

J.-D. NASIO

L'HYSTERIE
OU
L'ENFANT
MAGNIFIQUE
DE LA
PSYCHANALYSE

R I V A G E S
PSYCHANALYSE

**LE VISAGE
DE L'HYSTÉRIE
EN ANALYSE**

Avant d'engager une réponse à nos interrogations initiales, esquissons maintenant le visage clinique de l'hystérie moderne. Elle nous apparaît de deux manières distinctes selon le type de regard que nous lui portons. Nous pouvons, en effet, soit l'envisager d'un point de vue descriptif à partir des symptômes observables, et alors l'hystérie se présente comme une entité clinique définie ; soit l'envisager d'un point de vue relationnel, et concevoir alors l'hystérie comme un lien malade du névrosé avec autrui, et particulièrement dans le cas de la cure, avec cet autre qu'est le psychanalyste.

Si d'abord nous nous situons à la place d'un observateur extérieur, nous reconnâtrons dans l'hystérie une névrose généralement latente qui éclôt le plus souvent lors d'événements marquants ou à des périodes critiques de la vie d'un sujet, comme par exemple à l'adolescence. Cette névrose se manifeste sous la forme de troubles divers et souvent passagers, dont les plus classiques sont des symptômes somatiques tels que les perturbations de la motricité (contractures musculaires, difficultés de la marche, paralysies des membres, paralysies faciales...) ; les troubles de la sensibilité (douleurs locales, migraines, anesthésies d'une région limitée du corps...) ; et les trou-

bles sensoriels (cécité, surdité, aphonie...). Nous trouvons aussi un ensemble d'affections plus spécifiques allant des insomnies et des évanouissements bénins, aux altérations de la conscience, de la mémoire ou de l'intelligence (absences, amnésies, etc.), jusqu'à des états graves de pseudo-coma. Toutes ces manifestations dont l'hystérique souffre, et en particulier les symptômes somatiques, se caractérisent par un signe absolument distinctif : elles sont le plus souvent transitoires, ne résultent d'aucune cause organique, et, dans leur localisation corporelle, elles n'obéissent à aucune loi de l'anatomie ou de la physiologie du corps. Nous verrons plus loin comment toutes ces souffrances somatiques dépendent au contraire d'une autre anatomie, éminemment fantasmatique, qui agit à l'insu du patient.

Un autre trait clinique de l'hystérie, sur lequel nous reviendrons très souvent, concerne aussi le corps mais compris comme corps sexué. Le corps de l'hystérique souffre en effet de se diviser entre la partie génitale, étonnamment anesthésiée et frappée par de fortes inhibitions sexuelles (éjaculation précoce, frigidité, impuissance, dégoût sexuel...), et tout le reste non génital du corps qui, paradoxalement, apparaît très érotisé et soumis à des excitations sexuelles permanentes.

*

* *

Changeons maintenant de place et installons-nous au point de vue relationnel, celui qu'adopte le psychanalyste engagé dans le travail de l'écoute. Sa conception de l'hystérie s'est forgée non seulement à travers l'enseignement théorique des ouvrages de psychanalyse, mais surtout à partir de l'expérience du transfert avec l'analysant dit hystérique, et plus généralement, soulignons-le bien, avec l'ensemble de ses patients. Oui, avec l'ensemble de ses patients car tous les patients en analyse traversent inévitablement une phase d'hystérisation au moment où s'installe la névrose de transfert avec le psychanalyste. Justement, qu'avons-nous appris de nos patients sur l'hystérie ? Sans doute ce livre se veut une longue réponse à cette question. Mais, pour l'instant, restons-en à ceci : quel est le visage de l'hystérie en analyse ?

De notre place transférentielle, nous constatons trois états ou encore trois positions permanentes et durables du moi hystérique. Au-delà de la multiplicité des événements qui se succèdent au cours d'une cure et en deçà des paroles, affects et silences, nous reconnaissons en effet trois états propres au moi qui résument à eux seuls le visage spécifique de l'hystérie en analyse. Un premier état, pour ainsi dire passif, dans lequel le moi est constamment en attente de recevoir de l'Autre non pas la satisfaction qui comble, mais curieusement, la non-réponse qui frustré. Cette attente déçue, toujours difficile à gérer par le psychanalyste, aboutit à la perpétuelle insatisfaction et au mécontentement dont se plaint si souvent le névrosé. Premier état donc, celui d'un *moi insatisfait*. Une autre position, typiquement hystérique,

repérable en analyse, est aussi un état du moi, mais l'état plutôt actif d'un moi qui hystérise, c'est-à-dire qui transforme la réalité concrète de l'espace analytique en une réalité fantasmatique à contenu sexuel. Nous précisons bientôt en quoi consiste cette transformation et quel sens donner à ce qualificatif de « sexuel », mais nous pouvons d'ores et déjà affirmer que le moi hystérique érotise le lieu de la cure. Deuxième état donc, celui d'un *moi hystérisant*. Il existe encore une troisième position subjective de l'hystérique, caractérisée par la tristesse de son moi quand il doit affronter enfin la seule vérité de son être : ne pas savoir s'il est un homme ou une femme. Troisième état donc, celui d'un *moi triste*. Arrêtons-nous un instant sur chacun de ces états moïques.

*

Un moi insatisfait

Pour la psychanalyse, l'hystérie n'est pas comme on le croit habituellement une maladie affectant un individu, mais l'état malade d'un rapport humain qui assujettit une personne à une autre. L'hystérie est avant tout le nom que nous donnons au lien et aux nœuds que le névrosé tisse dans sa relation avec autrui à partir de ses fantasmes. Formulons-le nettement : l'hystérique, comme tout sujet névrosé, est celui qui, à son insu, impose dans le lien affectif à l'autre la logique malade de son fantasme inconscient. Un fantasme dans lequel

il joue le rôle d'une victime malheureuse et constamment insatisfaite. C'est précisément cet état fantasmatique d'insatisfaction qui marque et domine toute la vie du névrosé.

