas encourageante. Quand elle arrive, plutôt obèse, avec ses deux béquilles, avec sa bouteille d'oxygène et des tuyaux dans les narines, avec sa marche mal assurée et manifestement douloureuse, je me dis que l'annonce en question était bien fidèle. Madame L. est une dame très sympathique, intelligente et extrêmement précise dans l'expression de ses maux : « arthrose généralisée, dont les douleurs sont aggravées par le surpoids comme l'est aussi l'insuffisance respiratoire ».

Mais très rapidement elle parle de son histoire, de sa famille, de son enfance. L'idée générale est qu'elle n'a jamais pu faire ce qu'elle avait envie de faire : « J'ai toujours été contrariée ». Sa plainte, aussi bien physique que morale, n'est pas excessive et est exprimée avec un grand souci d'exactitude. C'est une des rares personnes qui m'a demandé quel était mon projet au sujet de sa cure, comment il allait s'organiser et quelles étaient mes prévisions. Je lui dis qu'elle ne pourrait comprendre ma réponse qu'au bout de quelques mois de travail commun et qu'à ce moment-là elle n'aurait plus besoin de la poser. Cet échange sous le signe de l'humour lui plut beaucoup et ce fut là notre entente.

Dans cette situation, j'ai pris d'emblée une position parentale forte différente de celle occupée par les médecins impuissants à la guérir mais différente aussi de celle que les parents avaient eue en interdisant à leur fille la profession qu'elle désirait exercer. J'ai donc littéralement prescrit la nécessité pour elle d'une rééducation respiratoire, intensive et répétée. J'ai donc imposé une image paternelle autoritaire mais protectrice, imposant aussi du même coup une qualité particulière à la situation transférentielle. Cette position forte fit apparaître deux aspects : l'impossibilité que les médecins avaient eue à la tenir alors que cette rééducation s'est avérée très bénéfique, et surtout le sens que prenait sa non-participation à cette rééducation, que les médecins avaient tout de même conseillée et qu'elle n'avait pas entreprise. S'agissait-il de l'expression d'un masochisme totalement inconscient et possiblement mortifère ? J'ai dû m'interroger sur mon intervention finalement assez violente et qu'elle vécut comme intransigeante. Ce cas est exemplaire dans la mesure où il montre combien la situation transférentielle peut être infiltrée par la réalité lors de la prise en charge de ce genre de patient. Je n'ai pas été neutre, j'ai été autoritairement bienveillant. Évidemment un tel comportement laisse des traces profondes dans le transfert qui s'en suivra.

Et les suites furent très favorables. Il n'est pas dans mes habitudes d'intervenir sur des points somatiques, mais il m'était vraiment apparu indispensable de le faire. Au bout de quelques séances, je la vis apparaître sans oxygène,

beaucoup moins essouffée et plus libre de ses mouvements. J'eus l'impression que le fait de mieux respirer et sans assistance, avait déclenché un mouvement qu'on peut appeler euphorique lui permettant de désinvestir la charge de ses douleurs arthrosiques. En tout cas, elle allait mieux et nous avons pu continuer dès lors, tout en étant tous les deux témoins de ses recrudescences et de ses améliorations douloureuses, un véritable travail psychothérapique. Il n'est pas nécessaire que j'en parle ici. Je dirais simplement qu'il s'est réalisé pour ma patiente dans un engagement enthousiaste. Une fois encore, la douleur et son traitement avaient été l'occasion d'un travail psychique dont on se demande pourquoi il n'avait pas été entrepris avant.

J'étais satisfait du déroulement de cette cure et je lui demandais un jour si elle me permettait d'utiliser son cas pour mes travaux de recherche. Elle m'interrompit net et me fit le récit suivant :

– « Un cousin à moi était le moniteur d'un groupe. Mon fils, qui en faisait partie, avait été retrouvé mort auprès d'une cascade. On ne sait rien de ce qui s'était passé. Mon cousin très traumatisé, décida de faire un travail d'écriture. Dans un recueil de contes et nouvelles, il fit un récit, pseudo imaginaire, inspiré par l'événement pour « exorciser » l'émotion, le cauchemar de cette expérience. Il s'est senti mieux depuis par rapport à moi. [...] Et moi, je ne pouvais me séparer de cette douleur physique, ignorant qu'elle recouvrait cette vieille douleur jamais cicatrisée. Venir ici me l'a fait retrouver, et finalement m'a permis sinon de la dépasser, du moins de vivre avec elle différemment. »

La douleur n'est donc pas qu'un mal à combattre. On ne doit pas confondre en effet, l'effet de désorganisation qui est le sien, avec les aspects défensifs qu'elle peut aussi revêtir. Le recours à la douleur corporelle est une défense archaïque. C'est celle du petit enfant qui appelle sa mère. C'est celle utilisée pour lutter contre les angoisses de néantisation vécues lors des états de détresse précoce. Ces angoisses sont nommées catastrophiques, angoisse sans nom par certains auteurs. Il vaut mieux la douleur que la néantisation. La sensation douloureuse en effet est une chose connue, sûre, fidèle, c'est surtout une sensation très primaire, sans doute la première à donner le sentiment d'exister. À défaut de contre-investissement proposé par la mère, et qui permettrait le refoulement originaire, elle est une position de repli, une solution à la fois simple et économique.

Le fait qu'elle résiste dans certains cas à tous les traitements et qu'elle arrive à céder après un travail psychothérapique, montre le riche éventail de ses rôles et de ses fonctions. Il est difficile de les recenser de façon ordonnée car ils entrecroisent leurs chemins. La douleur est un monde multiforme et adaptatif qui se grève toujours, immédiatement du poids du masochisme.

La viscosité de la libido douloureuse est forte. Quand elle a pris possession d'un organe ou d'une fonction corporelle, ce qui peut arriver à tout le monde – nous avons tous nos territoires privilégiés qu'on peut nommer aussi nos points faibles bien aimés –, elle s'y accroche et devient une étape sûre. Comme les battements de cœur de Freud, ils représenteront une zone de décharge facile qui accompagnera par exemple un début d'angoisse en la soulageant. Cette défense triviale est celle mise en œuvre avec des modalités différentes chez les hypocondriaques, les névrosés traumatiques et chez bien d'autres.

Elle s'est alors organisée et structurée autour ou dans quelque chose de répétitif et de connu, ce qui est toujours rassurant. « Le fait de retrouver le connu est empreint de plaisir » dit Freud, de plus c'est « une économie réalisée sur la dépense psychique ». Ces deux aspects sont importants dans certaines organisations psychiques surtout quand il est important d'éviter la mise en jeu du travail psychique.

La reprise par le masochisme de toute douleur investie pour une raison quelconque ou simplement parce qu'elle existe, lui confère un poids et une résistance considérable. La douleur, tentative de solution comme tous les symptômes, se situe entre guérison vraie et rechute. Rien de bon, rien de mauvais ne peut plus m'arriver. Tout cela résume les trois grandes fonctions de la douleur, déjà citées mais mieux explicitées :

- La première réside dans l'établissement d'assises narcissiques fortes, assistées par un masochisme complice. Le sujet savoure auto-érotiquement son état douloureux de façon parfois ostentatoire et même provocatrice. Cette position permet et favorise de plus l'expression continue et profondément satisfaisante de la plainte. Je préciserai cet aspect à propos des remaniements du moi provoqués par la douleur.
- Au même titre que les défenses obsessionnelles, comportementales, telle l'hyperactivité, ou d'autres défenses, la douleur physique peut constituer un bouclier efficace contre une douleur morale qui serait vécue plus intense ou pour court-circuiter un conflit psychique qu'on ne veut pas aborder. Un pare-excitations. C'est le cas des hystériques et nous l'avons vu de certains deuils ainsi évités.
- Enfin j'ai la conviction que le « choix » de l'hyperactivité pour lutter contre la détresse originaire, malgré le risque de naufrage dans la douleur qui lui est attaché, encore qu'il ne soit pas obligé, est une défense contre la somatisation psychosomatique. Ce n'est pas à mon avis la douleur qui est protectrice mais l'investissement précoce et inventif du monde extérieur, l'hyperactivité ou quelque autre système défensif mis en place, en lieu et place de ce que j'ai appelé la mortification du

pare-excitations, qui ainsi rendu moins efficace, interdit de plus la mise en œuvre d'investissements latéraux, à potentialité défensive. Un échappement vers le monde extérieur, au lieu du martèlement meurtrier des excitations.

Chapitre 9

LA PRISE EN CHARGE DES DOULOUREUX CHRONIQUES

*« On a l'impression d'une force qui se défend contre la guérison par tous les moyens et veut absolument s'accrocher à la maladie et à la souffrance »
Freud, « Analyse avec fin et analyse sans fin »*

Je vais essayer de montrer les difficultés spécifiques du traitement de la douleur physique et indiquer, malgré le pessimisme de la citation de Freud, quelles sont les voies possibles d'un dégagement des investissements douloureux.

Tous les patients dont je parle ont été pris en charge dans le cadre de la consultation de la douleur présentée en détail dans l'annexe, avec un exemple clinique typique. Ils sont tous vus à chaque séance, d'abord par un analyste puis par un autre, toujours dans le même ordre¹.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, après ma présentation insistante des trois catégories de patients douloureux (hystérie, hypochondrie, névrose post-traumatique) chez lesquelles l'aspect psychogène

1. Voir les modalités de cette consultation dans l'annexe.

est prédominant et même parfois représente l'unique causalité de la douleur, le nombre des patients atteints d'affections organiques ou de lésions somatiques post-traumatiques qui nous consultent est important. Il a même tendance à augmenter ces dernières années et représente actuellement plus de 65 % des consultants. Cela s'explique par la demande de plus en plus grande des médecins hospitaliers, dont les patients sont le plus souvent porteurs de lésions corporelles.

Il peut s'agir de patients souffrants de séquelles douloureuses après une chirurgie : opérés du thorax (cœur ou poumons), de la colonne vertébrale, cervicale ou lombaire, d'algodystrophies diverses, de cicatrices douloureuses, d'algies neuropathiques après amputation ou dilacération de plexus (brachial par exemple) de membres fantômes douloureux, d'algies vasculaires de la face, de névralgie du trijumeau ou autres, de douleurs vasculaires chez les diabétiques, de dissection de l'aorte ou des gros vaisseaux, de douleurs consécutives à un trauma ayant causé de gros dégâts anatomiques, ou à une radiothérapie, etc.

Nous avons peu de patients ayant le profil alexithymique décrit par les psychosomaticiens, car comme je l'ai dit plus haut les médecins somaticiens n'ont pas de gros problèmes avec eux. Mais nous en avons vu quand même un certain nombre et s'il est vrai que quelques-uns d'entre eux connaissent une période de type dépression essentielle et vie et pensée opératoire, ils sont loin de fonctionner toujours sur ce mode-là. Avec eux le travail est spécifique.

Devant nos autres patients, les habituels, nous devons nous poser une question : pour quelles raisons s'adressent-ils à une consultation de la douleur ? ou lorsque c'est le cas, pour quelles raisons les médecins somaticiens nous les envoient-ils ? Pourquoi la médecine classique devenue si performante est-elle mise en échec (c'est l'expression employée par les médecins) ? Et pourquoi les patients s'entendent-ils dire souvent par plusieurs praticiens : « je ne peux rien pour vous » ? Il s'agit là d'un problème profond de notre monde actuel. Ce n'est pas la multiplication des centres et consultations de la douleur qui le résoudra.

Le point de vue des médecins est qu'il y a une inadéquation chez ces patients entre la douleur ressentie et les lésions existantes alors que les mêmes thérapeutiques utilisées avec des patients équivalents fonctionnent correctement.

Les patients eux se sentent abandonnés, courent les hôpitaux, multiplient les examens, s'adressent à des médecines parallèles pour finalement atterrir chez nous en fin de course et d'espoir. Nous avons parfois l'impression d'être la poubelle de la médecine et même d'autres consultations de la douleur plus classiques, car à la nôtre, uniquement

animée par des psychanalystes, sont conférées des vertus thaumaturgiques, qui sentent un peu le soufre. Mais les patients sont d'accord avec les médecins sur deux aspects :

Ils souffrent trop. Mais là, les opinions divergent : par défaut diagnostique ou thérapeutique disent les patients ; pour des raisons purement imaginaires qui n'ont rien à voir avec les désordres anatomophysiologiques pensent les médecins.

Aucune des nombreuses thérapeutiques appliquées (pourtant conformes au consensus international ajoutent les médecins) n'a été efficace.

On comprend que si la douleur est une tentative de guérison, ou du moins est capable de s'intégrer solidement dans le psychisme parce que le sujet y trouve un sens ignoré de lui, il est difficile d'imaginer comment on pourrait la déloger d'un système qui a été choisi comme étant le meilleur possible. Notre expérience a pourtant montré que nombre de nos patients ont pu évoluer, abandonner la position de refuge qu'était leur souffrance, et se repositionner sur de nouvelles bases. Ils parvenaient donc soit à mieux vivre avec leur douleur en l'investissant moins, soit dans les meilleurs cas, à s'en affranchir.

ÉTILOGIES SOMATIQUES OU PSYCHOGÈNES

L'étiologie de la douleur, somatique ou psychogène, n'entre pas en ligne de compte. J'ai approfondi plus haut l'étude clinique de l'hystérie, des névroses post-traumatiques et de l'hypocondrie, parce que ces trois catégories sont des formes pures de la capacité qu'a le psychisme de créer de la douleur, et surtout parce qu'elles sont des prototypes. Le travail qu'elles imposent quand le psychothérapeute les prend en charge, est le modèle à suivre pour traiter les patients dont la souffrance est d'origine organique. En effet le « complexe » dont s'origine la douleur psychogène et qui joue le même rôle que la lésion responsable de la douleur due à une cause organique, a les mêmes caractéristiques. Le premier est indispensable à l'économie du psychisme qui l'a engendré, à cause de sa fonction essentielle de défense. La seconde, parce qu'elle a déclenché une douleur chronique, est elle-même installée chroniquement (cicatrice, ou forme évolutive). Et la blessure narcissique qui accompagne la maladie physique est bien ressentie dans le psychisme. L'esprit s'endolorit avec le corps. Quand la douleur s'installe, son mode de fonctionnement est le même.

En fait tout dépend de la qualité des investissements préalables du sujet. Je me souviens d'un patient opéré d'une discopathie lombaire responsable d'une sciatique hyperalgique et paralysante qui fit une crise à nouveau hyperalgique dans le décours de l'intervention. Il m'a raconté comment tout au cours d'une nuit qu'il appelait la « nuit terrible » il passait son temps à essayer de mettre en forme le plan d'une conférence qu'il avait à faire. Mais la douleur revenait encore plus forte semble-t-il, et annihilait sa tentative. Celle-là reprenait pourtant et se voyait à nouveau réenvahie par la douleur. C'est ainsi qu'il essaya toute la nuit de lutter contre le mal qu'il éprouvait, mais il se demandait ce qu'il aurait fait s'il n'avait pas eu une conférence urgente à préparer. Un tel exemple de douleur, aiguë, nous montre en quelque sorte en accéléré ce qui se passe dans le cas de l'installation d'une douleur chronique, et montre le rôle essentiel que peut jouer la diversion.

Il se produit une véritable opposition entre les investissements psychiques préexistants, et ceux imposés par la réalité de la douleur. Tout dépend de ce qui s'est constitué tout au long de l'histoire du sujet et également de la topographie de ses investissements actuels. L'accrochage aux investissements essentiels importants et qui assurait la solidité de la structure du moi va constituer une défense efficace contre l'invasion douloureuse et à l'inverse des investissements narcissiques ou objectaux labiles laisseront un champ plus libre à cette invasion. Il doit être entendu que je ne parle pas ici de sujets pusillanimes ou douillets, qui ne sont pas des « douloureux », mais qui ont une position particulière devant la douleur, une crainte imaginaire exagérée. Ils font d'ailleurs souvent preuve d'un stoïcisme étonnant quand ils sont atteints d'une affection hyperalgique.

Les patients qui s'adressent à une consultation de la douleur ne constituent qu'une très faible partie des douloureux chroniques. La plupart de ces derniers confient leur souffrance à leurs médecins et, vaille que vaille, font avec eux le chemin difficile qu'impose la douleur, sans éprouver le besoin de faire appel à des « spécialistes » algologues. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de voir dans le service de rhumatologie où je travaillais, un vigneron du beaujolais souffrant d'une lombosciatique chronique avec épisodes aigus, dont les radiographies attestaient les énormes dégâts anatomiques que l'arthrose et le métier qu'il faisait avaient provoqués. Malgré cela, cet homme continuait à œuvrer dans ses vignes, à genoux sur un paillason, sans pratiquement jamais arrêter son travail : « Faut ben tailler la vigne ! » disait-il, mais il ne lui serait jamais venu à l'idée sous le prétexte de la permanence de sa douleur de quitter

l'environnement médical hospitalier qu'il aurait pu juger insatisfaisant, et de consulter d'autres médecins spécialisés dans la douleur.

De même les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR), affection particulièrement douloureuse, et typiquement psychosomatique, n'ont jamais posé problème aux médecins du service et, alors que ma présence, comme spécialiste de la douleur, était connue de tous, n'ont jamais demandé à me rencontrer. Je dois dire d'ailleurs que j'en ai été très étonné, et que je me demandais du moins au début pourquoi les lombalgiques qui n'avaient presque rien, souffraient tant, et pourquoi ces malades aux articulations déformées et aux gestes limités par la maladie et la douleur, ne se plaignaient pas ou plutôt émettaient une plainte somme toute logique et recevable par les médecins. L'alliance thérapeutique n'était pas rompue. J'ai eu l'occasion de rencontrer suffisamment de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, pour constater qu'au bout d'un certain temps le deuil de la bonne santé était fait et que la maladie ainsi que la douleur qui allait avec, était sinon acceptée du moins intégrée.

Freud avait écrit (*Au-delà du principe de plaisir*) que lorsqu'il existe une lésion organique post-traumatique, la névrose traumatique ne s'installait pas. On ne peut pas dire que cela est vérifié de nos jours, mais il y avait là une intuition qui séparait la réalité du somatique, de celle de la douleur. L'absence de lésion peut déclencher la névrose douloureuse, mais les patients atteints de lésions telles que la polyarthrite prouvent que l'inverse peut être vrai, et que la lésion ne crée pas nécessairement la névrose. Mais pour le médecin somaticien, la douleur doit faire preuve de son organicité. Le cas du vigneron et celui des polyarthritiques contentent donc la logique médicale mais tous les patients dits psychogéniques dont j'ai longuement parlé dans la première partie montrent la nécessité d'une nosographie différente de la nosographie classique pour comprendre les patients douloureux chroniques.

Je viens d'opposer les patients psychosomatiques qui ont des lésions douloureuses, mais se plaignent très peu, aux douloureux psychogéniques qui n'ont pas ou très peu de lésions mais se plaignent beaucoup. Entre ces deux extrémités existent toutes les modalités possibles de réactions à la douleur, lésionnelles ou pas.

PSYCHANALYSE ET PSYCHOTHÉRAPIE

La douleur n'est pas une pulsion, elle n'a ni but direct ni objet Elle ne peut être refoulée. Freud la nommait *pseudo* pulsion et ne voyait

pour la combattre que le processus de diversion qui envisagé comme tel ne pourrait être qu'une solution provisoire. Pourtant elle impose comme la pulsion une exigence de travail au psychisme et le remanie profondément. C'est-à-dire que l'évolution spontanée du psychisme du sujet se voit modifiée et déformée par le deuil qu'elle implique et le traumatisme chronique qu'elle représente. Le psychanalyste devrait donc pouvoir proposer un champ de travail auquel il est habitué aux patients douloureux.

Ce ne peut être une psychanalyse. Nous verrons toutefois que grâce au langage le patient trouve tout seul « le chemin des souvenirs perdus » comme disait Freud. Nous verrons aussi comment ce langage se développe, s'arborise et s'enrichit. Mais le patient ne vient pas nous voir avec un désir analytique. Il exprime un besoin : celui d'être soulagé de sa douleur. Par contre notre attitude est analytique. Le type d'entretien que nous avons dès la première rencontre, fait d'écoute, d'attention mais sans les questionnements auxquels sont habitués les patients leur fait pressentir qu'il se passe quelque chose de différent de ce qu'ils connaissent. Ils sont surtout frappés par le fait que nous ne les examinons pas.