Mais pourquoi fantasmer et vivre l'insatisfaction alors qu'en principe c'est le bonheur et le plaisir que nous chercherions à atteindre ? La raison est claire : l'hystérique est fondamentalement un être de peur qui, pour atténuer son angoisse, n'a trouvé d'autre recours qu'entretenir sans cesse, dans ses fantasmes et dans sa vie, l'état pénible d'insatisfaction. Tant que je serai insatisfait, dirait-il, je resterai à l'abri du danger qui me guette. Mais de quel danger s'agit-il ? De quoi a peur l'hystérique ? Que redoute-t-il ? Il n'y a qu'un danger essentiel qui le menace, un péril absolu, pur, sans image ni figure, plutôt pressenti que défini, à savoir le danger de vivre la satisfaction d'une jouissance maximale. Une jouissance telle que, s'il la vivait, elle le ferait devenir fou, se dissoudre ou disparaître. Peu importe qu'il imagine cette jouissance maximale comme jouissance de l'inceste, souffrance de la mort ou douleur d'agonie ; et peu importe qu'il imagine les risques de ce danger sous la forme de la folie, de la dissolution ou de l'anéantissement de son être, le problème est d'éviter coûte que coûte toute expérience qui évoquerait de près ou de loin un état de pleine et absolue satisfaction. Cet état, au demeurant impossible, est pourtant pressenti par l'hystérique comme une menace réalisable, comme le danger suprême d'être un jour ravi par l'extase et de jouir jusqu'à la mort ultime. En somme, le problème de l'hystérique est avant tout sa peur, une peur profonde

et décisive, jamais ressentie mais agissant à tous les niveaux de son être, une peur concentrée sur un seul péril, le fait de jouir. Ce sont bien la peur et le refus tenace de jouir qui occupent le centre de la vie psychique du névrosé hystérique.

Or, pour écarter cette menace d'une jouissance maudite et redoutée, l'hystérique invente inconsciemment un scénario fantasmatique destiné à se prouver et prouver au monde qu'il n'y a de jouissance qu'insatisfaite. Comment alors entretenir le mécontentement, sinon en créant le fantasme d'un monstre, que nous appelons l'Autre, tantôt fort et suprême, tantôt faible et malade, toujours démesuré et décevant à l'endroit de nos attentes ? Aussi tout échange avec l'Autre conduit-il inexorablement à l'insatisfaction. Dès lors, la réalité quotidienne du névrosé se modèle selon le moule du fantasme, et les proches qu'il aime ou qu'il hait remplissent pour lui le rôle d'un Autre insatisfaisant. L'hystérique traite son semblable aimé ou haï, et plus particulièrement son partenaire psychanalyste, de la même manière qu'il traite l'Autre de son fantasme. Et comment s'y prend-il ? Il cherche — et trouve toujours ! — les points où son semblable est fort et abuse de cette force pour l'humilier ; et les points où son semblable est faible, et par cette faiblesse, suscite la compassion. L'hystérique décèle chez autrui, avec une perception très aiguë, le signe d'une puissance humiliante qui le rendra malheureux, ou d'une impuissance touchante sur laquelle il s'apitoie mais à laquelle il ne pourra remédier. Bref, qu'il s'agisse du pouvoir de l'autre ou de la faille dans l'autre, que ce soit avec l'Autre de son fantasme ou avec l'autre de

sa réalité, ce sera toujours l'insatisfaction que le moi hystérique tiendra à retrouver comme son meilleur gardien. Le monde de la névrose, habité de cauchemars, d'obstacles et de conflits, devient ainsi le seul rempart protecteur contre le péril absolu de la jouissance.

*

Un moi hystérisant

L'hystérique ne perçoit jamais ses propres objets internes ou les objets externes du monde tels qu'ils sont communément perçus, mais transforme leur réalité matérielle en réalité fantasmée, en un mot : il hystérise le monde. Qu'est-ce que cela veut dire ? Que signifie hystériser ?

Nous venons de voir que pour s'assurer de l'état d'insatisfaction, l'hystérique cherche dans l'autre la puissance qui le soumet ou l'impuissance qui l'attire et le déçoit. Doté d'une aiguë sensibilité perceptive, il détecte chez l'autre la moindre faille, le moindre signe de faiblesse, le plus petit indice révélateur de son désir. Mais à l'instar d'un œil perçant qui ne se contente pas de percer et transpercer l'apparence de l'autre pour y trouver un point de force ou une fêlure, l'hystérique invente et crée ce qu'il perçoit. Il installe dans le corps de l'autre un corps nouveau aussi libidinalement intense et fantasmatique que l'est son propre corps hystérique. Car

le corps de l'hystérique n'est pas son corps réel, mais un corps sensation pure, ouvert au-dehors comme un animal vivant, une sorte d'amibe extrêmement vorace qui s'allonge vers l'autre, le touche, éveille en lui une sensation intense et s'en nourrit. Hystériser, c'est faire naître dans le corps de l'autre un foyer ardent de libido.

Modifions maintenant nos termes et soyons encore plus précis dans la définition du concept d'hystérisation. Qu'est-ce qu'hystériser ? Hystériser, c'est érotiser une expression humaine quelle qu'elle soit, alors que par elle-même, intimement, elle n'était pas de nature sexuelle. C'est exactement ce que fait l'hystérique : en toute innocence, sans savoir, il sexualise ce qui n'est pas sexuel ; il s'approprie, à travers le filtre de ses fantasmes à contenu sexuel — et dont il n'a pas nécessairement conscience — tout geste, toute parole ou tout silence qu'il perçoit chez l'autre ou qu'il adresse à l'autre.

Or, nous devons tout de suite apporter une précision qui vaudra à chaque fois que nous utiliserons dans ce livre le mot « sexuel ». De quelle sexualité s'agit-il quand nous pensons à l'hystérie ? Quel est le contenu de ces fantasmes ? Que voulons-nous dire quand nous affirmons que l'hystérique sexualise ? Précisons d'abord que le contenu sexuel des fantasmes hystériques n'est jamais vulgaire ni pornographique, mais une évocation très lointaine et transfigurée des gestes sexuels. Il s'agit de fantasmes à proprement parler sensuels et non pas sexuels, dont le moindre élément anodin peut servir comme déclencheur d'un orgasme auto-érotique.

Il faut en effet comprendre que la sexualité hystérique n'est nullement une sexualité génitale mais un simulacre de sexualité, une pseudo-généralité plus proche des attouchements masturbatoires et des jeux sexuels infantiles que d'un réel engagement vers la concrétisation d'un véritable rapport sexuel. Sexualiser ce qui n'est pas sexuel signifie pour l'hystérique transformer l'objet le plus anodin en un signe évocateur et prometteur d'un *éventuel* rapport sexuel. L'hystérique est un remarquable créateur de signes sexuels qui sont rarement suivis par l'acte sexuel qu'ils annoncent. Sa seule jouissance, jouissance masturbatoire, consiste à produire ces signes qui lui font croire et font croire à l'autre que son vrai désir est de s'engager dans la voie d'un acte sexuel accompli. Et pourtant, s'il est un désir auquel tient l'hystérique c'est qu'un tel acte échoue, plus exactement il tient au désir inconscient de la non-réalisation de l'acte et, par conséquent, au désir de demeurer un être insatisfait.

Le cadre habituel de l'analyse, le divan, le rituel des séances ou le ton particulier de la voix du psychanalyste, ainsi que le lien transférentiel, constituent l'une des conditions les plus favorables pour installer cet état actif d'hystérisation. La parole d'un analysant, homme ou femme — qu'il soit ou non diagnostiqué « hystérique » —, peut à un moment de la séance se charger d'un sens sexuel, susciter une image fantasmatique et provoquer des effets érogènes dans le corps, que ce soit le corps du psychanalyste ou celui de l'analysant lui-même.

Prenons l'exemple du récit d'une analysante qui nous montre comment un élément anodin de la réalité peut être transformé en signe érotique.

Exemple d'hystérisation. □ « Chaque fois que j'entends le déclic de la porte principale de l'immeuble, lorsque vous m'ouvrez en appuyant le doigt sur le bouton de l'interphone, je sens votre doigt appuyer sur ma peau au niveau des bras. Et à ce moment-là, je ris de moi. En vérité, j'ai ri seulement la première fois que cela m'est arrivé ; maintenant, je ne ris plus, je suis saisie par mes sensations. Chaque fois que je suis attentive au plus léger mouvement d'un autre, je le reçois sur la peau, je le sens, je sens une chaleur sur le cou ou sur le cœur. Il m'arrive même de ressentir comme une excitation quand j'entends le simple bruit de la respiration d'un homme près de moi. A ce moment, quelque chose vient directement au corps, sans aucune barrière. Au moindre de vos bruits, je ressens aussitôt une sensation de plaisir à l'endroit de ma peau. Je suis très sensible à vos mouvements qui résonnent dans ma peau. J' imagine ce qui se passe en vous comme si j'étais votre propre peau qui vous enveloppe. Je sens vos mouvements dans ma peau parce que je suis votre peau. » Après un silence, elle ajoute : « Penser et vous dire cela me rassure, et me donne une limite. C'est le raisonnement qui est la limite. »

Venons maintenant au troisième état du moi hystérique, le moi triste.

*

Un moi triste

On imagine à quel point, pour hystériser la réalité, le moi hystérique doit être malléable et capable de s'étirer

sans discontinuité du point le plus intime de son être, au bord le plus extérieur du monde, et combien incertaine devient alors la frontière qui sépare les objets internes des objets externes. Mais cette singulière plasticité du moi installe l'hystérique dans une réalité confuse, mi-réelle, mi-fantasmée, où s'engage le jeu cruel et douloureux des identifications multiples et contradictoires à divers personnages, et cela au prix de rester étranger à sa propre identité d'être, et plus particulièrement à son identité d'être sexué. L'hystérique peut ainsi s'identifier à l'homme, à la femme, ou encore au point de fracture d'un couple, c'est-à-dire qu'il peut incarner l'insatisfaction même dont un couple est affligé. Il est très fréquent de constater combien le sujet adopte avec une aisance étonnante aussi bien le rôle de l'homme que celui de la femme, mais surtout le rôle du troisième personnage par qui le conflit arrive ou, au contraire, grâce à qui le conflit s'apaise. Que l'hystérique déclenche le conflit ou qu'il l'éteigne, qu'il soit homme ou femme, il occupera invariablement le rôle de l'exclu. C'est justement le fait d'être rejeté à cette place d'exclu qui explique la tristesse dont souvent sont accablés les hystériques. Ils créent une situation conflictuelle, mettent en jeu des drames, s'immiscent dans des conflits, et puis une fois le rideau tombé, ils s'aperçoivent avec la douleur de la solitude que tout n'a été qu'un jeu dont ils sont la part exclue. C'est lors de ces moments de tristesse et de dépression si caractérisés, que nous repérons l'identification de l'hystérique avec la souffrance propre à l'insatisfaction : le sujet hystérique n'est plus un homme, n'est plus une femme, il est maintenant douleur d'insatisfaction. Et avec cette douleur, il reste dans l'impossibilité de se dire

homme ou de se dire femme, de dire tout simplement l'identité de son sexe. La tristesse du moi hystérique répond au vide et à l'incertitude de son identité sexuée.

*
* *

En somme, le visage de l'hystérie dans une cure d'analyse, et au-delà dans tout rapport avec autrui, se présente comme un lien insatisfaisant, érotisant et triste, tout entier polarisé autour du refus tenace de jouir.

Il est opportun de préciser maintenant que ce refus tenace de jouir se retrouve également aux fondements des autres névroses que sont l'obsession et la phobie, mais sous des modalités bien spécifiques. Quelles sont les modalités obsessionnelle et phobique du refus que le névrosé oppose à la jouissance ? Et comparativement, quelle est la modalité spécifique du refus hystérique ? C'est ce que nous allons aborder à présent.

La différence entre l'hystérie, l'obsession et la phobie

Pour situer l'hystérie dans le cadre plus large des névroses, et marquer ainsi sa spécificité à côté des deux

autres grands types cliniques, demandons-nous avant tout ce qu'est une névrose en général. La réponse est maintenant claire : la névrose est une mauvaise façon de se défendre, la façon inappropriée que, sans savoir, nous employons pour nous opposer à une jouissance inconsciente et dangereuse. Si nous tombons malades, névrotiquement malades, c'est bien parce que nous cherchons opiniâtement à nous défendre contre une jouissance douloureuse. Et ce faisant, nous nous défendons mal. Nous nous défendons mal, car pour apaiser l'intolérable d'une douleur, nous n'avons eu d'autre recours que de la transformer en souffrance névrotique (symptômes). Finalement, nous n'avons fait que substituer à une jouissance inconsciente, dangereuse et irréductible, une souffrance consciente, supportable et en dernière instance réductible. Ainsi les trois névroses classiques peuvent-elles se définir suivant le mode particulier qu'a le moi de se défendre. Il existe alors trois façons — j'insiste, mauvaises façons — de lutter contre la jouissance intolérable et par conséquent trois modes différents de vivre sa névrose.

- Souffrir névrotiquement sur un mode *obsessionnel*, c'est souffrir consciemment dans la pensée, c'est-à-dire *déplacer* la jouissance inconsciente et intolérable en souffrance de pensée.

- Souffrir en *phobique*, c'est souffrir consciemment du monde qui nous entoure, c'est-à-dire *projeter* au-dehors, sur le monde extérieur, la jouissance inconsciente et intolérable, et la cristalliser en un élément de l'environ-

nement externe, devenu alors l'objet menaçant de la phobie.

• Et enfin, souffrir sur un mode *hystérique*, c'est souffrir consciemment dans le corps, c'est-à-dire *convertir* la jouissance inconsciente et intolérable en souffrance corporelle.