Nous ne leur cachons rien mais n'explicitons pas notre méthode. Ils adhèrent spontanément à la cure de parole à laquelle nous les convions. Le merveilleux est que plus ou moins rapidement leur discours s'adapte même s'il reste au début surtout descriptif et factuel. Quand la conversation vient se mêler au symptôme douloureux, au contraire de ce que Freud nous dit de ses patientes hystériques, les patients oublient leur douleur, et accèdent à une narrativité qui ressemble beaucoup à « l'association libre », règle fondamentale de l'analyse, alors qu'elle n'a pas été énoncée, avec le cadre analytique en moins, mais avec, en plus, notre aide et notre complicité.

Notre désir n'est pas de guérir mais de garder le patient, de lui proposer un cadre qu'il adoptera et lui fera « aimer » notre prise en charge. de faire en sorte qu'il revienne et s'intéresse aux séances. Nos interventions ne sont pas interprétatives, ou rarement. Nous faisons par contre souvent des constructions proposons des éclairages et des mises en liens et facilitons les échanges inter systémiques psychiques. Donc pas de *furor sanandi*. Nous visons à l'intégration de la douleur dans la psyché du patient. L'idée étant qu'il faut redistribuer l'énergie qu'elle a attirée à elle et la replacer dans la chaîne des traumatismes du sujet et son histoire.

L'évolution considérable quoique limitée, comme le disait Balint, accomplie par nos patients est attestée par ces modifications souvent

surprenantes et inattendues de leur récit. Notre accompagnement parfois actif doit avoir quelque vertu thérapeutique sur la douleur. A-t-il apporté la guérison ? L'impression que nous a donnée la plupart des patients, de lentement sortir du carcan douloureux, d'opérer une sorte de métamorphose, et d'investir la vie différemment nous suffit. La guérison de la douleur humaine n'est-elle pas un mythe ?

Madame R. Une polyphonie douloureuse

Je vais présenter en guise d'exemple ce cas complexe, mais représentatif, qui montre comment douleur physique et problématique limite peuvent se défendre l'une par l'autre, tour à tour, dans un va-et-vient vertigineux, alors que la problématique psychosomatique grave devient silencieuse sans qu'on puisse en conclure de causalité. D'autre part on remarquera l'hétérogénéité d'un discours qui comprend des rêves et des souvenirs d'enfance, mais aussi une partie « traumatique » faite de cauchemars et visions diurnes, le tout coexistant dans un contexte impressionnant mêlant l'amour et la haine.

Madame R. est une dame de 50 ans qui vient nous voir huit mois après un accident de voiture au cours duquel elle fut gravement blessée : trauma crânien avec fracture de la voûte, perte de connaissance, scalp de 23 centimètres, 18 points de sutures, fracture de la main, du bras, du genou et du pied droits. Elle se plaint d'amnésie des choses anciennes et par contre pense sans cesse à son accident, ce qui la fait pleurer. La nuit, elle en rêve, et revoit en couleurs une roue qui fonce sur elle. Elle se réveille dans un état d'angoisse aiguë. Elle se plaint aussi de maux de tête, de sensations vertigineuses et de douleur au bras, au genou et au pied. Elle insiste beaucoup en racontant les circonstances de l'accident sur la vision de la roue de la motocyclette qui avait fracturé la portière avant droite et qui pénétrait dans la voiture en repoussant le siège sur lequel elle était assise, de cette roue qui avançait en grossissant et qui allait, comme elle le disait, la mettre en morceaux. Elle était très en colère contre le motocycliste et d'autant plus que tous les torts avaient été mis au compte de son mari, qui conduisait et à qui on avait retiré le permis. Elle me dit :

– « Et en plus, il est mort ce..., après un vol de douze mètres ! Il ne devait pas aller vite ! Il venait d'où ce type ? Il n'y était pas puisque mon mari ne l'avait pas vu ! »

Après m'avoir décrit son accident plusieurs fois, très curieusement, madame R. me raconte un rêve concernant un beau-père (deuxième mari de sa mère) qui ne devait réapparaître dans son discours que plus de deux ans après. Dans ce rêve le beau père avait uriné en sa présence dans une boîte. Elle ajouta qu'il s'agissait d'un rêve répétitif. Elle associa alors sur le récit dramatique de sa vie. Son père, marchand forain, très aimé des femmes, qu'il attirait beaucoup, était un « viveur », porté sur la boisson. Il ne revenait à la maison que pour battre la mère et faire régner la terreur.

Ils étaient pauvres et manquaient de tout, d'ailleurs elle avait été élevée jusqu'à 4 ans par des nourrices et n'était revenue chez sa mère que pour repartir chez les grands-parents maternels. Sa mère, très dure lui avait un jour cassé le pied en lui mettant une chaussure.

Madame R. dérive alors sur ses autres malheurs somatiques et j'apprends donc qu'elle a eu de l'asthme, une bronchite chronique, qu'elle a fait une tuberculose pulmonaire avec de nombreuses rechutes, qu'elle a eu un cancer du sein pour lequel elle doit être réopérée. Elle revient alors à sa mère pour laquelle elle n'a pas de mots assez durs. J'apprends qu'elle était aussi dans la voiture le jour de l'accident et j'aurais là une idée des échanges entre les deux femmes. Madame R. ayant mentionné quelque temps après l'accident qu'elle était gravement blessée sa mère avait répondu « d'un air supérieur » :

– « Et moi je suis veuve !

– Donc moi je ne suis rien ! » avait conclu madame R.

À chacune son narcissisme.

J'apprends tout cela au cours du premier entretien et je suis très étonné du discours de cette femme qui me présente en même temps trois aspects de sa souffrance. Tout d'abord sa névrose post-traumatique avec douleurs physiques et visions diurnes et nocturnes de l'accident. Ensuite le cortège de ses affections somatiques nombreuses et graves, qu'un certain besoin narcissique la pousse à me détailler. Enfin je vois poindre ce qui s'avérera être un état-limite dont la violence est tout entière dirigée contre la mère. Elle engagera avec cette dernière tout au long de sa cure une relation de vrai-faux amour et de vraie-fausse haine qui les lient toutes les deux comme avec du fil de fer barbelé. C'est ce que je lui dis un jour, et ce fut là une des rares interventions qui eut le mérite de la mobiliser quelque peu. Je me suis demandé quel allait être le profil d'un travail thérapeutique qui d'emblée mélangeait des problématiques psychiques aussi différentes. J'avais l'impression d'un écheveau ébouriffé mais je devinais la fonction défensive qu'il pouvait avoir et la nécessité de cette dernière.

Mme L. avait inscrit immédiatement son traumatisme actuel dans son trauma originaire, mélangeant ainsi ses plaintes physiques et morales, celles liées à l'accident et celles de toujours. Elle utilisait les unes pour se défendre contre les autres. Même au cours d'un entretien, quand ce qu'elle évoquait du passé était trop dur, on la voyait brusquement grimacer se plaindre du bras et se mettre à le frotter. Je me disais parfois que son accident lui avait permis d'engager une psychothérapie qu'elle n'aurait jamais demandée sinon. Mais ses évocations moralement douloureuses du passé ravivaient ses douleurs physiques du présent. Elle était difficile à suivre. Chez elle, la régression causée par le trauma et la douleur avait réveillé les vieux démons.

Mme R., un peu contre mon attente, se révéla une patiente extrêmement fidèle qui ne rata jamais une séance. Le besoin de parler se superposa à celui de guérir, qui l'avait amenée. Elle était plutôt sympathique mais la suivre dans ses jongleries avec les trois problématiques que je viens

de signaler me donnait des maux de tête. Au fil du temps, les choses se clarifièrent et s'organisa alors une cure classique d'état-limite qui fut troublée souvent par des retours brutaux de la souffrance du corps, et de la névrose traumatique : douleurs, réapparition des cauchemars et des visions traumatiques ou préoccupations au sujet des poumons ou du cancer, lors de moments de surchauffe pendant lesquels la violence contre la mère n'était plus pour elle maîtrisable. On voyait voir alors comment le corps, de façon double, au moyen de la douleur physique ou de l'angoisse de la maladie, pouvait venir à la rescousse d'un psychisme submergé.

Madame R. dont la mère était repartie dans l'Est, la fit revenir dans sa ville. Elle lui avait trouvé un logement près de chez elle. Le duel entre les deux femmes fut sanglant. J'étais là uniquement pour recueillir les plaintes féroces de ma patiente vis-à-vis de sa mère, une sorte de témoin à qui elle demandait surtout d'acquiescer. Mes possibilités d'intervention étaient nulles. L'aspect antidépressif de sa violence était évident. Grâce à ce triomphe sur la mère, représenté par la « légitimité » d'une plainte attestée par la réalité somatique, la dépression ne pouvait se manifester. Madame R. était tonique. Cependant sa mère lassée de cette relation conflictuelle décida de retourner à nouveau dans l'Est, mais avec une idée qui démantela littéralement sa fille : elle avait le projet de renouer avec son premier mari qu'elle désirait comme « compagnon et comme amoureux » en interdisant à sa fille de reprendre quelque contact que ce soit avec son père. « Elle me le dénierait ! » me disait la fille.

À ce moment précis elle eut à nouveau recours au corps et à la douleur et multiplia les consultations auprès des médecins. Mais le retour des céphalées, des douleurs et des insomnies ne suffit pas et madame R. se déprima assez fortement. Alors qu'elle allait relativement bien, soutenue qu'elle était par son attitude agressive vis-à-vis de sa mère, elle sombra dans un état d'apathie quasi mélancolique le jour même du départ de celle-ci. Cette dernière, adversaire aussi résolue que la fille avait réussi à toucher juste le point sensible et surtout douloureux.

La situation cependant, devenait œdipienne même si la problématique ne l'était pas. L'appel à la mère à l'occasion de la douleur avait été d'emblée non entendu et l'adresse au père voulait dire : « regarde comment maman me traite ! »

Notre consultation fut le théâtre du combat entre les deux femmes qui se disputaient l'amour du même homme. Madame R. décida d'aller voir sur place ce qui se passait. Les péripéties furent à la hauteur de ce que je pouvais imaginer et je les ai connues à son retour. De façon inespérée, la situation, par son côté triangulaire et malgré la rivalité, donna un tour différent au conflit. Madame R. put revoir son père. Un épisode en particulier m'avait frappé par son aspect touchant : le père avait donné à sa fille un petit coffret lui expliquant qu'il l'avait toujours gardé avec l'idée de le lui offrir. Madame R. était émue, le serra sur son cœur et pleura. Elle ne parla plus de ses douleurs et commença à faire des projets avec son mari. Une étincelle avait pu jaillir. Notre travail avait consisté à être une aire de décharge, une structure contenante à paroi solide, à accompagner en tissant des liens

et proposant des hypothèses prudentes, surtout à survivre. Madame R. avait pu internaliser des imagos parentales plus fiables, plus paisibles, était devenue plus apte à s'autoconsoler.

Cet exemple met en relief la souplesse adaptative et la fonctionnalité de la douleur physique, et aussi ses limites. Souffrir pour ne pas penser, souffrir pour ne pas se déprimer (jusqu'à un certain point, on l'a vu), ou repousser une violence trop explosive, et souffrir aussi pour légitimer une nécessité, un besoin de plainte, indispensable à l'affirmation narcissique. La disparition totale de l'aspect « psychosomatique » de la patiente : asthme, bronchite, tuberculose, cancer, est-elle liée au long travail psychothérapique que nous avons effectué ? Je l'ignore. Les somaticiens se proposaient de réintervenir sur le cancer lorsque notre patiente eut son accident. On n'en parla jamais plus. Il faut par ailleurs noter que la patiente a d'emblée fondu ses trois problématiques douloureuses dans une plainte unique, essentielle pour elle.

Le travail psychothérapique engagé par les patients douloureux même s'il peut être monocorde au début sait donc se dégager de cette monomanie pour aborder des problématiques adventices. On voit donc surgir de vieux problèmes, apparaître de vieilles blessures. Rivalités entre frères et sœurs, séductions subies dans l'enfance ramenant une intense culpabilité, ou souvenirs de fautes commises autrefois et venant donner par l'entremise du remords, un sens à la douleur. La douleur morale oubliée ou refoulée, se manifeste grâce à la douleur physique mais redonne une unité au patient. Il peut alors mettre plus facilement le traumatisme de sa douleur dans la chaîne de ses traumatismes antérieurs.

Quelle que soit l'origine ou l'étiologie de leur mal, les patients qui viennent nous consulter s'expriment, pour dire leur douleur, au présent, ou au passé composé, qui est le passé du présent : « J'ai été opéré... j'ai eu un accident... ou je ressens des décharges... je souffre du matin au soir. » Ces deux conjugaisons sont celles de la catastrophe.

Puis ils passent à l'imparfait, forme sensible, non pour saisir le passé mais pour le faire revivre doucement, toucher le médecin. L'imparfait préserve du futur décisif, il est le temps de l'avant douleur, un temps qui n'existe plus. C'est un temps nostalgique qui, parce qu'il dit le paradis perdu, est aussi, nous le verrons, celui de l'espoir. Le temps de l'après est celui de la douleur. La grammaire sait donc séparer en les scandant les deux temps de la névrose actuelle, traumatique, qu'est cette dernière.

Le vécu des patients installés dans la douleur est un vécu dépressif. Cette dépression s'origine du sentiment aigu de perte de ce que l'on

pouvait faire avant, de ce que l'on ne pourra plus jamais faire et surtout perte de la possibilité d'investir autre chose que la douleur.

La non guérison ressemble à un abandon. Une mère qu'on appelle et qui ne vient pas. C'est la dimension « appel » de la souffrance. Le surinvestissement d'un organe, d'une fonction, d'un endroit corporel peut devenir douloureux si elle rejoint un vécu d'absence de la mère, quand la représentation de l'absence de cette mère n'a pu connaître un développement suffisant. Ferenczi parlait d'une confusion des langues entre parents et enfants, quand le langage de la tendresse rencontre le langage de la passion. J'ai souvent eu une telle impression en écoutant les patients, et leur désespoir de ne pas avoir été entendus. Médecins et malades parlent parfois des langues étrangères.

LE NÉONARCISSE DOLoureux

Quand les « gros bataillons » de la douleur corporelle envahissent le corps-psyché celui-ci régresse. La douleur physique apporte des modifications profondes et durables au psychisme, une exigence de travail d'un type particulier, régressif et contraignant. Il est important de comprendre ces modifications pour entrer dans une empathie indispensable avec les malades, et à partir de leurs modalités, sortir peu à peu d'un cercle vicieux désespérant. Je répète ici car il faut le faire que l'origine de la douleur n'intervient pas dans sa prise en charge. La position contre transférentielle du psychanalyste par contre, est modifiée par l'importance de l'intensité douloureuse ou la gravité de la situation somatique (malades en fin de vie, pathologies incurables).

Il faut savoir écouter les modalités de ce néonarcissisme douloureux et aussi comment le patient le supporte et ce qu'il en dit. Cela, il n'a pas pu le faire entendre ni avant ni ailleurs. On touche là la partie dépressive de son moi. La source pulsionnelle que représentait l'objet perdu a disparu. Cette source a été remplacée par la douleur. Si cet objet pulsionnel était une projection du soi dans le monde par défaut de liaison de libido narcissique, sa disparition est une catastrophe. Elle fait apparaître un vide. L'objet et le soi ont fait naufrage ensemble. Un joueur de pelote basque qui n'a pas de fronton où lancer sa balle, ne peut plus jouer. Dans ce genre de problématique on a l'idée d'une stratégie : rétablir ou réinventer une surface de jeu.

Le sujet est confronté à une image différente de lui même, blessée par la douleur. Les assises sur lesquelles reposait le narcissisme, ont vacillé, se trouvent périmées, hors d'usage. Tout dépend bien entendu,

de l'organisation psychique préalable. J'ai rencontré une situation similaire avec des sportifs de haut niveau, en fin de carrière. Certains acceptent une fin qui était prévisible. Ils l'avaient préparée et se sont organisés, envisagent de devenir entraîneurs par exemple. D'autres se cramponnent, veulent montrer qu'ils sont toujours là, et ressentent ce qu'ils vivent comme une déchéance ou un rejet.

Certes, la douleur écrase tout. Les quelques envolées psychiques vers un monde hors-douleur sont paradoxalement elles-mêmes douloureuses car elles retombent vite et rabattent le sujet dans son impuissance. Elles ne sont donc que des illusions, et le douloureux chronique n'en tire que de l'amertume. Ce néonarcissisme douloureux a ainsi une tendance à s'auto-entretenir et à s'auto-aggraver, ce qui justifie la position de Freud dans *Au-delà du principe de plaisir*. Quand la douleur devient cette surtension narcissique dont parle J. Cournut, le Moi tout entier devient douloureux et se produit alors ce surinvestissement continu de la douleur qui bien entendu fait intervenir la position masochique du patient. On connaît la proximité qui existe entre masochisme et narcissisme. Dans l'article princeps de 1914 qui introduit le narcissisme, Freud prend comme exemple la douleur, la maladie, l'hypocondrie, le sommeil, la paraphrénie délirante...

Le narcissisme nouveau ainsi installé ne saurait se contenter de savourer silencieusement la souffrance, dans un auto-érotisme uniquement satisfait par le masochisme. L'agressivité, le sadisme, vieux partenaires de masochisme sont là, tout prêts à se manifester. Ce peut être par le biais imparable de la dépression comme l'atteste vigoureusement la famille du patient, ce peut être par l'intermédiaire de réactions de prestance, de protestations énergiques déniaient l'impuissance, ce peut être par la litanie monotone et répétitive de l'expression de la plainte, surtout si cette plainte actuelle retrouve les vieilles blessures de l'histoire du sujet et particulièrement de son enfance. Mais ce peut être également l'expression de la violence d'un narcissisme blessé qui reproche à la mère-médecin de ne pas le soigner, de ne pas le guérir. Il est arrivé, rarement il est vrai, qu'en plein milieu d'un entretien le patient soit saisi d'une fureur alimentée par son vécu d'impuissance et de perte et qu'il agresse, au besoin physiquement, son interlocuteur.

Une autre expression apparemment paradoxale du néonarcissisme douloureux consiste en l'affirmation de la maladie douloureuse et de son incurabilité. Le patient trouve de nouvelles valeurs dans la mise en échec de tous les médecins qu'il a connus. Je rappelle que nous arrivons en fin de course (la dernière chance) après un long parcours médical fait de déceptions :

– « J'ai vu tel et tel médecin, j'ai connu telle ou telle institution, j'ai pris toutes les thérapeutiques possibles : ça ne m'a rien fait ! »

Le patient est narcissisé masochiquement par le fait d'être celui qui souffre le plus au monde, qu'il n'est entendu par personne, qu'il est plus fort que ce que le monde médical lui propose. Et on entend clairement derrière ces affirmations, parfois caractérielles, des phrases non prononcées, pourtant explicites du type : « tu peux faire ce que tu veux, tu ne me guériras jamais ». Il ne faut pas oublier, dans ces moments-là, que le modèle qui doit être inscrit en filigrane ou en arrière-fond dans notre esprit est le modèle maternel. Ces violents rappels à l'ordre que sont ces demandes de réparations de l'impossible mère idéale, doivent être entendus, inscrits dans le psychisme du thérapeute afin de leur conférer un « avis de réception » et pour que la trace qu'ils laissent, produise ultérieurement un retour thérapeutique. Le malade a été reconnu. Peut-être doit-on faire intervenir là une notion développée par D. Rosé (1997) qui est celle de l'endurance primaire, celle, dans ces circonstances, du thérapeute. Elle devrait lui permettre en quelque sorte, d'encaisser une violence qui laissera sa trace potentiellement utilisable, mais ne donnera lieu à aucune rétorsion. On peut penser aussi à la violence primaire de P. Aulagnier et à l'écart qui permet à l'enfant et la mère de s'adapter et qu'elle appelle l'état de rencontre. Il faut étonner le patient, pas seulement par ce genre de réactions à sa violence mais par une position d'ensemble permettant de créer dans son psychisme, une différence.

Mais j'insisterais sur ce que j'appelle la nécessité de plainte, le besoin de la faire entendre. Expression du narcissisme douloureux avec sa forte composante sadique. Comme je l'ai dit à propos des lombalgiques, les patients veulent nous faire vivre ce qu'ils ont connu, revivre ce qu'ils ont subi, et nous demandent d'être une mère idéale, réparatrice, que souvent ils n'ont pas connue. Ils veulent être grands dans la souffrance et l'échec. Comme le disait Freud : le malade « serait pour ainsi dire fixé au traumatisme... à moins d'évoquer les énigmatiques tendances masochiques du moi » (1920). La douleur pousse à la plainte. La nécessité de plainte pousse à la douleur. Cette nécessité de plainte est ce qui différencie les patients algosiques, ces névrosés de la douleur qui viennent nous voir en grand nombre, des autres : les douloureux non plaintifs, souvent porteurs de lésions, et avec lesquels la marge d'amélioration est souvent plus faible, quoique pas toujours.