En un mot, la jouissance intolérable se convertit en troubles du corps dans l'hystérie, se déplace en dérèglement de la pensée dans l'obsession, et s'expulse pour aussitôt revenir comme un danger extérieur, dans la phobie.

Avançons une dernière remarque en nous appuyant sur une phrase éclairante de Freud : « Notre terminologie des névroses n'est pas applicable au refoulé [jouissance intolérable] qui ne peut plus être appelé ni hystérique, ni obsessionnel, ni paranoïaque. » On le voit aisément, les qualificatifs d'hystérique, d'obsessionnel ou de phobique ne s'appliquent pas à la chose inconsciente et refoulée, mais bien aux types de défense utilisés par le moi. La névrose reste une affaire de défense, et non pas une affaire de l'objet contre lequel agit la défense. Si nous reprenons notre terminologie, nous pouvons conclure en affirmant qu'il n'y a pas de jouissance névrotique, obsessionnelle ou autre, il n'y a que des modalités névrotiques du moi pour se défendre.

*

* *

LES CAUSES DE L'HYSTERIE

**Notre lecture de la première
théorie de Freud :
l'origine de l'hystérie est
la trace psychique d'un trauma**

Revenons maintenant à nos questions du début : comment devient-on hystérique, quelle est la cause des manifestations hystériques ? Quel est le mécanisme de formation d'un symptôme hystérique ? Selon la première théorie freudienne, la névrose hystérique, comme d'ailleurs toute névrose, est provoquée par l'action pathogène d'une représentation psychique, d'une idée parasite non consciente et fortement chargée d'affect. Rappelons qu'à la fin du XIX^e siècle, sous l'impulsion de Charcot et de Janet, était déjà établie et relativement bien admise la thèse qui faisait de l'hystérie une « maladie par représentation ». Freud, lui aussi, emprunta cette voie, mais très vite s'en écarta, en apportant plusieurs modifications dont la plus décisive fut de considérer l'idée parasite, génératrice du symptôme hystérique, comme une idée à contenu essentiellement sexuel. Mais qu'est-ce que cette idée sexuelle ? Comment est-il possible qu'une idée inconsciente et sexuelle soit capable, à elle seule, de provoquer une aphonie par exemple, une boulimie ou

encore une frigidity ? Pour répondre, nous suivrons pas à pas le processus qui s'ouvre avec l'apparition de cette représentation sexuelle inconsciente, et qui s'achève avec l'apparition d'un symptôme hystérique chez le patient.

Au début de son œuvre, Freud est persuadé — il changera d'avis plus tard — que le malade hystérique a subi, lors de son enfance, une expérience traumatique. L'enfant pris au dépourvu a été la victime impuissante d'une séduction sexuelle opérée par un adulte. La violence de cet événement réside dans l'irruption intempestive chez l'enfant d'un émoi sexuel excessif qui le submerge et dont il n'a nulle conscience. L'enfant, être immature, reste pétrifié et sans voix ; il n'a pas eu le temps de réaliser ce qui lui arrive ni d'éprouver l'angoisse qui aurait été la sienne s'il avait eu conscience d'un tel émoi brutal. La violence du trauma consiste en l'émergence d'un trop-plein d'affect sexuel non ressenti dans la conscience, mais inconsciemment reçu. Trauma veut dire trop d'affect inconscient en l'absence de l'angoisse nécessaire qui, au moment de l'incident, aurait permis au moi de l'enfant d'amortir et de supporter la tension excessive. S'il y a eu trauma, c'est bien parce que l'angoisse — qui aurait dû surgir — a précisément manqué. Désormais est installé dans l'inconscient de l'enfant un excès de tension inassimilable et en errance, qui n'arrive pas à se décharger sous la forme d'un appel au secours par exemple, ou d'une action motrice de fuite. Ce trop-plein d'affect subsistera alors dans le moi à la manière d'un kyste, pour y constituer le foyer morbide générateur des futurs symptômes hystériques. L'excita-

tion brutale qu'a signifiée l'acte séducteur de l'adulte a introduit au sein du moi une énergie qui, transférée de l'extérieur vers l'intérieur, s'y enferme sous la forme d'une intense tension sexuelle à la dérive. On peut reconnaître dans un tel excès d'affect sexuel l'équivalent d'un orgasme inconscient chez un être immature. Ainsi, nous comprenons que le trauma n'est plus un événement extérieur, mais un violent dérèglement interne, logé dans le moi.

Or, il est encore un autre aspect du trauma qu'il nous faut préciser. Un trauma psychique n'est pas seulement un excès de tension errante, c'est aussi une image suractivée par cet excès d'énergie sexuelle accumulée. La trace psychique du trauma, que nous appellerons maintenant « représentation intolérable », comporte donc deux éléments inconscients : une surcharge d'affect et une image suractivée. Nous venons de voir comment surgit la charge sexuelle ; demandons-nous à présent comment surgit l'image. Pour cela, il faut comprendre d'abord que le moi de l'enfant, futur hystérique, sur lequel portera l'impact traumatique de la séduction, est une surface psychique faite de différentes images corporelles organisées comme un corps imaginaire, véritable caricature du corps anatomique. Le moi hystérique est ainsi un corps composé à la manière d'un habit d'arlequin, où chaque losange du costume correspond à l'image déformée d'un organe particulier, d'un membre, d'un orifice ou de toute autre partie anatomique. Au moment du trauma, l'impact de la séduction détache l'un de ces losanges, touche ponctuellement l'une de ces images, celle juste-

ment correspondant à la partie corporelle mise en jeu lors de l'accident traumatique. L'excédent de tension psychique se concentre alors sur cette image et l'investit à tel point qu'elle finit par se désolidariser du reste des autres images du corps imaginaire ou, ce qui revient au même, se désolidariser du moi hystérique. Précisément, ce que nous avons appelé représentation inconsciente ou idée parasite, en qualifiant l'hystérie de « maladie par représentation », est bien cette image inconsciente, déconnectée du corps imaginaire (le moi), renvoyant à la partie du corps concernée dans la scène traumatique, et hautement investie d'une charge sexuelle. Un détail, une posture du corps de l'adulte séducteur ou du corps de l'enfant séduit, une odeur, une lumière, un bruit... toutes ces formes peuvent constituer le contenu imaginaire de la représentation inscrite dans l'inconscient et sur laquelle va se fixer l'excès de l'affect sexuel.