Il existe, surtout chez les premiers, un clivage entre la partie qui veut guérir et la partie narcissiquement valorisée par la douleur. Le thérapeute doit survivre. Il est important qu'il apprenne à connaître les

assises sur lesquelles reposait le narcissisme ancien, désormais clivé de façon manichéenne, du néonarcissisme douloureux. Les deux sont surinvestis, le premier en nostalgie, le second par le biais du masochisme. Le corps « guéri » de la douleur sera avant tout un corps « rassemblé ».

QUAND LA RÉGRESSION SE SOUVIENT

Le temps de la douleur est aussi celui de la régression. Shilder dans « l'image du corps » avance que cette régression est double, anale et narcissique et qu'elle entraîne un recours, qui est aussi un retour à la pensée magique. « Le monde disait Freud citant V. Bush (1914), se resserre au trou étroit de la molaire ». Il existe une « myopie douloureuse ». Les objets sont proches, le lointain est inaccessible. Cette régression spatiale n'est qu'un aspect d'un mouvement régressif profond, temporel. Parler de régression est facile, la définir en termes métapsychologiques est plus difficile. Je dirai que les douloureux chroniques retrouvent un monde d'affects, de craintes, de limitations autrefois connu ou qui sont analogues à ce qu'ils ont pu connaître. Ils ressentent un fort sentiment de dépendance, d'impuissance, et de désespoir qu'il en soit ainsi. Il s'agit là d'un monde évoquant celui de l'enfance, et c'est bien pourquoi je parle de régression, mais qui, de plus, est imprégné par le vécu de perte, et surtout, travaillé par la douleur.

Or l'enfant ne vit pas dans le passé, il vit dans l'espérance. Sa mégalomanie imagine un destin illusoire et changeant, mais toujours plausible. et il s'émerveille de ses illusions. Le douloureux n'est plus un enfant. Il sait qu'il est adulte et ne se voit pas d'avenir. Le médecin a la maîtrise d'un parent, le patient est passif. Se retrouver dans les mains et l'autorité des « grands » est souvent vécu comme une blessure narcissique paradoxalement aggravée par le fait que les « grands » ont été inefficaces. Tous les malades connaissent une telle régression mais ils l'acceptent volontiers quand l'objectif qu'est la guérison apparaît facile à atteindre ou tout au moins possible. Tel n'est pas le cas avec nos patients. Nous sommes leur dernière chance, or dans la douleur chronique comme le mot le dit, rien n'indique que le temps de la souffrance aura une fin.

Certains patients en effet arrivent à l'investir à minima, leur Moi est peu « appauvri », pour reprendre l'expression de Freud. Leur estime de soi est sauvegardée, ils acceptent leur limitation et sont capables de continuer à investir en dehors de la douleur. Ils sont surtout capables de

faire des deuils. Je me souviens d'une dame qui « profitait » disait-elle de sa douleur et de l'inactivité pour écrire ses mémoires de résistante pour les communiquer à un jeune parent. Avec elle, le travail fut facile.

Mais en général le psychisme régressif du patient n'a pas les moyens de maîtriser par l'activité de pensée cette régression, encore moins de la vivre pour elle-même, afin d'en faire quelque chose, par exemple en la contre-investissant.

La régression se comprend aussi dans le sens où le psychisme, envahi par une pensée quasi obsessionnelle (la douleur ne se fait jamais oublier), contrarie ou même paralyse les possibilités associatives et le travail élaboratif inventif qui permet, grâce aux connexions faciles entre les instances, de faire respirer le système. Le fonctionnement mental n'est plus le même. Les fantasmes ne sont plus que des désirs vains. Bref il s'agit d'un psychisme soumis à un dur combat de résistance qui l'absorbe et l'appauvrit.

La régression est donc l'alliée, et peut-être le moteur du retournement de l'énergie pulsionnelle sur le moi, qui se fait par le moyen de la douleur. Chez nos patients, je ne l'ai longtemps conçue avec les autres modifications de leur moi, que comme une conséquence de l'état douloureux, mais cela me semblait insuffisant pour rendre compte en profondeur, de la clinique. Le concept de régression n'est pas simple. Je ne peux imaginer qu'elle consiste en un trajet de retour menant d'une position psychique à une autre, antérieure, en empruntant le même chemin.

Cliniquement on peut voir les choses ainsi : un mouvement régressif se produit dans un premier temps, par exemple à cause de la douleur. À la faveur de ce mouvement, des points anciens de fixation sont ravivés, ranimés, mais le phénomène important est que la régression y trouve son compte. C'est-à-dire qu'elle se fait vers une position antérieure non aléatoire. Elle n'est pas qu'un repli défensif mais a une *intentionnalité* ambivalente, au service aussi bien des pulsions de vie que de celles de mort.

A. Fine dans son bel article « La régression comme organisateur » soutient une idée proche. Il cite Freud (*Au-delà du principe de plaisir*) :

« La seule nature de l'instinct réside dans la régression et la seule différence entre les instincts par exemple de vie et de mort, dans le terme de la régression. » (Fine, 1992)

Ce serait pour moi, comme le rêve traumatique, le retour à une situation antérieure d'échec ou de non accomplissement, une situation

de refusement, ou d'impuissance, qui aurait donné lieu à un point de fixation, si on peut dire, par défaut. La régression serait l'occasion d'une deuxième chance offerte à un désir non satisfait, désir dont la visée fortement ambivalente mêlerait des valences opposées et liées par le masochisme. Elle confond les satisfactions masochistes et celles donnant ce que l'on nomme habituellement plaisir. Ce serait là, une forme de fixation au traumatisme, un point de jouissance. La douleur prendrait tout naturellement la place de but pour une force désirante aux formes vagues.

A. Fine parle « d'un processus ontogénétique avec accroissement du point de vue économique, qui fait entrevoir la régression comme conséquence et non cause de la désintringation, comme poussée vers Éros et non Thanatos. » (*ibid.*)

Je pencherai donc vers Éros et Thanatos mêlés, ce qui me paraît compatible avec ce qu'on imagine de ce que la douleur peut apporter à un psychisme régressif. La douleur, état limite entre passivité et activité, confond certes la victime et le bourreau, mais elle est garante et témoin de la vie. Solution régressive pour le douloureux psychogénique, elle peut imposer le recours à cette même solution, lorsqu'elle est provoquée par la blessure ou la maladie, surtout si le patient a connu dans son histoire ou sa préhistoire des détresses, des souffrances, des non consolations qui ont fait trace. L'embrassement masochique inhérent à la réalité historique, accompli à partir d'une incitation douloureuse de départ, soit épine irritative, soit complaisance somatique, soit processus douloureux organique, amènerait le psychisme à faire feu de tout bois pour réaliser un désir ancien. La douleur physique peut être un rappel de l'événement préhistorique ou historique, une tentative d'appel à l'aide de plus, anachronique. C'est là la cause de l'hyperinvestissement algique. La régression serait donc un retour à l'objet. Il y aurait une attirance pulsionnelle vers une position traumatique oubliée, mais qui d'une certaine manière représente cet objet. Si la régression a un but, si elle est un processus éventuellement créateur et énergétique, elle ouvre des possibilités de travail psychique pour le patient. Elle est à la fois une remémoration et une répétition, seuls points de départ possibles pour inverser la force d'aimantations centripète de la douleur et offrir des sources à un détournement, ou une diversion, uniques moyens pour Freud de sortir du processus douloureux.

RÉPÉTITIONS

Il y a bien des manières de répéter. La douleur elle-même, dans son mouvement inlassable où elle est à la fois excitation et décharge de l'excitation, est une répétition lente qui a fui hors du temps. Le traumatisme induit la répétition. Certains sujets « traumatophiles » semblent poursuivis par le destin de manière « démoniaque » et répètent ou voient se répéter des circonstances, des événements, ou des accidents. Tel était le cas de mon patient Victor qui répétait des accidents ou des scènes marquées par le même scénario obstiné, puis, la douleur une fois bien installée et après avoir perdu maîtrise et activité, le récit des scènes de ses accidents.

Monsieur T. Un destin obstiné

Monsieur T., lui, avait déjà eu six accidents de voiture avec trauma crânien, pertes de connaissances ou comas plus ou moins prolongés, lorsque je l'ai vu pour la première fois. Les pertes de connaissances étaient plus ou moins longues, mais parfois il s'agissait de comas dont le plus long avait duré trois semaines. Je l'ai donc vu pour son septième accident à la sortie de son coma de trois jours. Ce n'était pas son dernier, je lui en ai connu onze en tout, toujours avec la voiture du patron, jamais avec la sienne. Une sorte de protocole s'était installée. À chaque accident, le service d'urgence avait pris l'habitude de le transférer à l'hôpital neurologique dès que c'était possible et me prévenait d'un coup de fil : « Monsieur T. est revenu, vous pouvez aller le voir ». Son dernier accident, le onzième fut particulier, il ne s'agissait pas d'un accident du travail. Le patron avait prêté au patient une de ses voitures, vieille voiture américaine, car la sienne était en panne, afin qu'il puisse se rendre en Italie pour ses vacances. Et à 100 km de Lyon, boum ! : accident, trauma crânien et coma...

Je l'ai donc suivi lors de cinq de ses onze accidents, le processus était toujours le même. Il racontait la scène de son accident mais sans trop de détails et sans trop la répéter. Il le faisait de façon légère, parfois avec humour. Le plus dur disait-il c'était les cauchemars ou les pensées et visions diurnes où il revoyait son accident. Il s'étendait beaucoup plus sur les céphalées et vertiges mais qui ne duraient jamais longtemps. Il relatait des détails de sa vie quotidienne, donnait quelques informations sur sa vie d'autrefois quand il était enfant, en Italie. Il me présentait alors un père terrible, redouté par les nombreux enfants de la famille et racontait aussi la vie triste d'une famille très pauvre. « Padre padrone », me disais-je.

Il me trouvait gentil, comme l'était son patron : la preuve ! Ce dernier lui avait prêté sa vieille voiture américaine, désormais détruite, une voiture qui aurait pu être de collection, ajoutait-il sans aucune culpabilité apparente. Son récit coulait facilement. Il était content de venir me voir, ça lui faisait du bien.

Puis, guéri il repartait au travail pour fracasser quelques mois plus tard une nouvelle voiture ou camionnette du patron bien aimé.

Rien dans nos entretiens n'a jamais réussi à ébranler son psychisme limpide : il avait eu un accident. Il souffrait. Il allait déjà mieux. Il allait reprendre un travail qu'il adorait (livreur). Il ne ressentait aucune agressivité, n'était ni coupable ni responsable. « C'est le destin » souriait-il. Monsieur T. n'entendait rien et surtout pas que le dernier accident avait évité une rencontre avec son père. Padre padrone n'existait que pour moi.

J'ai eu souvent l'occasion de citer ce cas. Il provoque toujours un certain comique de répétition. Mais il me pose des questions : Tous les accidents étaient graves (perte de connaissances et comas répétés). Aucun n'a mis la vie, ou la santé du patient en danger. Le « destin » implacable dans sa répétition, était donc précautionneux. Je me demande comment le patient embarqué dans une névrose de pur comportement arrivait chaque fois à sauver sa vie, comment il pouvait accéder, si souvent, à ce point extrême où la force démoniaque de la répétition se liait à la pulsion d'autoconservation dans ses étranges matchs nuls, sans séquelles, sans douleur résiduelle, sans leçon de l'expérience. Le onzième accident fut le dernier sans que je sache quelle avait été l'influence de notre travail commun sur la disparition de la nécessité traumatique. En tout cas c'est le cas le plus pur de compulsion de répétition que j'ai vu.

Les souvenirs traumatiques qui reviennent de façon soudaine et violente ravivent l'investissement psychique de la sensation douloureuse, de même que celle-ci facilite la survenue des souvenirs et images douloureuses. Plus violents encore les cauchemars et les apparitions quasi visuelles de la scène traumatiques ou d'une partie de cette scène « excessivement nette » (*Überdeutlich*) sont une autre manière de répéter. Ces phénomènes peuvent se produire conjointement avec une autre forme de mémoire, le souvenir banal.

Ainsi j'ai vu une dame dont le mari était mort, dans un état de grande cachexie, après une maladie longue et douloureuse. Elle le « revoyait » parfois dans une séquence, toujours la même, qui surgissait « sans prévenir » dans lesquelles il titubait en essayant de marcher, geignant à cause de la douleur. La violence des visions si nettes de cet homme moribond qui essayait encore de vivre, la mettait dans un état de grande angoisse teintée de forte culpabilité. Ça lui tordait le ventre. Elle se reprochait de ne pas avoir l'assez aidé, d'autant plus que, prévenue tardivement de la gravité de la maladie, elle lui avait caché la vérité.

Mais il lui arrivait aussi de laisser aller sa pensée au souvenir de sa vie avec son mari, avec tendresse. Elle pouvait alors se remémorer les mêmes

scènes traumatiques sans en éprouver les affects d'angoisse insupportable. L'élaboration psychique fait disparaître la violence traumatique. Le traumatisme empêche l'élaboration c'est là d'ailleurs une de ces définitions. Il n'est pas si rare de voir ces deux mondes contradictoires coexister. Notons tout de suite que dans l'un des cas, on est actif, on pense, et dans l'autre, passif, on subit, l'esprit est sidéré. C'est la différence qui existe entre souvenir traumatique et souvenir écran.

Le fonctionnement psychique n'est pas le même selon qu'il accueille un souvenir écran ou qu'il subit une remémoration traumatique, quelle que soit sa forme. La dame dont je viens de parler vivait une névrose traumatique authentique qui venait la hanter le jour par des perceptions quasi hallucinatoires pénibles ; la nuit par des cauchemars. Aucune élaboration n'était possible. Alors que le flot du courant de sa pensée pouvait retrouver des images plus douces, et qu'elle évoquait volontiers malgré son chagrin. Elle lui permettait de retrouver le monde affectif qu'elle avait perdu grâce à des associations qui diluaient sa peine. Elle faisait son deuil.

Il y a là une contradiction qui n'est pas absolue puisqu'on vient de voir ces deux mondes antinomiques, coexister. Les patients douloureux sont des traumatisés, par la douleur elle-même, liée à une circonstance ou un événement également traumatique. Le flot de leur courant de pensée est pris dans la régression répétitive traumatique peu propice à l'élaboration. Cet état qu'on peut appeler traumatique se caractérise aussi soit par la pauvreté des souvenirs en particulier des souvenirs écrans, soit par le fait qu'ils sont peu ou pas opérants.

SOUVENIRS, SOUVENIRS ÉCRAN, SOUVENIRS TRAUMATIQUES

« Derrière le premier souvenir relatif à l'apparition du fétiche se trouve une phase engloutie et oubliée du développement sexuel, qui est représentée (*vertreten*) par le fétiche comme par un "souvenir écran", et dont le reste et le précipité constituent, par conséquent, "le fétiche". » (Freud, 1905).

Ce sont bien de petits traumatismes accumulés qui permettent au psychisme humain de se constituer. Que deviendrions-nous si la pulsion trouvait son objet ? Que serions-nous sans la frustration, la *Versagung*, le « refusement » de J. Laplanche ? Nous ne confondons pas tous ces petits traumatismes psychiques qui ont formé notre compliance à la vie avec ce qui a pu être véritablement traumatique pour nous ? Il ne faut pas oublier que c'est à propos de la névrose traumatique que Freud oppose

au début de son article à l'hystérie et donc à la névrose tout court, que Freud a modifié sa théorie jusqu'à la bouleverser en introduisant la répétition et la pulsion de mort. Et je répète ici que ce ne peut être un hasard s'il prend comme exemple de traumatisme, la douleur physique.

Le souvenir écran qui revient à l'esprit et la scène traumatique qui l'effracte en s'imposant ont des points communs. Ils sont tous deux les précipités d'une histoire et tous deux marqués par le caractère excessivement net de leur représentation. Mais l'important, et ce qui les qualifie, ce sont leurs différences.

L'aspect souvent anodin du souvenir écran contraste avec l'insistance qu'il a à revenir dans le psychisme, curieuse exception à l'amnésie infantile. Il a une grande aptitude à être remémoré et un contenu totalement indifférent. Nous savons qu'il est une formation de compromis, comme le symptôme, qu'il est extrêmement condensé tout en étant le résultat de déplacements. Comme tel il s'offre au travail psychanalytique et est, dans le transfert, générateur de sens. « Chaque fois que dans un souvenir la personne propre du *rêveur* entre en scène » nous dit Freud, en faisant un lapsus avec le mot *rêveur* alors qu'il parle d'un souvenir, mais il poursuit : « on peut revendiquer cette opposition du moi agissant et du moi se souvenant comme si une trace mnésique de l'enfance avait été retraduite à une époque ultérieure. » (Freud, 1896)

Dans le même texte il insiste sur deux points fondamentaux :

« Dans un souvenir écran on se voit soi-même... comme si on était un observateur en dehors de la scène. On se trouvait bien au centre de la situation et on ne faisait pas attention à soi mais au monde extérieur. » (*ibid.* p. 113)

Et d'autre part il exprime l'idée « que nous établissons facilement des ponts qui relient toutes les directions ». Bref fruit du psychisme le souvenir écran se propose à un travail du psychisme.

Le fait de se voir dans la scène, ce qui implique une dualité chez le sujet, une sorte de *clivage* (j'emploie volontairement ce mot) entre une partie observante et une partie observée, représente une des fonctions du moi : l'auto-observation. Freud y insiste déjà dans « Esquisse d'une psychologie scientifique » en notant que le moi se « voit » au travail. Mais dans le souvenir écran on se voit autrefois avec l'œil de maintenant, ce qui introduit une temporalité et une historicité, et implique une sorte de mise en scène, un travail de la pensée.

Le traumatisme en sidérant le moi non préparé, effrayé, réalise un tout autre clivage. On a vu dans le chapitre sur l'hypocondrie les deux

optiques freudiennes et ferenczienne à propos du traumatisme. L'événement, la réalité, l'extérieur, ont plusieurs manières d'être traumatiques. Freud qui était parti du trauma sexuel des hystériques, est passé par les névroses de guerre, pour arriver aux « blessures précoces faites au moi » de Moïse en 1938. Pour ce qui concerne la douleur, qui peut provenir d'un traumatisme et qui est elle-même un traumatisme, nous pouvons observer l'aspect de sidération du moi qu'elle provoque. Le moi devient répétitif. le souvenir du traumatisme n'a pas les aspects du souvenir écran. On a vu par exemple chez les lombalgiques, ce que leur accident causal amène de répétitions à l'identique du récit de la scène dans laquelle il s'est produit. De plus le patient ne se voit pas dans le récit qu'il fait. Il y est. Il ne peut occuper de position tierce. C'est nous qui jouons ce rôle. Nous verrons plus bas comment l'expérience du travail psychothérapique peut les amener à une auto-observation jusque-là impossible.

Les lombalgiques sont prototypiques parce que leur misère est, ou devient, un après-coup de la détresse originnaire qu'ils racontent si facilement. Le traumatisme léger causal de la douleur est gros du traumatisme de cette détresse, comme le souvenir écran est empli des refoulements antérieurs de l'enfance. Mais là s'arrête la ressemblance. Les vécus catastrophiques des origines, et de l'enfance qui a suivi ont formé un moi meurtri et non, ou mal advenu.

C'est dans le numéro de la *Nouvelle Revue de psychanalyse* (1974, n° 11) intitulé « Figures du vide » qu'a été publié l'article posthume de Winnicott « La Peur de l'effondrement ». Winnicott y parle des agonies primitives car angoisse ne serait pas un mot assez fort pour les décrire. Il en cite quelques-unes :

- retour à un état non intégré,
- ne pas cesser de tomber,
- perte de la collusion psychosomatique,
- perte du sens du réel, et de la capacité d'établir une relation aux objets.