Je voudrais insister encore sur l'élément essentiel du trauma. Ce qu'il faut bien retenir est ceci : le trauma dont souffre l'enfant n'est pas l'agression extérieure, mais la trace psychique laissée par l'agression ; ce n'est pas la nature de l'impact qui compte, mais l'empreinte qui en résulte, imprimée à la surface du moi. C'est cette empreinte, cette image hautement investie d'affect, isolée, pénible pour le moi, qui doit être considérée comme la source du symptôme hystérique, et même plus généralement comme la source de tout symptôme névrotique quel qu'il soit.

Le trauma s'est déplacé. Nous avons commencé en évoquant un incident traumatique extérieur à l'enfant,

et maintenant nous retrouvons la même violence de l'effraction enclavée à l'intérieur du moi sous la forme d'une représentation inconsciente, surchargée d'énergie sexuelle et source d'une douleur intolérable pour le moi. Soulignons-le : la cause de l'hystérie n'est pas un accident mécanique extérieur et datable dans l'histoire du patient, mais la trace psychique surinvestie d'affect ; ce n'est pas le fait même de la séduction qui opère, mais la représentation psychique qui en est la trace vivante.

*

* *

**L'hystérie est provoquée
par une défense inappropriée du moi :
le refoulement**

S'impose à nous maintenant une nouvelle question : quel est le destin de la surcharge qui investit la représentation errante ? Comment le moi va-t-il s'en dégager ? Et surtout, pourquoi la représentation surchargée est-elle la source morbide de troubles hystériques ? La réponse à ces questions est décisive pour comprendre l'une des grandes thèses freudiennes de l'étiologie de l'hystérie. D'après Freud, la névrose hystérique est provoquée par la maladresse avec laquelle le moi veut neutraliser ce parasite interne qu'est la représentation sexuelle intolérable. Il est curieux de voir que la représentation intolérable acquiert paradoxalement son véri-

table pouvoir pathogène lorsqu'elle est attaquée par un moi qui se débat. Alors qu'elle était déjà isolée par le poids de sa surcharge, le moi va accentuer son isolement jusqu'à porter la tension à son paroxysme. Plus le moi attaque la représentation, plus il l'isole. Or, c'est exactement ce sursaut défensif du moi que Freud appelle « refoulement ». Freud a tellement insisté sur la notion de refoulement qu'on oublie fréquemment ceci : « refouler » veut dire avant tout « isoler ». C'est parce que ladite représentation a été fondamentalement séparée des autres représentations organisées de la vie psychique, qu'elle devient radicalement intolérable et qu'elle garde au sein du moi une activité pathogène inextinguible. Tant que cette représentation pénible reste écartée — c'est-à-dire refoulée —, le moi conservera en lui un traumatisme psychique interne et larvé.

Je le souligne, ce qui rend malade un hystérique n'est pas tant la trace psychique du trauma, mais le fait que cette trace, sous la pression du refoulement, soit surchargée d'un trop-plein d'affect qui voudrait en vain s'écouler. Le ressort essentiel de l'hystérie consiste donc dans le conflit entre une représentation porteuse d'un excès d'affect d'une part et, d'autre part, une défense malheureuse — le refoulement — qui rend la représentation encore plus virulente. Plus le refoulement s'acharne contre la représentation, plus il l'isole et la rend dangereuse. Le moi s'épuise et s'affaiblit ainsi dans un vain combat qui produit l'effet inverse du but recherché. Le refoulement est une défense tellement inadéquate que nous pouvons le considérer comme aussi malsain pour

le moi que la représentation pathogène qu'il prétend neutraliser.

Le rôle de la défense dans l'étiologie de l'hystérie fut pour Freud si déterminant qu'il nomma l'hystérie, « hystérie de défense » (nous aurions pu dire aussi « hystérie de refoulement »). Nous verrons tout de suite que Freud n'en restera pas là et proposera une nouvelle dénomination : « hystérie de conversion ».

*
* *

**L'hystérie est provoquée
par l'échec du refoulement :
la conversion**

Nous sommes donc en présence d'un conflit au sein du moi entre, d'un côté, une représentation surchargée qui cherche à libérer son trop-plein d'énergie et, de l'autre, la pression constante du refoulement qui, en isolant la représentation, l'empêche d'écouler sa surcharge. Quelle sera la résolution de ce conflit ? En fait, il n'y aura pas de solution radicale, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas d'écoulement libérateur, mais seulement des solutions de compromis, consistant toutes dans l'investissement d'autres représentations moins dangereuses que la représentation intolérable. Il s'agit donc d'un déplacement d'énergie, ou pour être plus exact, nous

devrions dire qu'il s'agit d'une transformation de l'énergie d'un état premier en un état second. Afin de déjouer le refoulement, l'excès d'énergie passe de son état premier — la surcharge d'une représentation intolérable — à cet autre état de charge qu'est la souffrance corporelle. La charge se transforme donc, mais sans cesser pour autant d'être un excès d'énergie aux effets morbides.

Or, ce conflit « surcharge/refoulement », que nous avons cerné dans notre souci de comprendre le mécanisme de l'hystérie, est en réalité situé au fondement de toutes les névroses. La spécificité de chaque type de névrose : obsession, phobie et hystérie, dépendra des modalités de l'issue finale du conflit. Nous aurons une névrose différente selon le type de représentation que la surcharge finit par investir après avoir quitté la représentation intolérable. Expliquons-nous. L'issue du conflit se décide suivant le schème de transformation de l'énergie en deux états distincts. Nous avons toujours la surcharge énergétique dans sa nature d'excès, mais cette surcharge adopte deux états différents et successifs : l'état premier correspond au moment où elle investit la représentation intolérable (scène traumatique) ; et l'état second correspond au moment où elle investit une représentation quelconque appartenant à la pensée (obsession), au monde extérieur (phobie), ou au corps (hystérie). La surcharge, tout en conservant sa nature d'excès, peut donc se mobiliser en contournant de trois manières possibles le refoulement, ou si l'on veut, en provoquant trois mises en échec du refoulement qui resteront finalement trois mauvaises solutions puisque chacune d'elles donnera lieu à un symptôme névrotique qui fait souffrir.

Obsession

La première issue possible consiste en un déplacement de la charge qui abandonne la représentation pénible pour s'installer dans la pensée et surinvestir une idée consciente devenue envahissante dans la vie du névrosé. Nous reconnaissons ici le mécanisme de formation de l'idée fixe obsessionnelle.

Phobie

La deuxième issue correspond au cas de la névrose phobique. La charge quitte également la représentation, mais au lieu de s'installer immédiatement dans un élément de la pensée, comme c'est le cas dans l'obsession, elle reste d'abord libre, sans attache, en attente dans le moi. La charge ainsi disponible et flottante est ensuite projetée sur le monde extérieur pour s'y fixer en un élément défini (la foule, un animal, un espace clos, un tunnel, etc.), devenu dès lors l'objet que le phobique doit fuir pour éviter l'apparition de l'angoisse.

**La souffrance du symptôme de conversion
est l'équivalent
d'une satisfaction masturbatoire**

Conversion

La troisième issue qui déjoue le refoulement, celle qui nous intéresse ici, consiste en la transformation de la

charge sexuelle excessive en influx nerveux tout aussi excessif qui, agissant comme excitant ou comme inhibiteur, provoque une souffrance somatique. Ainsi la conversion se définit-elle d'un point de vue économique comme la transformation d'un excès constant d'énergie passant de l'état psychique à l'état somatique. Ce saut du psychique au somatique, qui demeure aujourd'hui une interrogation ouverte², pourrait se décrire comme suit : la surcharge énergétique quitte le carcan de la représentation intolérable, conserve sa nature d'excès, et resurgit transformée en souffrance corporelle, soit sous la forme d'une hypersensibilité douloureuse, soit au contraire sous la forme d'une inhibition sensorielle ou motrice. Puisque l'excès d'énergie qui passe du psychique au physique reste constant — c'est-à-dire toujours démesuré —, nous pouvons admettre que la souffrance d'un symptôme somatique est une énergie équivalant à l'énergie d'excitation du trauma initial, ou plus exactement équivalant à cet excès d'affect sexuel que nous avons plus haut comparé à un orgasme.

C'est cette permanence d'un même excès d'énergie qui justifierait ainsi le sentiment du psychanalyste lorsque devant des manifestations somatiques de nature hystérique, il irait jusqu'à y reconnaître l'expression substitutive d'un orgasme sexuel. Plus exactement, d'un orgasme obtenu par masturbation, car ne l'oublions pas, la sexualité de l'hystérique reste essentiellement une sexualité infantile. Une soudaine rougeur apparue dans le cou de tel patient hystérique à la fin d'une séance peut être considérée, du point de vue psychanalytique, comme

l'équivalent cutané d'un orgasme. Des vomissements atypiques, une énurésie chez l'enfant, une crise de larmes, une aphonie ou une paralysie hystérique de la marche constitueront en définitive la manière détournée et névrotique qu'a l'hystérique de vivre sa sexualité infantile. Les symptômes conversifs sont donc à prendre comme des équivalents corporels de satisfactions masturbatoires infantiles.

Ainsi, des trois échecs du refoulement, *échec par déplacement* de la surcharge d'une représentation à une idée, dans la névrose obsessionnelle, *échec par projection* de la surcharge de l'intérieur psychique sur le monde extérieur, dans la névrose phobique, l'*échec par conversion* de la surcharge en symptôme somatique constitue le mécanisme particulier de l'hystérie. A l'ancienne appellation « hystérie de défense », Freud substituera désormais l'expression d'« hystérie de conversion ».

*
* *

Le choix de l'organe, siège de la conversion

On a bien compris que pour mettre en échec et contourner la pression du refoulement, la surcharge a dû trouver cette issue conversive dans le corporel et investir un organe précis. Mais comment s'opère alors

le choix de cet organe ? Comment se fait-il que la charge fasse irruption dans telle zone corporelle plutôt que dans telle autre ? Précisément, la région somatique affectée par le symptôme conversif correspond à cette partie du corps jadis touchée par le trauma, devenue ainsi une image déterminée. Dans la conversion, la charge énergétique abandonne l'image inconsciente pour aller « énergétiser » l'organe dont cette image est le reflet. Le choix du siège somatique de la conversion s'explique alors très schématiquement selon la séquence suivante : *partie du corps perçue dans la scène traumatique (le bras par exemple) → image inconsciente d'un bras → paralysie conversive du bras*. Bien entendu, ces trois états successifs du corps — corps perçu, corps imagé et corps souffrant — ne se réfèrent pas toujours au seul corps d'une même personne. La zone corporelle perçue lors du traumatisme peut tout aussi bien appartenir au corps de l'enfant, de l'adulte séducteur, voire d'un témoin de la scène. Car l'essentiel n'est pas de savoir à qui appartient le corps, mais la partie du corps qui a été, lors du trauma, le plus fortement perçue par l'enfant, c'est-à-dire avec le plus de prégnance. Si par exemple, dans la scène traumatique de séduction, on entend les hurlements indignés d'un témoin — prenons le cas d'une mère horrifiée surprenant les attouchements du beau-père sur le corps de sa fille —, alors le symptôme somatique de conversion prendra la forme d'une inhibition de la voix (aphonie) qui frappera plus tard la fille devenue femme hystérique. Les hurlements de la mère perçus et inscrits dans l'inconscient de l'enfant resurgiront ultérieurement en lui, comme une perte de sa voix. L'hystérique actualise dans

son corps (aphonie) l'empreinte psychique imprimée par le corps de l'autre (hurlements de la mère).

*
* *

Si nous résumons les deux aspects essentiels de la conversion que nous venons de considérer, la constance de l'excès d'énergie qui passe de l'état sexuel-psychique à l'état de souffrance somatique, et la persistance d'une zone du corps qui passe de l'état d'image inconsciente à l'état d'organe conversif, nous comprenons à quel point la solution conversive est mauvaise et inappropriée. L'énergie a bien changé de système, mais le sujet continue de souffrir parce que le motif de sa souffrance n'a pas varié. Que ce soit au niveau psychique ou au niveau du corps, il souffre d'être habité par un excès inassimilable et irréductible. La conversion est une mauvaise solution parce qu'elle ne résout pas la difficulté principale qui cause l'hystérie, à savoir l'enfermement de l'excès de charge énergétique en un élément isolé et déconnecté de l'ensemble, que cet élément soit une représentation psychique, ou que cet élément soit une zone corporelle conversive. L'issue de la conversion reste en effet une mauvaise solution car le problème de l'incompatibilité demeure entier : avant, c'était l'incompatibilité de la représentation avec l'ensemble des représen-

tations constitutives du moi de l'hystérique ; à présent, c'est devenu l'incompatibilité d'une souffrance somatique qui n'obéit pas aux lois du corps réel.

Mais aussitôt une question s'impose : puisque la conversion n'est pas la bonne solution, y aurait-il alors une autre manière plus adéquate de traiter l'excès ? une autre solution qu'un changement d'état au cours duquel, nous l'avons vu, l'excès reste toujours un excès ? Oui, ce serait de répartir et distribuer cet excès en une multiplicité de représentations, de collectiviser l'excès, bref, de le désamorcer en le disséminant. Mais comment ? C'est maintenant que nous devons introduire l'écoute du psychanalyste considérée justement comme une dissémination de l'excès, et une voie possible pour guérir le sujet de l'inconciliable.