Et ainsi de suite ajoute-t-il. Ce serait là une manière de répéter de ces agonies primitives. Les patients de Winnicott étaient plus sur le versant psychotique que les miens, les lombalgiques en particulier. Mais j'ai quand même utilisé à leur propos l'expression « mélancolie du corps », ce qui doit bien connoter un vide. Un vide qui se répète. Et Winnicott y insiste :

« Je soutiens que la crainte clinique de l'effondrement est *la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé*¹. La crainte de l'agonie originelle. » (*ibid.*)

« Pour un patient, il est plus facile de se rappeler un trauma que de se souvenir que rien ne s'est passé quand cela aurait pu se passer » écrit Winnicott. Cette phrase connote le manque. Elle crée l'idée de traumatismes par défaut et représente une avancée décisive. Maladie du vide donc mais aussi de l'excès de violences internes qui n'ont pas pu s'exprimer. Elle n'exprime pas l'aspect dévastateur par l'excès, que le manque peut produire au travers des bouleversements violents, des rages et des douleurs tant physiques que psychiques (mais elles sont confondues chez le jeune enfant) qui sont restés sans échos.

Winnicott pensait qu'il fallait dire aux patients que la crainte qu'ils éprouvaient avait déjà eu lieu, que c'était « un fait caché dans l'inconscient, non l'inconscient refoulé mais une partie de la psyché proche du fonctionnement neurophysiologique ». Pour ce qui concerne mes patients, ceux qui ont connu de telles agonies au long cours mais qui n'ont pas en quelque sorte « mentalisé » leur problématique et qui ont « choisi » le corps, je ne pense pas qu'il faille le leur dire. Mais seulement les laisser parler, et répéter, répéter jusqu'à ce qu'ils puissent ouvrir une voie pour la diversion. L'après-coup de choix, si l'on peut dire, des traumas de l'enfance précoce, quand la mentalisation a été incertaine ou réduite, c'est le corps, via les accidents, et surtout la douleur investie comme un maternage paradoxal, protecteur et meurtrier, mais enfin sûr.

Le récit répété de l'accident, lui même après-coup de traumas antérieurs, représente un essai de maîtrise de son vécu. Mais la clinique m'a appris que c'était aussi une tentative de mise en scène d'une scène primitive violente qui avait failli à son rôle organisateur. Alors que le souvenir écran lui, est le résultat d'un travail de condensation, déplacement, qui masque la violence des fantasmes originaires, les rend ainsi aménageables et opérants et permet une vie fantasmatique riche.

Que produisent ces états de manques et d'excès par défaut de ce qui n'a pas eu lieu. Quel est le devenir des traces traumatiques qui se créent dans de telles détresses aiguës ? En 1974 donc à peu près au même moment que Winnicott – mais je ne saurais me comparer à lui –, j'ai fait deux conférences dans lesquelles je parlais de la trace amnésique. Je la qualifiais à l'époque d'inscription en blanc, inscription non figurative,

1. C'est moi qui souligne.

(trop d'affects primaires, pas assez de représentations) mais qui laisse une empreinte et est capable d'effets d'après-coup. Si la répétition traumatique est la conséquence d'une mémoire, je me demandais ce que pouvait répéter une trace qui n'en a pas. Plus exactement je disais que la mémoire blanche, faite d'un trop d'excitations non représentables, veut à toute force répéter sans trop savoir quoi répéter. Je pensais les sujets en question traumatophiles, en faisant appel à la vieille notion de traumatophilie c'est-à-dire de prédisposition ou d'aptitude au traumatisme. Les enfants qui ont trop connu la détresse, qui n'ont pu trouver ni représentations, ni le sens, ni les mots pour cette détresse, peuvent, encore une fois, répéter leur état traumatique sans le savoir, plus tard dans la douleur. Et ils n'ont pas besoin de lésion pour cela.

TEMPORALITÉ, AVANT ET APRÈS-COUP

L'intuition des écrivains a su capter l'idée d'une temporalité marquée par la nécessité de la répétition, autant celle de l'après-coup recherché par le psychisme pour trouver un sens et créer une causalité psychique, que celle d'un traumatisme semblant surgir d'une fatalité.

Ainsi le héros de Henry James, Marcher, pense qu'il est promis à quelque chose de très grand, et qu'il ignore. Il en parle fréquemment à une jeune femme qui l'accompagne dans son attente et sa quête de l'« Événement » attendu. Puis la jeune femme, atteinte d'une maladie évolutive, finit par mourir. Et là, devant sa tombe il comprend soudain que l'événement a déjà eu lieu : c'est sa relation et son amour, dont il n'a pas eu conscience, pour cette femme, et son amour, à elle pour lui. « L'aimer, voilà quelle eût été l'issue... » Il reconnut alors la jungle de sa vie. Il reconnut la bête aux aguets. Il la vit se dresser, énorme et hideuse pour le saut qui allait l'achever. Il se jeta, tête baissée, sur la tombe.

Dans une nouvelle intitulée en français *Souvenir écran* (*Recalled mechanism*) écrite par Ph. K. Dick, auteur de science fiction imprégné de psychanalyse, un grand vertigineux phobique recherche désespérément dans l'histoire de sa vie et auprès des analystes (qu'il choisit habitant au rez-de-chaussée !) une cause à sa terreur du vide et à sa peur de tomber. La véritable prospection à laquelle se livre l'analyste ne lui sert à rien car son souvenir écran se situe dans l'avenir. Il souffre d'un trauma qui n'a pas encore eu lieu, et qui se produira à la fin de la nouvelle : il tombe d'un avion. Il était devenu *precog*, c'est-à-dire « connaisseur » du futur, après une grande catastrophe nucléaire, qui est

peut-être bien l'avant-coup qu'il recherchait. Il connaissait son futur et c'était la cause de sa phobie du vide.

La trace traumatique manque à fabriquer un souvenir écran. Celui-ci est projeté dans l'avenir, plus tard. Mais ce qui advient est une répétition du traumatisme sous une forme ou une autre : scène revécue dans sa dimension hallucinatoire ou dans la réalité comme Victor, ou qui se fige dans la douleur, voire l'échec renouvelé. La force aveugle de la répétition écarte le psychisme. La douleur peut cacher cet aspect de retour du même, car le masque de continuité, répétition immobile, qu'elle affiche éloigne de l'idée d'attaques répétitives et désarme à la fois le patient et le thérapeute. Il faut mettre le traumatisme actif, qui ne vise que la répétition, dans la chaîne des traumatismes oubliés, et mieux encore, aider le patient à en faire un après-coup, chargé de sens, en faire un souvenir tout court, désaffectivé.

ÜBERDEUTLICH ET INVESTISSEMENT LATÉRAL

Il est fort utile de fournir un paratonnerre à ses propres émotions en reportant son attention vers un but secondaire. Aussi Freud disait-il qu'il allait partir aux États-Unis pour rencontrer un porc-épic sauvage... et faire quelques conférences. Il appréhendait beaucoup son voyage et aussi d'avoir à convaincre son auditoire américain. L'extraordinaire est qu'il eut l'occasion de voir réellement un porc-épic dans les Adirondacks ! Il y fit aussi ses conférences.

L'idée que l'on puisse se défendre d'une représentation, d'un souvenir ou d'une formation psychique quelconque par un investissement latéral, c'est-à-dire voisine non par le sens, mais par la proximité spatiale, court du début à la fin de l'œuvre de Freud. Par exemple dans le manuscrit K sur l'hystérie, l'article sur les souvenirs écrans (*Névrose, psychose et perversion*), celui sur le clivage du moi (« le fétiche ») ou « Constructions dans l'analyse ». On peut repérer le même mécanisme défensif devant un message désagréable de l'inconscient refoulé, ou une perception traumatique externe. L'excitation se déplace sur une formation de substitution, indifférente, évitant ainsi celle qui serait pénible. Toutefois la formation indifférente traduit l'aspect intense, traumatique de ce qui est chassé du psychisme (refoulé ou dénié) en devenant *überdeutlich*, excessivement nette, éclatante, comme on le traduit maintenant. C'est le cas de la couleur jaune des pissenlits de Freiberg ou du pain bis dans le souvenir écran de Freud, de la face déformée de l'oncle de Katarina, de l'odeur trop forte d'entremet brûlé de Lucy

(dans *Études sur l'hystérie*). Dans le cas d'un oubli de mémoire qui met dans un l'ombre la chose désagréable, c'est un mot substitutif qui devient éclatant. Par exemple le mot *exoriare*, venant dans le vers latin mal cité par l'interlocuteur de Freud, juste avant *aliquis*, le mot oublié. P. Wilson cité par Freud (1901) fit remarquer à Freud l'importance du renforcement du mot *exoriare* qui de ce fait, devenait *The imperceptible obvious*. L'évidence imperceptible, dont on ne peut saisir qu'elle cache l'important, voire comme dit Freud dans constructions, « un morceau de vérité historique », ni savoir qu'elle est sinon le symbole du moins la marque de l'important.

Le discours des patients douloureux, monotone dans les débuts, devient parfois brusquement vif et presque joyeux, ou même passionné. Tâches colorées dans un tissu gris. Quand elles apparaissent, un bref instant, le patient ne souffre plus. Comme si quelque chose échappait à la pression douloureuse. J'y ai vu une similitude avec le phénomène de l'éclatant. Par exemple un homme qui ne se déplaçait qu'avec des béquilles et qui clamait sa douleur à longueur de séance, douleur tout à fait vraisemblable au vu des lésions importantes qu'il présentait, s'arrêtait net pour nous parler de philatélie et de sa collection de timbres. Un autre patient, atteint d'une affection hyperalgique, interrompait sa plainte pour nous faire vivre sa passion pour les pièces de monnaie anciennes en or. Il nous en faisait parfois admirer quelques-unes. Un troisième parlait de « vénerie sous terre » et de chasse au blaireau. Je me demandais quand et pourquoi leurs discours s'enflammaient. C'était toujours à un moment difficile que se produisait un détournement vers une petite enclave narcissique, point de haute satisfaction, havre dans la tempête. Marottes sans doute mais ponts d'ancrages choisis pour se détourner de la douleur.

On ne peut les qualifier vraiment « d'excessivement nets ». Ils sont intenses par leur survenue fréquente, bouées de secours dans l'urgence, donc plus insistants qu'éclatants. Mais ils participent du même mécanisme, refus énergique du déplaisant et adhésion profonde à un investissement ancien, remis en lumière.

Laisser vivre et s'épanouir ces soubresauts de vie dans l'engouement de la douleur a souvent conduit à des associations décisives. Toujours, quand des associations ont été possibles, elles ont conduit à des souvenirs d'enfance, souvenirs écrans à partir desquels s'est architecturé le travail psychique. Là réside le secret du détournement, de la diversion. Par exemple les monnaies d'or, orgueil narcissique, avaient une raison d'être qui venait d'une enfance désolée. Une première petite pièce, pas en or, reçue pour des services rendus, avait été soigneusement

conservée, comme un fétiche et, disait le patient, point de départ de ce qui avait transformé sa vie.

Ces exemples ainsi que ceux qui suivent, montrent les points d'arrimage, sorte de refuges, qui autorisent les patients à oublier un instant leur douleur. Ils sont éphémères et l'exigence de la douleur ne leur laisse guère la possibilité de se développer. Les deux exemples suivants, sont différents. Je les cite pour montrer l'étrangeté de la clinique de la douleur.

Histoire de Monsieur P.

Un monsieur assez âgé souffrait de douleurs hémithoraciques post-zostériennes intenses, quoique pourtant correctement traitées. Il se disait à bout de forces et incapable de résister plus longtemps aux sensations de brûlures et aux secousses électriques qui le torturaient jour et nuit. Je l'ai vu régulièrement pendant quelques semaines. La situation empirait. Les aménagements thérapeutiques opérés à ma demande par un confrère neurologue très compétent, n'avaient rien changé. La douleur envahissait son esprit, son corps et notre relation. Les investissements forts qui avaient rempli sa vie, s'éloignaient à la fois de sa réalité psychique et de ses possibilités physiques de réalisation. Une pourtant avait retenu mon attention : sa passion de recueillir les derniers vestiges de patois existant dans une certaine partie de l'Ardèche. Mais, depuis quelque temps, il n'en parlait plus. Un jour il me dit qu'il ne reviendrait pas et qu'il avait pris la décision de se suicider, malgré ses fortes convictions religieuses. La séance se passa dans un climat d'extrême tension et en ce qui me concerne, de très grande angoisse. À la fin de la séance, je lui serrai la main et au lieu d'un au revoir que je sentais être une incitation trop directe à revenir, je ne trouvai qu'une seule chose à lui dire : L'Ardèche... en laissant traîner une sorte d'interrogation. Puis je le suivis dans le couloir qui menait soit vers la sortie, soit vers le secrétariat. Au dernier moment il décida de reprendre un rendez-vous. Lors des séances qui suivirent, c'est avec un esprit différent, une vitalité un peu retrouvée, qu'il se mit à me parler de nouveau des chansons chantées encore par les vieilles dames de l'Ardèche, et de sa passion pour les langues d'Oc, malgré la douleur toujours présente. Mon intervention lui avait-elle permis, en évoquant un investissement si profond chez lui de changer d'avis ? Je ne saurais le dire, mais un cap avait été franchi.

Histoire de Monsieur F.

Monsieur F. vient nous voir pour des douleurs complexes d'origine vertébrales. Il est assez confus et entrecoupe son récit de grands éclats de rire très communicatifs. Pourtant les douleurs qu'il décrit sont intenses, certaines sont d'origine neuropathiques et proviennent de lésions de la

moelle épinière. Elles nécessitent un traitement ad hoc qui pourtant ne lui a pas été donné auparavant, et que nous faisons prescrire, ce qui nous vaudra sa reconnaissance. Quant aux autres douleurs (nociceptives) elles relèvent d'un traitement antalgique ordinaire. Nous avons eu de la difficulté à lui faire préciser ce tableau clinique car il est très confus, et aussi à cause de l'atmosphère étrange créée par ce rire qui fuse sans raison apparente. Nous ne pouvons nous empêcher de rire avec lui alors que le récit des douleurs violentes qu'il éprouve incline à une empathie beaucoup plus conforme à leur incontestable réalité.

Nous apprenons qu'il n'a pas eu un mais deux accidents, tous deux dramatiques. Le premier est antérieur au second de quelques années : Monsieur F. avait dû s'arrêter sur une autoroute à cause d'un bouchon, une voiture lancée à toute vitesse l'avait percuté à l'arrière très violemment et l'avait projeté sur un obstacle. Sa voiture fut détruite et Monsieur F., gravement blessé à la colonne avait d'autre part de multiples fractures. Le deuxième accident, quelques années après, eu lieu alors que Monsieur F. n'était pas remis du premier : il était parti faire des courses dans une cité voisine de sa campagne. C'était l'hiver, il dérapa sur le sol verglacé et tomba en contrebas de la route. Il eut d'autres dégâts vertébraux sans compter diverses autres blessures.

Nous avons suivi Monsieur F. régulièrement pendant des années. C'est un des rares cas où mon cothérapeute et moi éprouvions le besoin de nous entretenir régulièrement de notre patient, très étonnés par ses gigantesques éclats de rire qui ponctuaient un récit d'autant plus dramatique que Monsieur F. était franchement dépressif et que ses douleurs ne s'amélioreraient pas. Occupés à essayer de ne pas nous esclaffer et en réprimant difficilement les fous rires que Monsieur F. provoquait chez nous, nous étions habités par des sentiments vraiment très bizarres. Malgré notre accompagnement compréhensif, nous nous sentions coupables et nous vivions des instants de déréalisation voire de dépersonnalisation : comment être ému par la douleur de l'autre et rire aux éclats ? Et que dire de l'épisode dépressif si fréquent chez les douloureux, qui suivit.

Un beau jour et alors que Monsieur F. allait nettement mieux (après quelques années d'une prise en charge devenue de plus en plus espacée au cours du temps), il me livra sinon son secret du moins la raison de ses rires fous. Lors de son deuxième accident, coincé dans sa voiture, tombée deux mètres à peu près en contrebas de la route il assista au spectacle suivant : une deuxième voiture dérapa à son tour et vint s'écrouler à côté de la sienne, quelques temps après une troisième voiture dérapa à son tour et vint les rejoindre. Dans l'ambulance qui emmena notre patient à l'hôpital, il vit brusquement de façon insistante ou plutôt eu une vision dont il ne pouvait se détacher : celle des trois voitures immobilisées sur le côté, cabossées, qui gisaient les unes à côté des autres. Une vision excessivement nette, comme aurait dit Freud. Et une phrase répétitive : « et une et deux et trois ! ». Monsieur F. fut pris d'un fou rire qui continua à l'hôpital au grand dam des médecins.

Le jour où il me raconta ça, il ne riait plus. Il n'a plus jamais ri depuis. Monsieur F. avait amnésié la scène excessivement nette de son accident, mais avait conservé l'affect où la réaction motrice du fou rire dans l'ambulance, puis l'hôpital, ce qui avait étonné les médecins qui répétaient : « Taisez-vous, il n'y a pas de quoi rire ». De cela, non plus il ne se rappelait pas.

Le gênant dans ces histoires est l'aspect « Bon dieu mais c'est bien sûr ! » qui donne l'impression d'une clef à découvrir, d'un trésor archéologique à exhumer. Le patient que je viens d'évoquer a été suivi pendant des années, à intervalles de plus en plus espacés. Il s'était amélioré nettement au fil du temps et sa vie était devenue à peu près normale. Sa récente levée d'amnésie de la raison du fou rire, n'a rien apporté de nouveau, sauf la disparition définitive de l'incompréhensible hilarité. Ma question au sujet de ce cas exemplaire, mais je pourrais en citer beaucoup, est la suivante : Quelle était la fonction du rire, partie non amnésiée d'un souvenir traumatique dont l'essentiel était oublié, ou non fonctionnel ? Quelle est la nature du lien que cette partie établissait avec nous ? Il était important pour cet homme de nous apporter son rire et nous dire sa douleur.

DE LA PLAINTÉ À L'AUTO-OBSERVATION : RÔLE DU DOUBLE

Pour J. Lacan, c'est par l'autre que le sujet a accès à une image de lui-même, cette reconnaissance se faisant dans le champ du langage, tiers médiateur.

Edgar Allan Poe, dans une nouvelle intitulée *Descente dans le Maelstrom*, raconte l'aventure de deux frères entraînés avec leur bateau dans l'entonnoir marin qui les engloutissait. L'un d'entre eux observa que les objets les plus légers et cylindriques descendaient plus lentement dans le gouffre. Il se cramponna à une barrique et remonta lentement les parois du tourbillon alors que son frère fut emporté avec le bateau.

C'est ainsi que je me suis figuré la diversion qui selon Freud permettrait de se dégager de l'empreinte douloureuse. Qui a entendu l'interminable et triste mélodie qu'émettent au début les patients douloureux, s'accroche aussi comme à une barrique aux petites particularités du discours qui s'en dégagent. Ce sont des points que la régression, d'une certaine manière, a mis en valeur, points de fixation sur lesquels le patient a beaucoup à dire. Seul le langage peut leur donner vie et il est au début souvent impuissant à le faire. C'est à partir d'eux que le travail psychothérapeutique s'amorce et se développe. Le patient se reconnaît autrement que dans la douleur, se détourne d'elle et associe plus librement. Je vais essayer de montrer quelle est la part de l'analyste dans ce travail difficile.

J'ai parlé de la disposition psychique des patients douloureux, à la fois remplis d'un énorme espoir, désespérés et profondément régressifs. La prise en charge du début, monotone est comme nous l'avons vu sous le signe de la répétition inlassable de la souffrance actuelle et du paradis perdu. Mais plus ou moins rapidement, se met généralement en place un travail en double avec le patient. La spécificité de notre consultation fait que ce travail en double est lui-même double, car il se fait, et de manière nécessairement différente, avec chacun des deux psychanalystes (dans notre équipe P. Forestier et moi-même).

Ce travail en double se distingue de ce que les Botella ont décrit par exemple dans la *Revue française de psychanalyse* (2001, n° 4) et qui fait allusion à des moments très particuliers de la cure analytique et qui supposent ce qu'ils appellent « la régrédiende » grâce à laquelle le patient et l'analyste peuvent approcher des phénomènes de transmission de pensée.

Nous ne connaissons jamais la douleur de l'autre, nous ne connaissons que les mots de la douleur. Ces mots changent au cours de la cure et sont de bons témoins de l'évolution du patient. Bien plus que ça, ils en sont la substance vive. La situation de face à face, utilisée avec nos patients dans la mesure où elle ressemble à une conversation, limite ce genre d'échange, mais en favorise d'autres d'un type particulier. Il s'agit de transformer le récit de la plainte en récit tout court, afin d'accéder à ce que j'appelle la narrativité. Au début, le patient régressif s'adresse à un parent tout-puissant et à qui il demande beaucoup. La non-réponse du thérapeute pourrait s'accompagner d'une déception (le refus de Laplanche) qui aggraverait la situation. Il faut que le patient passe de l'autodescription répétitive habituelle à un minimum d'auto-observation.