*
* *

Le symptôme de conversion disparaît s'il prend une valeur symbolique, celle produite par l'écoute du psychanalyste

*C'est parce que quelqu'un m'écoute et veut découvrir
l'énigme des malaises dans mon corps, que ces malaises
prendront un sens dans mon histoire ; alors peut-être
pourront-ils un jour disparaître.*

Puisque la conversion — disions-nous — n'est pas la bonne solution, comment alors traiter l'excès et guérir l'hystérique de l'inconciliable qui le parasite ? Nous parlons de l'hypothèse suivante : l'écoute et l'interprétation du psychanalyste fonctionnent en tant que moi symbolique, c'est-à-dire en tant qu'ensemble de représentations. Il s'agit d'un moi capable d'accueillir la représentation inconciliable que le moi hystérique refoule, et de neutraliser ainsi la surcharge morbide en la distribuant parmi l'ensemble de ses propres représentations. L'écoute de l'analyste intègre et dissipe ce que l'hystérique refoule et concentre. Aussi le sujet guérit-il de l'inconciliable, et le symptôme de conversion pourra-t-il disparaître. Nous

formulons ici de façon stricte, et avec les mots du vocabulaire énergétique, ce principe général qui veut qu'un symptôme conversif s'estompe s'il prend la valeur symbolique que lui confèrent l'écoute et l'interprétation du psychanalyste. Qu'un symptôme prenne une valeur symbolique et ait une chance de disparaître signifie que la représentation inconciliable dont ce symptôme est le substitut, a pu être intégrée dans le système de représentations de l'écoute analytique et sa surcharge, disséminée. Nous tenons ici le même propos formulé suivant deux expressions différentes, l'une énergétique, l'autre symbolique. Dire que la représentation inconciliable s'intègre au sein du moi de l'écoute équivaut à dire que l'écoute de l'analyste donne un sens symbolique au symptôme conversif et le fait disparaître. L'écoute analytique opère ainsi tant dans le registre énergétique que symbolique.

Or, nous le voyons, un symptôme de conversion n'aura de signification symbolique et ne disparaîtra qu'à une seule et unique condition : qu'il soit dit par le patient et recueilli par une écoute, non pas une écoute révélatrice d'un sens voilé et déjà là, mais une écoute génératrice d'un sens nouveau. Mais comment admettre que l'écoute silencieuse d'un analyste, apparemment passive, soit capable à elle seule d'engendrer du sens et que l'engendrement de ce sens fasse disparaître le symptôme ? Une écoute aura effectivement le pouvoir d'engendrer un sens nouveau si elle est l'écoute d'un psychanalyste habité d'un désir en creux, prêt à recevoir l'impact d'un dit symptomal. Entendons-nous bien, il

ne suffit pas que le patient nomme son symptôme conversif et en parle à autrui pour qu'il prenne sens. Encore faut-il que l'écoute qui reçoit ce dire soit une écoute transférentielle, c'est-à-dire l'écoute d'un thérapeute qui désire entrer dans la psyché du patient jusqu'au point d'y incarner l'excès irréductible, de s'y faire le noyau de la souffrance. S'il y parvient, c'est-à-dire si son désir d'analyste est là, identifié à la cause de la souffrance, alors le psychanalyste sera entraîné à dire l'interprétation ou à la faire surgir indirectement dans la parole de l'analysant. Il aura fallu avant tout que l'analyste s'identifie à l'excès inassimilable, c'est-à-dire qu'il devienne l'énergie elle-même, pour qu'il se voie entraîné à dire l'interprétation. Pour trouver la bonne interprétation, nul besoin de la chercher dans les livres ni dans le travail de la pensée, elle surgira impromptue si le praticien a su d'abord se loger au centre du foyer psychique de l'excès. Identifiez-vous au noyau de la souffrance, et l'interprétation jaillira ; et quand elle adviendra, elle s'offrira comme un substitut de la représentation intolérable radicalement différent de cet autre substitut qu'était le symptôme de conversion.

Avant l'écoute, la représentation inconciliable était, par le truchement de la conversion, dite par le symptôme et cela faisait souffrir ; avec l'écoute, la même représentation est dite par l'interprétation et cela dissipe la souffrance. Pourquoi ? Parce que l'analyste, en disant la représentation inconciliable à travers l'interprétation, réussit à ce que l'excès dont la représentation est porteuse se dissémine dans la famille de représentations que

l'écoute analytique incarne (moi symbolique). Au moi de l'hystérique épuisé et malade de vouloir en vain refouler, je greffe, en tant que psychanalyste, mon désir d'être la souffrance du symptôme ; et à la faveur de l'interprétation, je rends conciliable la représentation jusqu'alors inconciliable. Aussi le symptôme deviendra-t-il compatible avec le reste du corps, c'est-à-dire amené à disparaître. J'accepte avec mon écoute, c'est-à-dire avec mon inconscient, d'intégrer ce que le moi hystérique rejette. Il suffit de ce désir de l'analyste, même silencieux et tacite, pour que l'écoute vivifie le symptôme d'une valeur symbolique et par conséquent... le fasse disparaître. Oui, l'écoute donne un sens et le sens tue le symptôme parce qu'il l'« ordinarise », le banalise et lui fait prendre une place parmi d'autres événements dans la constellation des événements de la vie psychique du sujet. Tant qu'il n'a pas été écouté, le symptôme reste l'épine qui fait souffrir parce qu'inassimilable, mais il a fallu que l'écoute le rende signifiant pour que la souffrance s'amenuise et que le symptôme finisse par se dissoudre.

En somme, tout se passe comme si l'écoute du psychanalyste fonctionnait en tant que famille de représentations qui accueille la représentation inconciliable jusqu'alors refoulée par le moi hystérique. L'excès de la surcharge se répartit ainsi entre les différents membres de cette famille auxiliaire qui est le moi symbolique tenant lieu de l'écoute. Aussi la résolution de l'excès d'affect se fait-elle grâce à la dispersion et à la dissipation de l'énergie parmi les représentations de cet ensemble

qui est le moi de l'écoute. Libérée de la surcharge et homologuée à d'autres représentations sœurs, la représentation jadis inconciliable et maintenant apaisée pourra enfin réintégrer le moi qui l'avait rejetée. L'écoute analytique ferait ainsi œuvre de relais, par le détour duquel la représentation inconciliable devient donc conciliable ; un relais entre un moi malade qui refoule et un moi nouveau, jadis hystérique, qui dorénavant accepte. Structuralement parlant, l'ensemble des représentations qui refoule — dit *moi hystérique* —, l'ensemble des représentations qui accueille — dit *moi symbolique*, c'est-à-dire l'écoute psychanalytique — et l'ensemble des représentations d'un *moi nouveau* qui maintenant accepte, constituent, dans le cadre du transfert, trois ensembles superposables. Ces ensembles se fondent en une seule et même structure appelée l'inconscient, un inconscient qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre des partenaires analytiques.