L'image qui m'est souvent revenue en tête lors de cette évolution est celle du camarade imaginaire qui a été utilisée par Rosolato (1978). Il s'agit de ce camarade qu'inventent souvent les enfants de l'âge de 4-5 ans et avec lequel ils engagent une relation en double. Ce double, issu d'une projection narcissique valorisante joue un rôle important car il s'oppose dans cette création imaginaire, à la perte de l'objet, donc aux angoisses de séparations aussi bien qu'à celles de castration. Rosolato parle à ce propos du thème de l'enfant mort, du fantasme « on tue un enfant » auquel S. Leclair a consacré un livre (1975), thème et fantasme si fréquents chez les patients douloureux, mais qui reste au bord de la conscience, et que le double peut conjurer.

Mais les modalités d'un tel double sont nombreuses. Elles vont du jumeau imaginaire dont la « présence troublante » peut être persécutrice

(Bion cité par Ferro, 2000, p. 153) à des formes offrant la possibilité d'une autre représentation de soi-même, et partant, un jeu imaginaire identificatoire plus riche, un surcroît de psychisme. Mais le patient peut passer très vite de l'une à l'autre.

La position du psy doit être souple et mobile, comme dans l'analyse mais en moins neutre. L'empathie dont il doit témoigner vis-à-vis des patients comporte nécessairement des élans identificatoires. Les différences entre sympathie et empathie sont des points virtuels et théoriques. Devant des patients qui souffrent, qui vivent des moments dramatiques, je ne vois pas comment il est possible d'échapper à un perpétuel mouvement qui va de l'une à l'autre. L'empathie n'existe que par l'authenticité d'émotions fortes ou violentes, partagées et dont il faut se défaire, il est vrai, constamment. Il ne s'agit bien sûr pas de pleurer avec le patient. Il faut souffrir avec, d'abord, et comprendre, ensuite, la souffrance de l'autre. Maintenir une distance variable, suffisamment proche pour sentir, suffisamment éloignée pour continuer à penser. Trop de sympathie aggrave la douleur, pas assez d'empathie éloigne la possibilité d'agir sur elle. Il est parfois nécessaire de réagir contre ces deux sentiments, de ne pas se laisser envahir.

Du côté du patient, par contre on peut repérer que le début d'un dégagement face à la douleur survient lors d'un moment d'identification avec le thérapeute, dans un moment d'élévation que l'on peut rapprocher de l'assomption jubilatoire décrite par Lacan lors du stade du miroir. Ces moments d'exultation, pour brefs qu'ils soient, sont importants par le fait même qu'ils existent, ils sont gage d'espérance.

Ce travail en double avec le patient, si précieux pour l'avenir du travail thérapeutique engagé peut surgir de façon inattendue. Je donne un exemple :

Il s'agissait d'un homme vraiment désespéré, vraiment monotone et vraiment difficile à supporter. Je l'écoutais de façon distraite quand je l'entendis parler de la coupe du monde de football qui avait eu lieu l'année précédente en 1998. Ma pensée s'envola vers des souvenirs de cette période qui avait excité la France tout entière. Ma parole précéda ma sortie de torpeur et je m'entendis dire : « Oui, et si Thuram n'avait pas marqué deux buts contre la Croatie, un du droit du gauche, lui qui n'avait jamais rien marqué de sa vie, la France aurait belle et bien été battue ! » J'étais effondré et surpris par mon intervention me demandant ce que j'étais en train de faire. Mon patient très étonné me dit : « Ah ça alors ! vous êtes médecin et vous vous intéressez au foot... j'étais justement en train de penser à Thuram ! » Nous

étions devenus des frères et ce travail en double, véritable auto-érotisme à deux se mit en place.

Il s'était produit une rencontre. Elle me fit penser à ces moments de *Flare up*, qu'on entendait parfois dans la musique polyphonique de la Nouvelle Orléans, quand deux musiciens arrêtaient leurs improvisations respectives, en soutenant dans un bref instant de complicité joyeuse un accord imprévu, avant de s'envoler de nouveau. Ma régression ponctuelle avait permis un échange totalement inattendu mais dont la fonctionnalité m'est apparue de façon évidente. Le patient désormais, pouvait se parler à lui-même en passant par moi, en quelque sorte par ricochet. Le retour sur soi au moyen du détour par l'autre comme le dit A. Green (2002), c'est là le premier stade d'une auto-observation du Moi auparavant impossible, car noyée dans une autodescription répétitive de la souffrance. Les frayages douloureux sont tellement profonds que le Moi ne peut leur échapper et le langage pauvre n'est que descriptif de ces frayages obligés. Nous avons donc là fonctionné de façon différente, en double auto-érotique, homosexuel et narcissique, ces trois derniers termes étant, en l'occurrence, synonymes.

En outre, dans cet échange furtif, la métamorphose subite du patient m'avait étonné. Comme un enfant peut passer du rire aux larmes, il avait jailli de son état coutumier, difficile et ralenti, avec un enthousiasme dont je ne l'aurais jamais cru capable, premier signe de vitalité. Ce qu'il avait vu en moi était bien une image en miroir de lui-même, mais une image opposée à celle que la douleur chronique avait imprimée : une image joyeuse. Il ne s'agissait pas encore de l'auto-observation qui permet l'attente et l'autocritique et le travail de la pensée. Mais c'était un début.

Les fonctions du double sont nombreuses : protectrices elles peuvent aussi bien devenir persécutrices. Comme la douleur, le double protège contre les angoisses de néantisation et de castration. Mais la douleur est solidement ancrée alors que le double est mobile. Ainsi la régression animiste du patient le pousse à se scinder entre une partie qui s'agrippe à la bouée narcissique de la douleur et une qui s'identifie aux images idéales qu'il projette sur le thérapeute. La relation peut alors devenir, momentanément, une lune de miel. Cette fusion avec le thérapeute est apaisante pour le patient qui oublie ses douleurs mais l'apparition d'une différence peut faire surgir « l'autre », persécuteur et donc haï. Il faut sans arrêt apprécier les deux valences de la forte ambivalence d'un patient douloureux.

Le passage de la projection sur le double par manque de possibilités contenantes représentatives, du moins actuelles, à une intériorisation, une décharge dans le psychisme du patient est un moment important. Important et délicat, car le travail de l'analyste s'éloigne alors d'une opération de simple accompagnement, mais ne peut encore devenir vraiment interprétatif. On ne sait si souffler sur la braise va faire jaillir une flamme plus claire ou au contraire éteindre le feu. Il faut accepter et favoriser l'expression des pulsions agressives, souvent masquées par la situation de face à face, et surtout englobées dans le climat d'accordailles et de camaraderie qui est en cours, et qui risquerait d'ailleurs de les noyer dans la gentillesse. Ce qui serait dommage, car l'extériorisation qu'implique la projection est une tentative d'évasion hors l'empire de la douleur. Et permettre au patient de les percevoir, de les constater sans qu'elles mettent la relation en danger, lui donne la possibilité de les réincorporer avec un gain de sens.

Pour le patient l'écoute passive d'un autre est indispensable au début. Elle impose le principe de réalité et secondarise des processus très proches de la sensorialité douloureuse, encombrés dans la régression et lui permet de trouver d'autres mots, d'accéder à un langage d'un niveau plus élevé, plus structuré, plus élaboré. C'est un peu comme raconter son rêve à quelqu'un. Ce que font d'ailleurs les patients, parfois à leur grand étonnement (je me demande pourquoi je vous raconte cela ! disent-ils) quand ils arrivent à ce stade. Tout naturellement alors l'écoute devient plus active.

Car ce qui est visé, donc, c'est le passage de ce fonctionnement en double à l'auto-observation. Freud, dans *L'inquiétante étrangeté*, dit que : « l'idée du double... peut, au cours des développements successifs du Moi, *acquérir des contenus nouveaux* ». Il s'agit de la *conscience morale* et de l'*auto-observation*, ce qui « permet à la vieille représentation du double d'acquérir un fond nouveau et on lui attribue alors bien des choses, en premier lieu tout ce qui apparaît à *la critique de soi-même* »¹. Ce passage du fonctionnement en double à l'auto-observation, possiblement critique, qui représente les *contenus nouveaux*, s'accompagne d'une autre valence extrêmement précieuse, celle du plaisir partagé. Le plaisir masochique de la plainte s'estompe au profit du plaisir de ce fonctionnement à deux.

1. C'est moi qui souligne.

LE RÉCIT ASSOCIATIF ET LE TRANSFERT

Que le Moi, comme dit Freud dans « Esquisse d'une psychologie scientifique », se regarde lui-même au travail, n'est pas une donnée mais une acquisition. Nous avons vu comment cette dernière nécessite la présence efficace de l'autre et on pense bien sûr à la fonction maternelle, qui permet la pensée et le plaisir de la pensée, dans le cadre de la relation mère-enfant. Il est bon que le thérapeute se laisse aller et participe à ce plaisir de fonctionnement à deux tout en sachant qu'il contient un danger, celui d'une fusion agréable mais stérile avec le patient. Il doit donc introduire une différenciation, une puissance d'hétérogénéité, que je compare à la rêverie maternelle de Bion et son pouvoir créatif. Le psychanalyste doit être là, un dispensateur d'étranger *dans* le psychisme du patient, mais à *partir* du psychisme du patient. Fédida (conversation personnelle et 1985) parlait « des restes diurnes, restes de vie » et soutenait une pensée très proche : dans la mesure où le traumatique détruit le langage et rend impossible la constitution d'un reste diurne en tant qu'impression de vie ayant langage. De tels patients, traumatisés donc, *s'accrochent* à la personne du thérapeute (voix, visage, regard, etc.) comme si c'était d'elle seule que pouvait venir la reconstitution d'un rêve dans la nuit. Rêve qui serait une ressource de langage. J'avais fait remarquer à Fédida que plus encore, l'analyste constituait par sa personne même, un reste diurne utilisable non seulement dans le rêve, mais dans la réalité parfois rêveuse qui s'installe dans une séance, même dans la situation de face à face.

La régression du patient, dont j'ai parlé plus haut implique un retour vers le monde de l'enfance mais avec une différence considérable : la rêverie de l'enfant, le monde de l'illusion par exemple d'avoir créé l'objet transitionnel, le camarade imaginaire, tout ceci se fonde dans un monde créatif tout entier tourné vers l'avenir. L'enfant est un adulte en devenir. Le patient douloureux, même régressif, reste un adulte et son imaginaire est du domaine des illusions perdues. Le risque est donc grand et on le constate d'ailleurs souvent au cours de nos consultations, de voir surgir dans la violence une défusion, une désidentification brutale. Elle est du type : « tu bavardes, tu bavardes, mais toi tu es bien portant alors que moi je souffre ! et ça n'a pas l'air de t'intéresser ! ». Il faut donc constamment ajuster la distance avec le patient, ni trop loin ni trop près et garder une certaine liberté de penser pour qu'existe un jeu « winnicottien » à potentialité créative. Il est bon dans ces cas d'être deux !

Dans un sens, cette brusque libération de sadisme est salutaire dans la mesure où elle permet au patient de sortir d'un masochisme, le masochisme douloureux, dans lequel il est enkysté. Le malade, nous dit Freud, est cramponné à son contre-investissement. Dans le cas de la douleur, la position masochique, nous l'avons vu, lui permet de savourer silencieusement, mais parfois à voix haute, sa douleur. Ce qu'il peut y avoir de culpabilité chez les patients est totalement épongé par la présence de la douleur. Le travail qui serait possible sur le deuil des objets perdus, le vécu dépressif, grâce aux sentiments coupables, disparaît de ce fait. C'est l'émergence sadique lors de ces attaques qui constitue un événement psychique pour le patient et un moment dans la cure : désidéalisation des deux protagonistes et apparition d'une culpabilité, qui de plus a l'avantage d'être transférentielle. L'objet attaqué a été le thérapeute. Ce qui a le mérite de réhistoriser l'agir du patient en le mettant dans la chaîne des souvenirs analogues. Il peut associer sur des scènes en général anciennes et qui mettent en jeu les parents. De toute façon, un fait s'est inscrit dans la relation avec le thérapeute et qui pourra être utilisé par celui-ci dans ses interventions futures. Le paradoxe de la situation est celle de la nécessité de fusions et défusions successives, pour permettre l'individuation.

À ce moment, le discours des débuts est devenu autre. Une patiente m'a dit un jour, cette belle phrase : « le récit de la vie a remplacé le récit de la douleur ». C'est dire que le patient alors a acquis une liberté d'investissement impossible au début, puisque comme le disait Freud, le Moi appauvri par les énergies mobilisées dans le combat contre la douleur, n'est capable que d'un fonctionnement à minima. Le travail thérapeutique est conditionné par la méthode. À partir d'une apparente conversation banale qui non seulement n'est pas contrariée mais est encouragée, se forme le discours du patient et mieux encore se développe un récit, toujours sur le même fond d'expression de la douleur mais de plus en plus ouvert. Le langage du patient alors, retrouve une polysémie qui s'était sinon perdue, du moins fortement estompée à cause de l'exigence de l'expression de la plainte. Le patient raconte une histoire au lieu de la revivre.

La relation de confiance est alors établie. Le douloureux se parle à lui-même en parlant au psy, cela passe par un érotisme à deux, bien préférable à l'auto-érotisme douloureux du début. Le patient nous voit comme un double, les différences entre nous et lui sont abolies. Il se sent compris ce qui n'était pas le cas avec les précédents médecins. La situation régressive est favorable, mais bien sûr dangereuse et il faut savoir que la problématique du bon et du mauvais peut vite se retourner.

Un autre danger serait qu'une telle relation perdure et n'accède pas au but recherché, exactement inverse, qui est l'autonomisation.

Quand le symptôme s'éloigne un peu de la conversation – celle-ci devient donc une autoconversation par ricochet sur le thérapeute –, le patient à défaut de saisir les aspects polysémiques de son discours peut les utiliser sans s'en rendre compte. On peut mesurer l'importance du travail accompli aux affects qui se manifestent. Le patient était passé du plaisir de l'expression de la plainte, au plaisir de la séance, et au plaisir de la relation, un peu analogue à celui de rencontrer un bon copain. Son récit est devenu beaucoup plus narratif et riche. Le plus important est l'intérêt qu'il va prendre à son propre fonctionnement psychique, à travers l'intérêt que lui manifeste le thérapeute dont le rôle, déterminant, ressemble vraiment à celui d'une mère dont on sait l'importance de la rêverie pour l'éclosion de la pensée de son enfant.

Écouter la parole et permettre au patient de la réinscrire autrement, tel est notre but. Il s'agit d'une traduction, d'une traduction autre, différente de celle qui a institué la douleur et sa dimension de névrose algosique. C'est-à-dire d'abord d'une détraduction, sûrement différente de celle dont parle Laplanche (*Revue française de psychanalyse*, 1998, n° 3, à propos de l'analyse) donc d'un regard sur la pensée. Non plus simplement penser, mais se regarder penser. Se voir au travail. Se voir dans la scène, s'auto-observer, c'est ce que le souvenir traumatique ne permet pas de faire. Le traumatisé ne peut que revivre son traumatisme. Il faut mettre le patient sur un chemin qui doit le conduire du souvenir traumatique au souvenir écran, devenu ainsi mobile, ouvert, malléable, et dans lequel il se voit.

Le rôle du contre-transfert est évidemment fondamental dans ce retour enrichissant et diversifiant que le patient peut recevoir de l'analyste et qui n'a rien à voir avec la suggestion. L'importance du regard dans la situation de face à face et l'énorme demande du patient qui attend tout de nous confèrent au transfert un tour particulier. Il n'est pas question d'interpréter vraiment le transfert. Il faut plutôt l'utiliser constamment, ce qui renvoie le patient à lui-même, à sa névrose infantile.

La particularité de l'organisation de notre consultation de la douleur, celle d'être bicéphale, amène le patient qui voit les deux analystes séparément, l'un après l'autre, à développer une situation transférentielle avec chacun d'entre eux. Je n'avais pas prévu toutes les incidences et aussi les possibilités de ce dispositif. Il s'est avéré précieux pour des raisons diverses, mais en particulier par la possibilité que le patient peut avoir de se situer différemment vis-à-vis de ses deux interlocuteurs, et

d'y trouver matière à évolution. L'objet externe que constitue chacun des deux analystes, augmente la fonction de différenciation et les possibilités identificatoires, surtout si le mouvement d'identification primaire n'a pas été lors de la formation du moi, de bonne qualité. De plus, la triangulation proposée par le cadre, la tiercéisation plutôt, même si elle s'adresse à une personnalité très peu structurée par l'œdipe, a des effets. D'une part elle montre que l'autre, celui qui ne fait pas partie de la scène duelle, n'est pas détruit pour autant, grâce à la connivence supposée entre les thérapeutes et pour cette raison aussi, qu'il n'est pas persécuteur. D'autre part, le patient peut, et ce fut le cas dans l'exemple qui suit, communiquer ainsi de manière plus souple avec ses images internes qu'il est moins nécessaire de contrôler, de préserver, ou d'avoir à s'en défendre.

Le fait que nous parlions peu de nos patients favorise certainement la libre expression des deux transferts. Il s'agit en général, au début du moins, d'un clivage entre bon et mauvais, l'un d'entre nous pouvant être le bon et l'autre le mauvais, en général alternativement. Qu'il y en ait toujours au moins un bon, permet à la relation de rester solide et plus facile à maintenir. Dans l'exemple qui va suivre et qui illustre donc l'intérêt de notre consultation bicéphale, il s'agit d'un autre clivage, et ce sont des fonctions différentes, maternelles et paternelles, que le patient a projetées sur nous.

Ce patient paraissait irréductible, car figé dans sa douleur, dans son langage, dans sa problématique et dans le temps. Il s'est brusquement mis à bouger et à changer à la suite d'un échange entre P. Forestier et moi-même. Nous nous sommes rendus compte que malgré les mêmes mots de pure couverture qu'il nous donnait à chacun, nous avions deux patients différents.

Monsieur G.

Monsieur G. est un gros garçon de 130 kg. Il y a déjà quelques années qu'il a eu son accident quand il vient nous voir. Accident terrible nous dit-il : « une fourche m'est entrée dans le dos ». En fait il ne s'agissait pas de l'instrument d'agriculture mais d'une des deux lames d'un gros chariot élévateur. C'est-à-dire qu'un morceau d'acier d'un centimètre et demi d'épaisseur sur douze de large a pénétré très profondément dans sa fosse lombaire et l'a laissé ainsi transpercé, incapable de bouger. C'était le soir, le chantier était désert. Heureusement un ouvrier attardé a entendu ses cris et a alerté les secours. Les dégâts, considérables, ont provoqué des lésions des diverses parties molles et de la colonne vertébrale, et occasionné des douleurs diverses, en particulier neuropathiques, très intenses. Une reprise de travail a été tentée

sans succès et a dû être interrompue. Monsieur G. a été mis en invalidité par la Sécurité sociale. Le travail lui manque ainsi que ses amis. Il se sent seul, vit « tristement » avec sa mère. Avant il n'arrêtait pas de la journée, maintenant il se sent inutile. Et surtout souffre jour et nuit.

– « J'ai mal, beaucoup mal, j'ai mal là, à la place du coup, et ça descend là, puis plus bas là où j'ai beaucoup mal. » Tout le corps y passe, la jambe, l'épaule, l'autre côté de haut en bas sans compter le cou et les oreilles qui sifflent et font « mal, beaucoup mal ». La nuit c'est pire. Des cauchemars reviennent lui faire vivre son accident et dans la journée il en a des visions. Il déteste cela.

Pendant des mois et des mois, monsieur G. répétera, à la virgule près ce même discours, à chaque séance, d'abord à moi, puis à mon collègue, et il n'y a pas de changement non plus dans son vécu douloureux. La stéréotypie de son discours nous afflige, mais pas sa plainte, que nous ressentons immense et dépassant la pure expression de la douleur physique sûrement très intense. Elle nous montre le naufrage d'une vie. Mais seul le corps est mentionné. Notre écoute attentive est à plusieurs niveaux. Elle se fait sur un fond d'empathie qui me fait penser à la préoccupation ou à la rêverie maternelle. Ce fond n'est donc pas passif. Nous nous exprimons, proposant ainsi ce qui peut être accepté comme des contre-investissements, ou tomber dans le silence, et qui témoigne de notre intérêt. Et un beau jour nous nous rendons compte au cours d'un échange à son sujet, échange qui était loin d'être fréquent, car nous voulions garder nos spécificités, que M. G commençait à nous différencier.

J'avais l'impression qu'il me faisait jouer un rôle plutôt maternel. Il me parlait, du fond de sa régression, de sa « chiasse » chronique, verte ou jaune, de sa vésicule, de ses digestions difficiles. Il n'avait pas d'appétit. Il se plaignait de maigrir ce qui ne m'apparaissait pas évident, mais je comprenais qu'il souhaitait que je m'en préoccupe, comme le faisait sa mère autrefois. Il est vrai que la sphère digestive et la prise de poids d'un nourrisson sont affaires maternelles. Il me livrait donc sans réserves ses symptômes nutritifs et digestifs. La plainte chez lui à cette époque était plus importante que le symptôme. Il attendait plus de sa maman la compréhension que la guérison.

À mon confrère, il exposait les détails d'une théorie assez mécaniciste qu'il avait imaginée. La lame du chariot élévateur avait fait un gros trou dans ses lombes. C'était un vide à combler. Les chairs étaient donc remontées, la jambe également ce qui la rendait plus courte et entraînait un déséquilibre de tout l'hémicorps, la colonne vertébrale, la structure osseuse, l'autre jambe, les bras, et le cou. Cela expliquait les douleurs généralisées, et expliquait aussi les dommages causés au foie, par contrecoup du choc de la lame.

M. G avait donc réservé à mon confrère un point de vue technique qui était une étiologie, témoignait d'une tentative de reprise de contrôle, par l'explication de leur mécanisme, sur la douleur des membres, qui sont des organes de l'activité; comme un petit garçon discute avec son père des mystères et théories du monde. À moi il livrait l'inquiétude d'un dysfonctionnement digestif jugé grave et évolutif. La conséquence de l'étiologie.

Il avait pu projeter sur nous au travers des qualités différentes de notre présence, des images, plutôt maternelles pour moi plutôt paternelles pour mon confrère. La plainte répétitive continuait par ailleurs, mais le psychisme de M. G. pouvait commencer à la désinvestir par le travail de sa pensée.

Conclusion

NARRATIVITÉ ET TRAVAIL DE L'ANALYSTE

LE CADRE se constitue dans le mouvement même de l'émergence de la parole. Il n'y pas de contrat, pas de règle à observer : « Dites ce qui vous passe par la tête ». L'attention de l'analyste flotte dans des eaux très variables, peut et doit se laisser parfois envahir par la conversation, mais son oreille, la troisième, l'analytique, doit rester vigile.

Pourtant se forment rapidement un consensus et une complaisance. Le patient accepte notre position, y adhère et sa parole ressemble vite à ce que produit l'association libre. Ce que Freud a inventé, l'étrangeté de la séance analytique avec une parole libérée et une écoute dispensée de réponse, doit correspondre à quelque chose de profondément humain, probablement hérité de la situation parent enfant. C'est ce qui permet au patient d'observer sa pensée, issue de la narration, quand elle se dégage de la narration.

Comment évaluer le travail avec nos patients douloureux ? En y réfléchissant après tant d'années, je me dis que leur transformation la plus claire est celle de leur langage. L'empire de la douleur sur leur moi se manifeste au début par un écrasement du langage, obéré parce que j'ai appelé la nécessité de plainte et la réalité de la présence douloureuse. Dans ce système l'activité représentative est constamment parasitée par

la perception douloureuse, véritable corps étranger. Le moi appauvri se parle à lui même, comme le dépressif, de sa déchéance, mais son récit intérieur n'a pas la fluidité d'un courant, il est hachuré par tout ce que la douleur corrode et exige.

Quand les patients vont mieux, on le constate certes par le fait que la douleur est moins évoquée dans leur discours, mais surtout parce qu'ils parlent mieux et de façon différente, non plus dans un circuit fermé, sans ouvertures, mais dans un système partagé où l'identification est possible sans être aliénante, donc ouverte sur le monde. L'échange narratif, comme la douleur, comme l'hyperactivité, contient à la fois une excitation et la décharge de cette excitation. Cela, parce que justement c'est un échange, comme celui qui autrefois eut lieu avec les parents.

Un échange encore plus archaïque est celui de la rencontre entre la rêverie maternelle et le bébé. La rêverie maternelle, ce phénomène étrange par lequel se fonde le psychisme et se transmet l'humanité.

« Le bébé face à la mère rêveuse s'identifie à elle et au plaisir qu'elle prend à rêver. » (Hochmann, 2001)

Peut-on le comparer aux nombreux petits événements psychiques qui se produisent dans l'esprit de l'analyste au travail, et peut-on dire que leur résonance chez ce dernier ainsi que ses réactions ont des effets similaires à ceux d'une mère rêveuse ?

Cette question peut être élargie et étendue à la psychanalyse elle-même. Qu'est ce qui est efficace dans l'acte et la chose psychanalytique, que permet le cadre, la disposition, la technique etc. ? Avant tout un travail sur le refoulé dans le cadre du transfert entre un patient qui associe et un analyste. L'analyse est celle des résistances. Ce qui est interprété et construit par l'analyste se fait *hic et nunc*. Le travail de traduction qui surgit est celui de la parole actuelle adressée à l'analyste. La psychanalyse n'est ni une archéologie, ni un travail d'historien, ni une discussion, éclairée par la théorie psychanalytique, avec le patient.

Cela dit, l'armature théorique, le savoir intériorisé, de l'analyste intervient et il est certain par exemple que les Anglo-Saxons, utilisent un outil théorique différent de celui des analystes français non kleinien. La croyance dans une théorie peut faire naître une croyance dans ce qui est efficace dans la cure.

À la lumière de certains aspects d'une pensée narrativiste (Schafer, A. Ferro) qui remet ce point en question, on peut se demander si la narration par la réorganisation qu'elle occasionne n'aurait pas en elle-même un effet thérapeutique. J. Hochmann, que je cite écrit :

« Schafer pense ainsi que l'objet de la psychanalyse et son efficacité ne sont pas dans la découverte d'une réalité historique ou fantasmatique, mais plutôt dans la construction, en étroite collaboration entre l'analyste et son patient, d'un récit qui donne sens au passé. » (*ibid.*)

Le but de l'analyse pour Schafer serait donc « de donner au patient co-narrateur de son histoire, une plus grande souplesse narrative, de l'aider à déconstruire des histoires auxquelles il s'agrippe de manière parfois défensive pour laisser émerger de nouvelles formes... »

Déconstruire-reconstruire ou détraduire-retraduire, les deux processus se ressemblent beaucoup. Ils désignent un but et non la manière d'y parvenir. Quant à cette manière, je me tiens à ce que j'ai écrit plus haut. Mais l'expression « co-narrateur de son récit » me plaît et me frappe, car j'y retrouve mes patients douloureux qui, encore une fois ne sont pas dans un processus analytique mais dans celui d'une psychothérapie avec un analyste. Cette psychothérapie vise à une redistribution de l'énergie immobilisée par la douleur, à lui arracher une problématique psychique régressive, mais vivante, qui était à la fois masquée et aggravée par elle ; à la désintriquer. La douleur se psychise, devient plus une souffrance de deuil et de dépression, une douleur morale. Angoisse de séparation, détresse et aussi agressivité apparaissent alors, et il s'agit là du travail habituel du psychanalyste. On peut mesurer la part active qu'il a prise dans cette évolution, ce mouvement vers le haut qui est autant la cause que la conséquence de l'éclosion narrative.

J. Hochmann, lecteur de Ricœur, en particulier *Temps et Récit* (Seuil 1983) s'inspire des trois temps développés par ce dernier, préfiguration, configuration et refiguration et essaie de les appliquer aux qualités de la rêverie maternelle, en tant que récit, récit adressé à un tiers, et source d'un plaisir qui réside dans le maniement souple de l'échange langagier, attentif aux fluctuations transférentielles.

- La *préfiguration*, c'est ce qui s'est passé, le fait ; exemple : deux chars se croisent sur la route de Thèbes, altercation, un des conducteurs, Œdipe tue l'autre, Laios, etc.
- La *configuration* est le récit qu'on en fait. Une mise en intrigue et fait intervenir une causalité : les oracles, le père, la mère etc. « on » en parle.
- La *refiguration* est l'histoire qui en sort, racontée à quelqu'un, la Légende d'Œdipe.

Ces trois temps rythment bien le développement de la parole de nos patients. Sous le coup du traumatisme de la douleur, et influencés

probablement par l'aspect « interrogatoire » de leur trajet médical antérieur, leur récit se veut être au début, la photographie de ce qui s'est passé. Mais le cadre s'y prêtant, ils se livrent de plus en plus et finissent par associer plus librement, toujours contenus pourtant dans la nécessité de répétition propre au traumatisme. C'est la participation de l'analyste, même si elle reste souvent réservée (mais pas toujours, on a pu le voir avec l'épisode Thuram !) qui fonde ce qui s'installe comme une co-narration. Cette participation amène le patient, à la fois narrateur et héros principal, à avoir une autre vue de sa propre histoire, renvoyée sans intentionnalité, comme par un miroir, par l'autre, en l'occurrence l'analyste.

Ainsi en est-il chez Proust. Je cite Bernard Raffalli, brillant et sagace préfacier d'une édition de la *Recherche du temps perdu* :

« Cet édifice repose sur un personnage, à la fois narrateur et héros principal, que Proust présente à la première personne "Je" ou à la troisième personne "Marcel". Ceci donnera au récit sa "mobilité et son évolution par la diversité de son regard". Le Narrateur est et n'est pas Proust dont Raffalli dit qu'il possédait "ce don vertigineux de se voir dans les autres". En ajoutant cette belle formule : "Le narrateur devient écrivain pour parler d'un narrateur qui deviendrait écrivain". »

Cette distanciation entre le patient qui dit Je et celui qui se contemple dans l'œil de l'autre dans la propre émission de son langage, l'écarte de ses affects et percepts douloureux, l'éloigne de sa névrose algique et pousse à le restituer dans son monde affectif ancien. Premiers pas vers l'affranchissement de la douleur.

Un tel travail de transformation du langage, accompli par le patient, et qui est à l'aune de son évolution, n'est bien entendu possible que grâce à un autre travail, celui du psychanalyste. Le langage nouveau exprimera désormais outre la plainte qui s'évaporerait peu à peu, des fantasmes. Le patient est devenu consolable et s'adresse à sa mère. L'image est celle de la *Mater Dolorosa* recueillant son enfant, et qui deviendra au fil du temps, plus trivialement, « Allo Maman Bobo », puis sur laquelle se superpose une autre image, plus dure, destinée au père et qui est une apostrophe : « Père ne vois-tu pas que je brûle ? », celle de l'enfant du premier rêve proposé par Freud dans l'interprétation des rêves. Cet aspect sera l'objet d'un autre travail.

Ce livre est un témoignage issu d'une longue expérience. Je voudrais qu'il reflète l'enthousiasme passionné des analystes qui ont travaillé avec moi, et bien sûr le mien. Je souhaiterais faire des émules, car il

s'agit là d'un immense champ en friche. La psychanalyse qui s'interroge sur son avenir doit y faire entendre sa voix comme l'avait fait Sigmund Freud à Vienne, il y a plus d'un siècle, à l'écoute des patients qui lui disaient leur douleur.

Annexe

LA CONSULTATION DE LA DOULEUR À L'HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE LYON

IL Y AVAIT quelques années que je travaillais régulièrement, deux fois par semaine, dans le service de rhumatologie du professeur Vignon, et je me demandais quel impact avait eu ma présence dans le service. J'avais été appelé moins pour résoudre le problème douloureux des patients que pour montrer aux médecins comment ne pas rejeter ces patients « inguérissables » qu'étaient les lombalgiques dits psychogéniques. Or le rhumatisme est douloureux et j'ai eu l'occasion par la suite de voir de nombreuses autres formes de souffrances corporelles. J'étais assez satisfait du travail que j'avais pu accomplir auprès des médecins. Ils semblaient libérés, plus à l'aise et avaient acquis une manière de savoir faire qui passait par des propositions thérapeutiques, et une prise en charge codifiées, et donc rassurantes.

Mais je me posais beaucoup de questions au sujet des résultats constatés chez les patients en question. J'avais peut-être réussi avec les médecins, mais il me semblait avoir failli avec les malades. Au fond, j'avais transféré le problème des médecins sur moi-même, et les malades me semblaient souffrir au moment de leur départ autant que

lors de leur hospitalisation. Mon action, en quelque sorte de médiation entre les protagonistes, avait rassuré les médecins, mais pas soulagé les malades.

C'est alors qu'une étudiante en fin d'études, (Barruel) très intéressée par mes interventions auprès des patients douloureux chroniques eut l'idée de faire sa thèse sur ce sujet. Elle envoya donc un questionnaire, très simple, à trente-quatre patients récemment hospitalisés, souffrant tous de douleurs post-traumatiques.

Quatre questions étaient posées :

1. Souffrez-vous toujours ?
2. Avez-vous repris votre travail ?
3. Depuis quand ?
4. Suivez-vous toujours un traitement ?

Dix-sept patients ont répondu. À la première question, seize ont déclaré souffrir toujours autant, un seul se sentait guéri. Mais à la deuxième question, neuf disaient avoir repris leur activité contre huit toujours en inactivité. Les réponses à la troisième et à la quatrième question n'apportaient rien de bien signifiant. Le questionnaire me rendit plus optimiste : une possibilité de prise en charge psychothérapique des douloureux chroniques semblait s'entrouvrir, d'autant plus que les patients, presque tous accidentés du travail, avaient été arrêtés depuis longtemps, plusieurs mois pour la plupart et pour deux d'entre eux, plusieurs années (trois et cinq ans) et ils avaient repris. Peut-être s'étaient-ils fait hospitaliser à un moment où ils sentaient que la reprise était possible.

En tout cas il était plus facile aux patients de dire qu'ils avaient repris leur travail que « d'avouer » qu'ils souffraient moins. J'emploie à dessein le mot avouer car notre expérience, dans la pratique de notre consultation de la douleur, a montré que c'est celui souvent utilisé par les patients qui vont mieux, comme si c'était une faute de ne plus éprouver de la douleur, ou comme s'il y avait une sorte de difficulté à abandonner la position douloureuse qui s'est installée. Le résultat de ce questionnaire m'a donc rassuré sur les possibilités de mobilisation de patients qui semblaient emmurés dans leur monde douloureux. Je décidai donc de créer, dans le service de psychologie médicale de l'hôpital Neurologique de Lyon (professeur J. Guyotat, puis professeur J. Dalery) une structure de prise en charge de patients douloureux chroniques.

L'OUTIL

Il fallait en effet imaginer un outil. Le service de rhumatologie de l'hôpital général où avait eu lieu mon expérience était supérieurement organisé : médecins très intéressés, infirmières dévouées et qui s'étaient formées au cours du temps, grosse équipe de kinésithérapeutes motivés bénéficiant d'installations très modernes, facilitant la régression psychique que permet déjà l'hospitalisation, par « l'abandon » corporel (c'était leur mot) favorisé par les massages, les soins divers, et les exercices en piscine d'eau chaude. Les patients se sentaient rassurés par l'environnement très technique mais aussi très maternel qui leur était offert, et les médecins aussi.

Or dans mon service, à l'hôpital neurologique j'étais seul. J'ai eu l'idée de créer une consultation de la douleur d'un type très particulier, animé uniquement par des psychiatres de préférence psychanalystes. J'avais les mains libres car notre service était un service de clinique, d'enseignement mais surtout de recherche. Le chef de service, l'adjoint, le chef de clinique, les psychologues, les internes et les médecins attachés étaient tous analystes ou en analyse. Je n'ai eu aucune difficulté à mettre sur pied un système que je voulais simple et adaptatif pour prolonger l'expérience que j'avais commencée à l'hôpital général, et pour cela j'ai imaginé de travailler en tandem avec un confrère et ami lui même analyste.

Je la présente non à titre d'exemple mais pour montrer quelles sont les difficultés et aussi les possibilités de la prise en charge de la douleur. Possibilités et difficultés qui me faisaient hésiter. Un événement curieux leva mes derniers doutes. Un patient qui devait être le dernier de la consultation que j'assurai avant celle, spécifique, de la douleur dont je vais parler, s'intitula numéro zéro, (donc avant le numéro un, comme le veut la coutume de la presse, me dit-il) d'une consultation dont je n'ai jamais su comment il avait su qu'elle allait s'ouvrir. Un accident de la route lui avait occasionné une sorte d'accroc dans la cuisse et il souffrait de douleurs de désafférentation : intenses décharges électriques tout au long du trajet du nerf qui avait été lésé, de la cuisse au genou. Il fut un peu amélioré par un traitement approprié et surtout rassuré par nos entretiens. Lors de notre dernière rencontre il me confia une chose étonnante : lors de ses relations sexuelles la sensation orgasmique envahissait le trajet de la douleur. Cette dernière devenait alors aussi une jouissance. Que la douleur cache tant de mystères était excitant, je me décidai. De plus notre relation avait été facile, les échanges agréables même, tout à fait différents de ce que j'aurais pu redouter étant donné

l'intensité des douleurs incrustées et rebelles et le patient disait se sentir mieux.

Chose curieuse c'est une boutade attribuée à Alexandre Dumas qui me permit de trouver la formule qui s'avéra efficace : « Les chaînes du mariage sont tellement lourdes, disait-il, qu'il faut parfois être trois pour les supporter ». Je créai donc une consultation bicéphale pour supporter celles de la douleur qui sont bien lourdes aussi. La suite montra à quel point cette formule fut à la fois efficace et confortable. Chaque patient serait vu, à chaque consultation, d'abord par moi, puis par mon collègue. Chaque entretien durant une demi-heure.

Notre critère de sélection est simple : nous accueillons à la consultation tout patient qui déclare souffrir. Certains présentent des affections organiques sévères, (douleurs neurogènes, post zostériennes, membres fantômes, syndromes hémithalamiques.) d'autres seraient étiquetés ailleurs, hystériques hypocondriaques, ou névrosés post-traumatiques, mais la plupart souffrent de pathologies mixtes, car souvent les tableaux cliniques s'enchevêtrent, le somatique et le psychique débordent l'un sur l'autre. Nous avons donc décidé de laisser aux somaticiens le souci d'un diagnostic précis et rigoureux, ce qui nous permet de nous consacrer à la problématique en jeu dans l'expression, le vécu et l'investissement de la douleur ressentie, notre but étant l'intégration de cette problématique dans le psychisme. J'ajoute que nos patients sont presque toujours des malades qui pour une raison ou pour une autre, ont mis la médecine en échec et qui souffrent depuis longtemps. Ils ont pu être revendicatifs. Nous sommes souvent leur dernier espoir.

Comme je l'ai dit, l'imaginaire des patients s'exprime dans des articulations associatives, des inventions étiologiques, des connexions et des logiques très arbitraires qui déroutent le médecin classique et parfois l'irritent. À ce moment le patient peut se sentir incompris et c'est le début de la rupture de l'alliance thérapeutique. Le cadre médical n'est plus rassurant, ni pour l'un ni pour l'autre ; il se produit une divergence et sur le plan relationnel, une ambivalence, une déception partagée. C'est surtout vrai quand le médecin est mis en échec, ce qui se voit principalement avec les patients somatiques porteurs d'affections rebelles, mais aussi avec les patients aux douleurs psychogéniques ; en un mot donc avec presque tous les patients que nous recevons à notre consultation.

LES PRINCIPES

L'idée est donc de favoriser ce qui d'habitude est plutôt découragé, afin de proposer :

- le champ le plus vaste possible à l'expression de l'imaginaire ;
- mais aussi un cadre permettant un certain travail d'élaboration.

Quand la douleur envahit toute la vie d'un sujet, certains paramètres communs apparaissent et dont nous devons tenir compte.

Il s'agit tout d'abord de la régression. : régression vers le temps de l'enfance et plus encore vers l'archaïque, l'originaire, vers la mémoire de l'état de détresse primitive (*Hilflosigkeit*) que tout nouveau-né humain a connu.

Cette régression s'accompagne naturellement d'une dépendance qui rappelle celle du bébé envers sa mère, et qui lie le malade, de façon bien lourde parfois, à son médecin. S'y ajoute un sentiment d'impuissance vécue de façon dépressive.

La demande de soins, insistante, avide, également bien lourde, est dans le même contexte et va avec la nécessité de plainte.

Enfin et surtout, l'ambivalence de nos patients, liée aux trois autres paramètres impose de très grosses facultés d'adaptation, de maniement de la distance, car selon les circonstances, l'objet, c'est-à-dire nous-même, est investi de qualités bonnes ou mauvaises.

Pour répondre à cette difficile demande, notre consultation est donc bicéphale. À chaque séance, le patient est vu d'abord par un psychiatre psychanalyste pendant une demi-heure, puis immédiatement après par un confrère également psychiatre psychanalyste, une demi-heure également. Le rôle et la fonction de chaque médecin sont très différents, très précis et très définis, mais ne sont pas exposés au malade, sauf s'il le demande (ce qui ne s'est jamais produit).

LE DÉROULEMENT

Première consultation

Comme je l'ai dit plus haut, il s'agit d'un entretien non directif qui s'attache surtout à laisser se développer le discours du patient. Apparaît alors non la détresse ou la douleur, mais le discours sur la détresse ou la douleur. Les points importants se soulignent d'eux-mêmes par des associations étonnantes, des causalités étranges, par des hésitations,

et surtout des répétitions. On peut ainsi apercevoir la manière dont le psychisme a enregistré et intégré la douleur et le traumatisme associé, ainsi que le pouvoir pathogène qu'ils ont gardé.

De tels entretiens mettent en lumière les points cités plus haut : intensité de la demande, désir de s'exprimer, tendance à la dépendance etc. Tout ceci est favorable à l'installation d'une bonne relation. Contrairement au Scotland Yard d'autrefois où un panneau mural indiquait au prévenu que : « Tout ce que vous direz sera retenu contre vous » le malade comprend qu'ici c'est le contraire : tout sera retenu « pour » lui.

Mais la douleur, la perte de l'intégrité corporelle, l'adieu ou le renoncement aux possibilités physiques, et même intellectuelles d'autrefois, avant la douleur, et les limitations qu'elle impose, font naître une image de soi nouvelle, des investissements narcissiques nouveaux. Le malade tire une certaine valeur de sa souffrance, et de l'aide qu'il vient demander. Comme le petit enfant qui souffre, il veut qu'on l'aime et qu'on s'occupe de lui. Cet aspect est aussi un gage de bonne relation, mais on voit quel en est le danger : un espoir déçu, l'attente trompée de l'amélioration, peut précipiter le patient dans une attitude ambivalente puis agressive.

Le thérapeute est alors dans une situation plus difficile, il doit s'adapter sortir de sa réserve, et se livrer un peu. Ce ne serait pas suffisant toutefois pour maintenir la relation tout au moins dans un état suffisamment bon, et c'est pourquoi il existe un deuxième pôle thérapeutique d'essence complètement différente. C'est le jeu entre les deux qui permet l'expression et le maniement de l'ambivalence : l'un de nous peut être, par exemple, le bon, l'autre le mauvais et c'est aux deux thérapeutes de s'adapter.

Deuxième consultation

La deuxième partie de la consultation est beaucoup plus « médicale ». Elle se centre en effet sur les symptômes douloureux dans une optique résolument corporelle, et elle passe par des questionnaires.

Le premier est un questionnaire classique de la douleur, analogue à ceux utilisés dans d'autres consultations ou centres. Son but est de permettre au patient de décrire en détail les caractéristiques de sa douleur :

- sa localisation : deux silhouettes humaines sont montrées au patient. On leur demande de dessiner le trajet de la douleur et d'indiquer les endroits où elle est la plus aiguë ;

- sa nature : ils sont invités à choisir dans une sélection de mots ou de phrases ce qui la décrit le mieux. (douleur qui bat, lance, tord, arrache, brûle etc., énervante, épuisante, obsédante, angoissante, insupportable, torturante, douleur qui ronge ; qui donne des idées suicidaires etc.) ;
- son horaire : Le patient indique sur une table qui divise la journée (matin, après-midi, soir, nuit...). Comment évolue sa douleur le long du nycthémère, quand elle apparaît, quand elle s'améliore ou disparaît, si elle est permanente, si elle cède la nuit et permet le sommeil etc. ;
- les moyens que les patients utilisent pour la combattre : médicaments, repos, froid, chaleur, massages et autres techniques... ;
- les circonstances ou conditions qui l'aggravent : fatigue, stress postures... ;
- son intensité : elle est appréciée par le patient lui-même en cochant une échelle horizontale dont le zéro est à droite et la côte maximum à gauche afin de prévenir toute réaction réflexe due à l'habitude (le patient doit plus penser son geste) ;
- ses conséquences et ses effets sur le sommeil, la vie sociale, sexuelle, les activités et loisirs du patient.

Le deuxième questionnaire est le Minimult (MMPI) d'après Kincannon.

C'est un test de personnalité. Soixante et onze questions d'intérêt général sont posées ; le test comporte trois échelles de validité, neuf autres évaluent des points de personnalité et de caractère (anxiété, dépression, hystérie, paranoïa, schizophrénie, somatisation, etc.). Les résultats sont analysés par un ordinateur.

Le deuxième psy a également la charge de prescrire les médicaments, de s'occuper des papiers administratifs et de garder le lien avec les médecins traitants.

LE DÉVELOPPEMENT

Le premier pôle est donc résolument ouvert sur le récit spontané des patients et donc sur le psychisme. Le second plus proche d'une préoccupation somatique. J'avais créé cette disposition sans trop réfléchir au fait qu'elle correspondait à l'inverse de ce qui se passe habituellement en médecine où les diagnostics de « psychogénie » sont souvent faits par élimination : nous ne trouvons rien, donc c'est psychique. Et on montre

alors le patient au psychiatre. Mon collègue et ami, P. Forestier, qui avait gentiment accepté d'assurer les responsabilités du deuxième pôle, me fit remarquer que cet ordre inversé outre qu'il ouvrait un monde nouveau aux patients en flattant leur narcissisme, qui en avait bien besoin, avait un impact très dynamisant sur leur économie en général assez dépressive.

Après la première séance les patients sont généralement très surpris parce qu'« on ne leur a pas fait grand-chose », mais ils acceptent volontiers de revenir. La prise en charge que nous leur proposons se met en place, et un long travail commence alors. Il faut dire que les rôles des deux médecins, très différenciés au début, perdent de leur spécificité originaire tout en en gardant une partie et que chacun fonctionne en toute liberté.

Notre premier souci est d'éviter que nos patients répètent avec nous ce qui s'est passé avec les médecins, parfois nombreux, qui se sont retrouvés en échec devant leur problème de douleur. Nous savons qu'ils sont d'autant plus demandeurs qu'ils ont été déçus. Nous connaissons la régression qui est la leur, nous savons leur détresse, leur sentiment d'impuissance, leurs fantasmes d'abandon et leur ambivalence à la fois coupable et agressive. Nous leur proposons une attitude différente, apparemment non médicale qui les surprend mais à laquelle ils adhèrent. Nous renonçons, du moins dans un premier temps, au désir forcené de les guérir, à une *furor sanandi* dangereuse car elle s'accompagne de l'impossibilité de supporter le moindre échec. Nous lui substituons un désir tout aussi forcené de créer le lien et de maintenir la relation à tout prix.

Il y avait un risque : Ce que je proposais à des patients qui souffraient dans leur corps était un travail sur et par la parole. Une *talking cure*. Encore fallait-il que cette parole surgisse. Mon expérience avec les lombalgiques et les hypocondriaques m'avait montré non seulement qu'ils étaient capables, dans des registres différents il est vrai, de produire une parole, voire un discours et même un récit, mais qu'ils étaient avides de le faire.

Notre expérience a duré une vingtaine d'années. Nous n'avons jamais eu besoin de modifier son principe qui s'est avéré convenir parfaitement à notre projet. Nous verrons dans les pages qui vont suivre, le développement qu'elle a connu et particulièrement ce qu'a pu apporter d'inattendu le fait d'être deux, tant au niveau de la qualité du récit que de l'aspect transférentiel.

À propos de cet aspect transférentiel, je crois bien m'être senti coupable. Les patients venaient pour guérir de leur douleur et non pour faire

un travail psychothérapeutique. Je les introduisais par une ruse hypocrite dans un processus non désiré, non investi par une pensée préalable. J'avais précisé à mes collaborateurs que nous devions à répondre à toutes les questions éventuelles ou demandes de précisions concernant le processus de notre prise en charge. Il n'y en a pratiquement pas eu.

EXEMPLE CLINIQUE

L'exemple clinique qui va suivre va illustrer le fonctionnement de la consultation de la douleur de l'hôpital neurologique de Lyon et en particulier il va montrer comment le fonctionnement bicéphale peut permettre chez le patient l'apparition d'une sorte d'événement psychique ouvrant plus facilement à la possibilité élaborative.

Il s'agit d'une patiente parlant mal le français, suivie par notre deuxième équipe, constituée par les docteurs Marcombes et Forestier. La première était animée par le Docteur Forestier et moi.

Exposé du docteur Marcombes

Mme E. nous est adressée pour un syndrome polyalgique qui s'intensifie et s'étend depuis trois ans. Elle a consulté de nombreux médecins pour des douleurs scapulaires, cervico-brachiales et lombaires, puis abdominales et enfin céphaliques. Quand elle consulte son corps est endolori de la tête aux genoux. Les territoires douloureux sont articulaires et musculaires. Nous sommes sollicités par un médecin algologue, qui, après quelques mois de suivi spécialisé, est en difficulté face au désespoir et à la revendication de cette femme à être reconnue dans sa détresse. Elle est en arrêt de travail depuis plus de deux ans et en conflit avec la caisse d'assurance maladie dont elle dépend. Elle vient de contester la décision du médecin-conseil qui lui imposait une reprise autoritaire du travail en refusant une décision d'invalidité peu soutenue par le corps médical.

Cette femme de 45 ans est une migrante. Née en Italie, elle y a vécu jusqu'à l'âge de vingt ans.

Lors d'une première rencontre, elle pleure et dans une souffrance pathétique, inventorie chaque lieu douloureux de son corps. Son discours est une évocation imaginée. Aux représentations corporelles s'associe, dès ce premier entretien, le récit d'événements où se lisent violence, scènes sanglantes et pertes affectives.

« Ça a commencé dans une boucherie où je travaillais, avec le froid du congélateur, mon épaule s'est enraidie... J'avais 35 ans... Quelques années plus tard j'ai demandé mon compte, j'étais fatiguée, j'avais mal au ventre, au dos... la boucherie c'est dur... J'étais enceinte d'un mois et demi, je ne le savais pas, j'ai perdu mes droits... J'avais fait un curetage avant... Mon ventre gonflait : deux jumeaux, l'un est mort in utero, j'ai eu ma dernière fille, mon quatrième enfant... ».

Elle interrompt son récit, sanglote, puis reprend :

« La douleur tape dans la tête, il y a un marteau, un bombardement dans les oreilles... À 35 ans, j'ai été attrapée dans un escalier par un garçon, un couteau dans le dos. Nous avons été surpris, j'ai pu m'échapper... Les doigts, ces deux-là – elle montre le troisième et le quatrième – ils ont été morts... les genoux, je ne peux plus monter et descendre... les muscles, j'ai mal dedans. »

Quand nous lui proposons de localiser la douleur sur les silhouettes humaines - asexuée – de notre questionnaire, elle est d'abord interdite et s'interroge : c'est une femme. Puis elle interrompra son dessin : ici, ce sont les fesses ? (Elles sont pourtant clairement représentées). Par contraste, elle ne semble voir que les multiples taches noircies sur le papier. Elle s'anime quand elle décrit les sensations corporelles algiques qu'elle détaille pour chaque partie du corps.

Les premiers mois du traitement, madame E. reprendra et enrichira son récit tragique. Celui de la mort de ses parents particulièrement, (son père d'une hémorragie cérébrale, sa mère d'un cancer colique un an plus tard, jour pour jour) sera systématiquement associé par elle à un geste chirurgical utérin subi un an avant l'organisation réparable des troubles :

« Le jour où mon père est mort, j'ai saigné... Non, c'était ma mère je crois... Ses intestins avaient craqué, le chirurgien a fait une erreur ; il y a deux intestins, il n'a pas pris le bon... Elle souffrait horriblement, ma maladie a commencé juste après... ».

Pendant 18 mois environ, les douleurs ne s'apaiseront pas, voire s'accroîtront tout en perdant progressivement leur caractère polyalgique (les plaintes douloureuses concerneront alors soit une épaule, soit le ventre et le dos associés). La souffrance dépressive sera aussi plus intense. Elle restera en conflit avec une compagnie d'assurance après une décision d'invalidité de la caisse d'assurance maladie, sa revendication persistera à l'égard des médecins (du chirurgien qui a opéré sa mère surtout).

Perdre un enfant (nous apprendrons qu'un frère et une sœur – d'une fratrie de douze – sont morts de maladie entre deux et trois ans), perdre un parent, être agressée sexuellement : scènes déclinées de nombreuses fois dans des versions différentes par le récit d'événements, de souvenirs, de rêves. Pourtant, peu à peu nous remarquerons un changement, une mouvance élaborative (par exemple dans sa façon de parler de son corps, osant des rapprochements imaginaires entre le ventre et l'épaule... entre sa douleur du flanc et une grossesse... entre la chirurgie subie par elle-même et sa mère...).

Un moment nous est apparu particulièrement important, deux ans après le début du traitement. Nous avons noté sa réticence à parler en présence du premier praticien et une liberté de parole avec le second. À l'occasion d'une absence du premier intervenant, elle a pu exprimer clairement son ambivalence vis-à-vis de lui, précisément en terme d'effroi. Elle a fait allusion au divan situé dans son bureau et à partir de là une scène de viol par un frère quand elle était enfant (ce qu'elle n'avait jamais pu dire – se dire à elle-même – était redevenu actuel quelques semaines auparavant lors d'un rêve d'angoisse).

Exposé du docteur Forestier

Ce qu'il faut considérer comme un véritable aveu de la part de cette patiente constitue un tournant dans notre prise en charge. C'est l'amorce d'un discours nouveau où apparaissent des questions jusque-là masquées par le discours incessant, insistant sur les phénomènes douloureux. Ces nouvelles questions portent sur son être, son être féminin. Elle commence dès lors à parler de la relation à son mari qui ne la comprend pas, qui ne l'a jamais véritablement bien « considérée » : « ce sont les fous qui vont voir les psychiatres » lui dit-il. Elle se pose alors la question de sa propre « folie ». En fait c'est sa question plus fondamentale qui émerge, celle d'être une femme et de ses relations au sexe opposé. On assiste alors à une élaboration plus précise, une sorte d'hystérisation, et un travail nouveau portant sur les formations de l'inconscient se met en place. Le signifiant mal prend dès lors une autre valeur avec son sens équivoque : mâle – au ventre. C'est la question donc du sexe qui vient au premier plan et constitue le véritable traumatisme originaire si l'on se reporte à l'enseignement de Freud.

Nous avons choisi ce cas parmi les nombreux que nous recevons dans notre consultation pour son côté exemplaire à plusieurs titres :

– il illustre bien les éléments décrits par Gabriel Burloux, ci-dessus et que l'on retrouve chez tous les patients dits douloureux chroniques :

- la dépendance, l'ambivalence, la régression temporospatiale, comme effets de la douleur chronique. La grande place accordée à l'imaginaire donnant une tonalité si particulière au discours de ces patients et chez elle en particulier cette confusion portant soit sur les dates, soit sur les représentations corporelles. Les nombreux événements traumatiques depuis l'enfance et qui viennent comme en série ponctuer son long discours plaintif jusqu'à ce que cet accident apparemment bénin, vienne la faire entrer dans la catégorie des patients douloureux chroniques ;
- le dispositif original bicéphale, comme on aime à l'appeler, de même orientation, psychanalytique, favorisant l'émergence d'un changement de position subjective. Le traumatisme vient de l'Autre, et tout se passe comme si le sujet ne pouvait que subir ce qui lui arrive. Après ce moment que nous désignons ici sous le terme d'aveu, le sujet prend sa part de responsabilité au sens de ce qu'il est responsable de ce qu'il dit et peut dès lors se mettre au travail sur la partie de son psychisme qui lui « échappe » ;
 - la prise en charge spécifique de notre consultation montrant la fonction de la douleur. On retrouve là le premier Freud dans ses *Études sur l'hystérie* où la douleur physique vient à la place d'une douleur morale. La douleur exprime dans le corps ce qui ne peut s'exprimer autrement, soit sous forme d'angoisse, soit sous forme de dépression. Il existe un véritable court-circuit du psychisme, faute d'une possible élaboration voire même représentation lors du traumatisme. La nécessité de travail de deuil liée aux pertes successives permet cette élaboration psychique. C'est ce long temps de la première partie de cette prise en charge qui s'étend sur deux ans, nécessaire, pour accueillir la plainte douloureuse d'une part, et permettre d'autre part à la patiente de mettre de l'ordre dans son histoire : ordonner les événements successifs, donner un sens aux « différents traumatismes », en les replaçant dans son histoire ;
 - l'importance de la relation transférentielle. Nous ne pouvons en effet parler de transfert au sens strict du terme du fait du cadre particulier que nous proposons. Dans le premier temps de la prise en charge, le thérapeute se « prête » à l'adresse qu'il reçoit. Le patient, en effet, adresse sa plainte douloureuse au « spécialiste de la douleur » à l'hôpital général. Il s'agit d'accueillir cette plainte en ne perdant pas de vue la visée du travail que nous proposons à ces patients et qui est celle d'une élaboration psychique afin de permettre une intégration de la douleur dans le psychisme. Notons que c'est à partir de l'absence d'un des deux thérapeutes, de celui qui le reçoit en premier qu'est

venu cet aveu, véritable tournant dans la prise en charge et des effets chez cette patiente que nous venons de dégager.

Certes ne s'agit-il pas d'un authentique travail psychanalytique au sens d'une cure classique, et la référence à la psychanalyse des thérapeutes permet cette évolution chez ces patients qui sont véritablement « fixés » à cette douleur, l'investissant au maximum et ne pouvant dès lors investir quoi que ce soit d'autre. Peu à peu le travail permet une diminution de l'investissement de la douleur, favorisant ainsi de nouveaux investissements. Il s'agit d'un travail toujours en cours, et le chemin est encore long pour cette patiente pour se dégager véritablement de tout ce qui l'a entravée jusqu'à présent, et pour pouvoir envisager une nouvelle « construction ». Les dernières rencontres ont pu faire apparaître l'importance de la pulsion scopique, qui se décline sur le mode de la grammaire : voir, être vu, se voir..., chez ce sujet et nous donner une nouvelle orientation au travail.

Les patients douloureux chroniques constituent une nouvelle catégorie définie par la médecine moderne, avec un cortège de traits communs que nous venons de dégager. C'est à ce titre une clinique du traumatisme d'une part, et une clinique du deuil lié aux pertes d'autre part. Mais la psychanalyse nous enseigne qu'il s'agit d'une clinique du particulier où chaque cas est à envisager un par un. C'est cette dimension de rencontre à chaque fois nouvelle, et à chaque fois à renouveler, qui laisse intact notre enthousiasme pour la prise en charge de ces patients si difficiles. C'est cet enthousiasme que nous souhaitons transmettre.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTELME J. (1996), *L'espèce humaine*, Paris, Gallimard.
- ANZIEU D. (1975), *L'auto-analyse de Freud*, tome 1 et 2, Paris, Puf.
- AUBERT A. (1966), *La douleur*, Paris, Puf.
- AULAGNIER P. (1975), *La Violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*, Paris, Puf.
- BARRUEL E. (1981), « Les rachialgies psychogéniques », Thèse, Lyon 2.
- BAYLE G. (1996), « Les clivages », *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, n° 39.
- BEETSCHEN A. (1989), « L'excitation de la perte », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 39.
- BEETSCHEN A. (2002), Rapport du Congrès des psychanalystes de langue française, *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, « L'accomplissement et l'atteinte ».
- BERGERET J. (1972), *Abrégé de psychologie pathologique*, Masson.
- BERGERET J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, Dunod réédition 1996.
- BERGERET J. (1984), *La violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- BERGERET J. (1995), *Freud, la violence et la dépression*. Puf.
- BERGERET J. (1999), *L'érotisme narcissique*, Paris, Dunod.
- BOTELLA C. et S. (1984), « L'homosexualité inconsciente et la dynamique du double en séance », *Revue française de psychanalyse*, n° 3.
- BOTELLA C. et S. (2001), in *Revue française de psychanalyse*, n° 4.
- BRADBURY R. (1940), *Chroniques martiennes*, Paris, Gallimard, coll. Folio, 2001.
- BRETTE F. (1982), « Du traumatisme et de l'hystérie pour s'en remettre » in J. Guillaumin *Quinze études psychanalytiques sur le temps*, Toulouse, Privat, pp. 41-54.
- BRETTE F. (1985), « Plaidoyer pour une certaine hystérie », *Revue française de psychanalyse*, n° 1.
- BRETTE F. (1986), « De la complaisance somatique à la complaisance dépressive », *Revue française de psychanalyse*, n° 3.
- BRETTE F. (2000), « Hystérie et traumatisme », Monographie de la *Revue française de psychanalyse*.

- BURLOUX G. (1974), « La trace amnésique », Conférence à l'Hôpital neurologique de Lyon.
- CANDILIS-HUISMAN D. (1999), « L'état de détresse du nouveau-né... », in *États de détresse* (dir. de J. André, C. Chabert), Paris, Puf.
- CASTORIADIS-AULAGNIER P. (1975), *La violence de l'interprétation*, Paris, Puf.
- CHABERT C. (1999), « Introduction », in *États de détresse* (dir. de J. André, C. Chabert), Paris, Puf.
- COSNIER J. (1977), « À propos de l'auto-érotisme dans ses rapports avec le narcissisme », *Revue française de psychanalyse*, n° 5-6.
- COSNIER J. (1987), *Destins de la féminité*, Paris, Puf.
- COURNUT J. (1989), « Les deux contre-investissements », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 39.
- DE M'UZAN M. (1977), *Un cas de masochisme pervers*, Paris, Gallimard.
- DELASSUS J.-M. (2001), *Le génie du fœtus*, Paris, Dunod.
- DICK P. K. (1979), « Souvenir écran », in *Le livre d'or de la science-fiction*, Paris, Pocket.
- FAIN M. (1992), « La vie opératoire et les potentialités de névrose traumatique », *Revue française de psychosomatique*, n° 2.
- FAIN M., « À propos de l'hypocondrie », *Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, n° 21.
- FEDIDA J. (1985), « Restes diurnes, restes de vie », Colloque « Événements et psychopathologie », Simep.
- FERENCZI S., *Œuvres complètes* (4 tomes), Payot, 1977.
- FERENCZI S. (1932), *Journal clinique*, Paris, Payot, 1990.
- FERRO A. (2000), *La psychanalyse comme œuvre ouverte*, Toulouse, Éres.
- FINE A. (1992), « La régression comme organisateur », *Revue française de psychanalyse*, n° 4.
- FREUD S. (1883), *Correspondance*, Paris, Gallimard, 1979.
- FREUD S. (1890-1920), *Résultats, idées, problèmes*, édition de Jean Laplanche, volume 1, Paris, Puf, bibliothèque de psychanalyse, 1991.
- FREUD S. (1895a), « Esquisse d'une psychologie scientifique », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1950.
- FREUD S. (1895b), « Manuscrit G », in « Lettres à Fliess », in *Naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1950.
- FREUD S. (1895c), *Naissance de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1950.
- FREUD S., BREUER G. (1895c), *Études sur l'hystérie*, Paris, Puf (1975).
- FREUD S. (1899), « Étiologie de l'hystérie », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1973.
- FREUD S. (1899), « Sur les souvenirs écrans », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1973.
- FREUD S. (1900), *L'interprétation des rêves*, Paris, Puf, 1973.
- FREUD S. (1901), *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Puf, 1997.
- FREUD S. (1905a), *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Paris, Gallimard, 1987.
- FREUD S. (1905b), « Fragments d'une analyse d'hystérie (Dora) », in *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf, 1970.

- FREUD S. (1907), *L'Homme aux rats : journal d'une analyse*, Paris, Puf, 2000.
- FREUD S. (1911a), « Les deux principes du fonctionnement mental », in *Résultats, idées, problèmes* n° 1, Paris, Puf, 1984.
- FREUD S. (1912), « Pour introduire la discussion sur l'onanisme », in *Résultats, idées, problèmes*, n° 1, Paris, Puf, 1984.
- FREUD S. (1914), « Pour introduire le narcissisme » in *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.
- FREUD S. (1915a), « Le refoulement », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1940.
- FREUD S. (1915b), « Pulsions et destin des pulsions » in *Métapsychologies*, Paris, Gallimard, coll. Idées 1940.
- FREUD S. (1916), *Conférences d'introduction*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1969.
- FREUD S. (1917), « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologies*, Paris, Gallimard, coll. Idées, 1940.
- FREUD S. (1918), « L'homme aux loups », in *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf, 1970.
- FREUD S. (1919), « L'inquiétante étrangeté », Paris, Gallimard, 1985.
- FREUD S. (1919), « On bat un enfant », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1973.
- FREUD S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, Paris, Payot, 1982.
- FREUD S. (1923), « Le Moi et le Ça », in *Essais de psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, 1982.
- FREUD S. (1924), « Le problème économique du masochisme », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1973.
- FREUD S. (1926), *Inhibition Symptôme Angoisse*, Paris, Puf, 1968.
- FREUD S. (1927), « Le fétichisme », in *La Vie sexuelle*, Paris, Puf, 1969.
- FREUD S. (1929), *Malaise dans la civilisation*, Paris, Puf, 1971.
- FREUD S. (1936), « Trouble de mémoire sur l'Acropole », in *Résultats, idées, problèmes*, n° 2, Paris, Puf, 1985.
- FREUD S. (1937a), « Analyse avec fin et sans fin », in *Résultats, idées, problème*, n°2, Paris, Puf, 1985.
- FREUD S. (1937b), « Constructions dans l'analyse », in *Résultats, idées, problèmes*, n°2, Paris, Puf, 1985.
- FREUD S. (1937c), « Le clivage du moi traduction », in *Résultats, idées, problèmes*, n°2, Paris, Puf, 1985.
- FREUD S. (1938), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Puf, 1978.
- FREUD S. (1939), *Moïse et le monothéisme*, Paris, Gallimard, 1986.
- GAMMIL J. (1989), « Réflexions sur les mécanismes contraphobiques et la position dépressive », *Revue française de psychanalyse*, n° 3.
- GIBEAULT A. (1995), « Hypocondrie », *Monographie de la Revue française de psychanalyse*.
- GREEN A. (1973), *Le discours vivant*, Paris, Puf.
- GREEN A. (1990), « Pourquoi le mal », in *La folie privée*, NRF Gallimard.
- GREEN A. (2002), *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
- GUILLAUMIN J. (1983), *Psyché*, Paris, Puf.
- GUILLAUMIN J. (1996), « L'objet de la perte dans la pensée de Freud », in *L'objet*, Le Bouscat (Gironde), L'esprit du temps.
- GUILLAUMIN J. (2000), *L'invention de la pulsion de mort*, Paris, Dunod.

- GUILLAUMIN J. (2001), « L'image entre le dedans et le dehors », *Revue française de psychanalyse*, « La figurabilité », n° 4.
- HOCHMANN J. (1992), « Les fondements autoérotiques de l'activité de pensée », Conférence à la Société psychanalytique de Paris.
- HOCHMANN J. (2001), « Institution et narration », Conférence à Nîmes, octobre.
- JAMES H. (1963), « La bête de la jungle » in *L'élève et autres nouvelles*, Paris, 10-18, 1996.
- JEAMMET PH. (2000), *L'énigme du masochisme*, Paris, Puf.
- JEANNEAU A. (1985), « L'hystérie », *Revue française de psychanalyse*, n° 1.
- JONES E. (1969), *La vie et l'œuvre de S. Freud*, tomes 1, 2 et 3, Paris, Puf.
- KHAN M. (1974), « La rancune de l'hystérique », in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 10.
- LAPLANCHE J. (1970), *Vie et mort en psychanalyse*, Paris, Flammarion.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf.
- LE BRETON D. (2002), *Signes d'identité : tatouages, piercing et autres marques corporelles*, Paris, éd. Métailié.
- LECLAIRE S. (1975), *On tue un enfant*, Paris, Seuil, Le champ freudien.
- LEVI P. (1957), *Si c'est un homme*, Paris, Juillard.
- LÉVY F. (1988), *Tirs croisés : du Malade imaginaire au Médecin malgré lui*, Meyzieu (Rhône), Césura.
- LUBTCHANSKY J. (1973), « Le point de vue économique dans l'hystérie, à partir de la notion de traumatisme », in *Revue française de psychanalyse*, n° 3.
- MARTY P., M'UZAN M. DE, DAVID CH. (1963), *L'investigation psychosomatique*, Paris, Puf.
- MCDUGALL J. (1982), *Le théâtre du je*, Paris, Gallimard.
- MERSKEY H. (1979), *Revue « Pain » (1979-6)*, pp. 49-252.
- MILLER P. (1999), « La douleur, une thérapeutique de survie », *Revue française de psychanalyse*, n° 15.
- NERVAL G. DE (1854), « Antéros », in *Les chimères*, la Pléiade, tome 1, 1989.
- OBADIA J.-P. (1990), « Quand l'éclosion d'une perversion masochiste prend le relais d'une grave maladie somatique », *Revue française de psychanalyse*, n° 3.
- ODDY M. (1999), « À propos de la notion freudienne de représentation limite », *Revue française de psychanalyse*, n° 5.
- PERRIER F. (1959), « Psychanalyse de l'hypocondriaque », in *La Chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1994.
- POE E. A. (1841), « Une descente dans le Mæhlstrom » in *Œuvres en prose*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de La Pléiade (1951).
- PONTALIS J.-B. (1977) *Entre rêve et douleur*, Paris, Gallimard.
- PONTALIS J.-B. (1988), *Perdre de vue*, Paris, Gallimard.
- RAFFALLI B. (1987), Préface de À la recherche du temps perdu, Proust, éd. R. Laffont, Bouquins, vol. 2 et 3.
- RICOEUR P. (1983), *Temps et récit*, Paris, Seuil.
- ROLLAND J.-C. (1986), « Un homme torturé », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 33.

- ROSÉ D. (1997), *Endurance primaire*, Paris, Puf, coll. Le fil rouge.
- ROSENBERG B. (1991), « Masochisme mortifère, masochisme gardien de la vie » in *Monographie de la Revue française de psychanalyse*.
- ROSOLATO G. (1978), *La relation d'inconnu*, Paris, Gallimard.
- ROUX M.-L. (1984), « Corps affectés et désaffectés », *Revue française de psychanalyse*, n° 6.
- SCHILDER P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.
- SCHNEIDER M. (1980), *Blessures de mémoire*, Paris, Gallimard.
- SCHUR M. (1975), *La mort dans la vie de Freud*, Paris, Gallimard.
- SMADJA Cl. (1997), « Impensable douleur » in *Le Mal être : angoisse et violence* (dir. de J. Cournut), Paris, Puf.
- SMADJA Cl. (1999), « L'énigme de la douleur dans la dépression essentielle », *Revue française de psychosomatique*, n° 15.
- STOLLER R.J. (1991), « XSM », *Nouvelle Revue de psychanalyse*, « L'excès », n° 43.
- SZWEC G. (1996), « Subversion érotique et subversion autocalmante », in *Revue française de psychosomatique*, n° 10.
- SZWEC G. (1998), « La vie, mode d'emploi », *Revue française de psychanalyse*, n° 5.
- WINNICOTT D. (1982), « La crainte de l'effondrement », in *Essais de Psychanalyse*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

INDEX

A

- agressivité 26, 29, 126, 131, 166, 170, 196, 225
 - inconsciente 87
- alexithymie 2, 156, 170, 186
- algose 3, 155, 158, 163, 170, 175, 178
- angoisse 12, 17, 39, 43, 48, 159
 - d'abandon 119
 - de néantisation 126, 181, 215
 - de séparation 213, 225
 - préventive 44, 85, 99
- aptitude à la douleur 12, 160
- auto-érotisme 13, 88, 147, 150, 196
 - à deux 26, 32, 215, 218
 - de l'hypocondriaque 91
 - douloureux 98, 126, 166, 218
 - premier — 89
- auto-observation 96, 204, 205, 212, 219

C

- consolation
 - aptitude à la — 158
 - auto— 158, 170
 - chronique 93
 - demande de — 77, 178
 - non — 113, 200
 - pouvoir de — 12

- rôle de la — 157
- consultation de la douleur 188, 229
- contre-investissement 133, 162, 166
- conversion hystérique 14, 60, 62, 77, 177
- culpabilité 28, 29, 35, 87, 89, 125, 152, 218

D

- dépression 99, 194, 196, 225
 - anobjectale du nourrisson 169
 - blanche 169
 - de l'hystérique 66
 - essentielle 108, 147, 186
- détachement 171
 - d'avec la mère 169
 - de l'objet 39
 - travail de — 159
- détournement 171
- double
 - écran identitaire du — 29
 - effet de — 26
 - fonctions du — 215
 - image du — 173
 - narcissique 127
 - notion de — 24
 - rôle du — 212
 - relation en — 213

travail en — 213, 214
 douleur
 morale 105, 194, 225
 organique 131
 physique 64, 75, 105, 133, 155,
 174, 185, 195
 post-traumatique 105
 psychogénique 4, 14, 105, 232
 réponse à la — 111

E

effraction 39
 du pare-excitations 40, 65
 physique du corps 10
 traumatique 3, 125
 excitation 85, 90, 96, 142, 166, 176
 accumulation de l'— 98
 besoin d'— 138
 de la douleur 121
 externe 133
 interne 133, 136
 pulsionnelle 164
 violente 89

F

fantasme 150
 auto-érotique 90
 d'abandon 236
 d'activité 145
 d'auto-engendrement 98
 de grossesse 96
 de l'enfant mort 83
 de scène primitive 149, 151
 identificatoire bisexué 89
 meurtrier 32
 originaire 70, 98, 206
 sadique 149
 sexuel masochique 172
Flare up 215

G

guérison 13, 51, 86, 140, 182, 198

de l'hypocondrie 103
 non — 195
 tentative de — 85, 187

H

Hilflosigkeit 12, 49, 85, 112, 157, 174,
 233
 hyperactivité 113, 164
 hypocondrie 79, 81, 82, 86, 88, 93, 98,
 100
 et hyperactivité 103
 noyau de l'— 93
 trajet de l'— 95
 hystérie 57, 71
 — et dépression 66
 — et souvenir 66
 — et traumatisme 66, 67
 étiologie de l'— 65
 leçon de l'— 74
 misère archaïque de l'— 67

L

lombalgique 164, 205
 biphasisme du — 167
 discours du — 108
 douleur — 111
 psychogénique 105

M

masochisme 10–12, 31, 132, 137, 144,
 151, 157
 énigme du — 38
 avidité au — 98
 douloureux 218
 originaire 53
 primaire 125
 mélancolie 37, 39
 énigme de la — 38
 du corps 11, 155, 159
 mortification 170
 du pare-excitations 4, 167, 182

N

- narcissisme
 ancien 198
 blessé 26, 196
 douloureux 126
 grandiose 140
 mégalomaniaque 144
 masochique 96
- narrativité 4, 190, 213
- néonarcissisme
 douloureux 4, 195
- névrose 59
 actuelle 23, 81
 algique *Voir* algose 155
 nasale 25
 traumatique 3, 13, 14, 40, 121

P

- pare-excitations 49, 89, 129, 139, 144, 175
 bouclier du — 168
 fonction — 131, 157
 paradoxal 170
 rupture du — 40, 43
 systèmes protecteurs du — 47
- peur de l'effondrement 205
- plainte 15, 22, 212
 de l'enfant 96
 expression de la — 77
 hypocondriaque 80, 81
 nécessité de la — 4, 15
- principe de plaisir 44–46, 52
 principe de plaisir-déplaisir 37, 47, 50
- psychanalyse 2, 189
- psychogénie 45, 64, 120, 235
- psychothérapie 173, 189
 de relaxation 179
- pulsion 52
 émergence de la — 179
 épistémologique 24
 agressive 33, 216
 d'autoconservation 152, 202

- d'emprise 157, 169, 174, 175
 de mort 53, 54, 173, 199, 204
 de vie 199
 destructrice 124, 166
 pseudo — 189
 scopique 241
 sexuelle 89
 sur le moi 172

R

- récit
 associatif 217
 de la plainte 213
- régrédience 213
- régresser, régression 14, 26, 134, 198, 217
- réminiscence 61, 65, 68, 121
- répétition 34, 68, 87, 108, 113, 201
 automatisme de — 130
 de l'expérience 51
 force de la — 119, 145
 nécessité de la — 226
- retournement 171, 172
 de la passivité en activité 142
 de la pulsion 152, 199
 sur soi 167

S

- sadique
 émergence — 218
 désir du — 133
 objet — 125
 partenaire — 139, 140
- sadisme 132, 196
 auto— 141, 142
 libération de — 218
 originaire 53
- satisfaction 151, 169
 -plaisir 200
 -souffrance 47
 épreuve de — 50
 besoin de — 119

- du besoin 92
 masochiste 200
 possibilité de — 12
 sexuelle 88
 substitutive 46
 somatisation 15, 69, 156, 168, 182, 235
 souffrance
 - refuge 187
 épreuve de la — 50
 accepter la — 140
 autodescription répétitive de la —
 215
 corporelle 161, 229
 de deuil 225
 de l'hystérique 70
 du nourrisson 113
 morale 2, 99
 paradigme de la — 39
 physique 135, 141
 précoce 95
 psychique 64, 118, 178
 temps de la — 198
 valeur de la — 234
 souvenir 150, 203
 écran 4, 34, 116, 203
 de l'hystérique 68
 de la douleur 43
 de séduction 66
 neurologique 61
 traumatique 44, 202, 203
 survie 144
 instinct de — 94
 violence de — 124
- T**
- tendresse 26, 31, 126, 138, 147, 195
 torture
 désirée 131
 situation de — 132
 subie 131
 transfert 81, 217
 contre— 219
 latéral 99, 148
 maternel 94
 objet de — 25
 transmission
 à l'autre 77
 de pensée 213
 intergénérationnelle 116
 nécessité de la — 118
 traumatisme 44, 87, 98, 111, 201, 204,
 207
 de la douleur 33, 225, 234
 fixation au — 200
 narcissique 76
 originaire 109, 239
 précoce 84
 psychique 40, 65
- V**
- violence 5
 de l'attachement-haine 70
 de la douleur 41
 de la naissance 49
 des affects 88, 97
 des fantasmes 206
 des images 88
 fondamentale 94
 meurtrière 144
 primaire 197
 traumatique 134
 vivance 129, 170
 de la douleur 4, 167

045209 - (I) - (1,5) - OSB - 100° - AUT - MPN

Imprimerie Nouvelle
 45800 Saint-Jean-de-Braye
 N° d'Imprimeur : 407984B
 Dépôt légal : mars 2004

Imprimé en France

Gabriel Burloux

LE CORPS ET SA DOULEUR

La douleur court comme un fil rouge, du début à la fin de la vie et de l'œuvre freudienne, aussi bien dans ses aspects physiques que psychiques. Cependant, les disciples de Freud et les analystes contemporains n'ont pas manifesté le même intérêt pour elle, et la médecine moderne la confie de plus en plus à des consultations ou centres spécialisés. Pourtant, comme Freud le pensait, *la douleur physique peut être un symptôme psychique au même titre que l'angoisse, la dépression ou les obsessions*. Penser la douleur et essayer de mieux saisir son énigme, c'est faire avancer la compréhension du psychisme humain, en particulier dans son aspect traumatique. Tel est l'objectif de ce livre.

Une première partie analyse la douleur dans la vie et dans l'œuvre de Freud. La seconde partie, vouée à la clinique, étudie des catégories nosographiques sous l'angle exclusif de la douleur : hystérie, hypocondrie, névrose traumatique dans lesquelles Freud a reconnu une origine psychogénique de la douleur. Enfin, l'auteur consacre une troisième partie à la théorie et à la pratique de la prise en charge psychothérapique de la douleur quelle que soit son origine (psychique ou somatique). Il introduit la notion de « névrose algique » et étudie les différentes fonctions de la douleur et les remaniements qu'elle impose au Moi pour détailler ensuite les caractéristiques du fonctionnement mental des douloureux chroniques.

De nombreux cas cliniques illustrent ce livre, relevés principalement au sein d'une consultation hospitalière créé par l'auteur à l'hôpital neurologique de Lyon et animée uniquement par des psychanalystes.

GABRIEL BURLOUX

est médecin psychiatre, psychanalyste, membre de la Société psychanalytique de Paris. Il a travaillé longtemps aux côtés de somaticiens de diverses disciplines, en particulier rhumatologues, dans le but de mieux comprendre et de mieux traiter la douleur.

Collection **PSYCHISMES**
fondée par Didier Anzieu.



9 782100 052097

ISBN 2 10 005209 8

<http://www.dunod.com>