*
* *

**Notre lecture
de la deuxième théorie de Freud :
l'origine de l'hystérie
est un fantasme inconscient**

L'intérêt de celui qui étudie l'hystérie se détourne bientôt des symptômes pour se porter sur les fantasmes dont ils résultent.

S. Freud

Avant de poursuivre, posons-nous d'emblée la question : cette théorie, que nous venons de développer à partir de notre lecture des premières formulations de Freud, est-elle encore actuelle ? Nous est-elle toujours utile dans le travail avec nos patients ? Lorsqu'un psychanalyste se trouve aujourd'hui devant un symptôme hystérique de conversion — un problème somatique comme ceux qui se présentent fréquemment au cours de l'analyse, tels une crise d'urticaire, par exemple, ou bien des vertiges chez l'enfant —, ce psychanalyste pense-t-il dans les termes que nous venons d'employer ? Sans hésiter, je réponds affirmativement. La théorie de la conversion telle que nous l'avons interprétée reste à nos yeux extrêmement actuelle. D'autant plus actuelle si

nous la pensons à partir de la modification introduite par Freud en 1900 : l'origine de l'hystérie est un fantasme inconscient et non plus une représentation. Et ce qui se convertit est une angoisse fantasmatique et non plus une surcharge de la représentation.

Freud considère en effet qu'il n'est plus nécessaire, pour expliquer l'apparition d'un symptôme de conversion, de trouver un réel événement traumatique dans l'histoire du patient. La représentation pénible n'a plus besoin de surgir d'une lointaine séduction sexuelle commise par un adulte. Il suffit maintenant de penser à notre enfance, d'imaginer le développement de notre corps pulsionnel, et de comprendre que chaque expérience éprouvée quand nous étions enfant, au niveau des différentes zones érogènes — bouche, anus, muscles, peau, yeux — a l'exacte valeur d'un *trauma*. Sans avoir à subir une expérience traumatique réelle, déclenchée par un agent extérieur, le moi infantile est lui-même tout au long de sa maturation sexuelle, le siège naturel de l'éclosion spontanée et violente d'une tension excessive nommée désir.

Mais où repérer alors, dans l'évolution normale de notre corps libidinal, cette éclosion spontanée d'un trauma produit sans intervention extérieure ? Pour Freud — et pour nous aujourd'hui —, le terme de trauma ne se réfère plus essentiellement à l'idée d'un événement extérieur, mais désigne un événement psychique chargé d'affect, véritable micro-trauma local, centré autour d'une région érogène du corps, et consistant en la fiction d'une scène traumatique que la psychanalyse nomme *fantasme*. Bien entendu, que le fantasme soit un

trauma ne veut pas dire que tous les traumas soient des fantasmes. Dans la vie quotidienne de l'enfant, il peut se produire des chocs traumatiques réels provoqués par des agents extérieurs ; ils existent et sont motifs fréquents de consultations en psychanalyse d'enfants. Dans ce cas, l'affect provoqué par le trauma réel est un effroi qui sans être refoulé restera cependant inscrit d'une manière ou d'une autre dans la vie fantasmatique de la psyché enfantine. Soyons donc clair : certes il y a des traumas qui ne sont pas des fantasmes, mais tout trauma, qu'il soit réel ou psychique, s'inscrit nécessairement dans la vie des fantasmes.

Mais reprenons. Pourquoi dire que les fantasmes équivalent à des traumas ? Parce que dans ce foyer du fantasme qu'est le lieu érogène, jaillit une sexualité excessive, non génitale (auto-érotique), soumise automatiquement à la pression du refoulement. La sexualité infantile naît toujours mal, parce que exorbitante et extrême. Voilà la grande découverte de Freud qui lui fit abandonner la théorie du trauma réel comme origine de l'hystérie. La sexualité infantile est un foyer inconscient de souffrance, car elle est toujours démesurée par rapport aux moyens limités, physiques et psychiques, de l'enfant. Un enfant reste inévitablement prématuré, non préparé eu égard à la tension qui afflue en son corps et, inversement, cette tension libidinale reste trop intense pour son moi. Source des futurs symptômes, la sexualité infantile est traumatique et pathogène parce qu'elle est excessive et débordante. Selon la première théorie, l'incident traumatique réel de l'hystérie consistait en l'action perverse d'un adulte sur un enfant passif ; à présent, la

perspective est complètement renversée : c'est le propre corps érogène de l'enfant qui produit l'événement psychique, car il est le foyer d'une sexualité grouillante, le siège du désir. Un désir qui porte en soi l'idée qu'un jour il pourrait s'accomplir dans la satisfaction d'une jouissance illimitée et absolue. C'est justement cette possibilité d'un absolu accomplissement du désir qui est insupportable pour le sujet. Nous l'avions dit dans les premières pages, la jouissance est insupportable pour le sujet parce que s'il la vivait, elle mettrait en danger l'intégrité de tout son être. Le surgissement de ce trop de sexualité nommé désir avec l'éventualité de son accomplissement nommé jouissance, est si intense qu'il nécessite, pour être tempéré, la création inconsciente de fabulations, de scènes et de fantasmes protecteurs.

Ces formations fantasmatiques produites inconsciemment, c'est-à-dire à l'insu du sujet, sont donc la réponse psychique obligée pour contenir cet excès d'énergie qu'est la poussée du désir. Une scène fantasmatique aussi « vraie » que l'ancienne scène traumatique survenue dans la réalité, donnera dès lors forme et figure dramatiques à la tension désirante. Cette tension, quand elle est fantasmée, c'est-à-dire tempérée par le fantasme, reste une tension tout aussi insupportable mais intégrée et circonscrite dans la scène du fantasme. Nous l'appelons dès lors : angoisse fantasmatique. L'angoisse, c'est le nom que prennent le désir et la jouissance quand ils sont inscrits dans le cadre du fantasme.

Or, que l'excès d'énergie soit un trop-plein d'affect résultant d'un choc traumatique (première théorie), ou une angoisse fantasmatique qui répond à l'éveil spon-

tané et prématuré de la sexualité infantile (nouvelle théorie du fantasme), nous gardons invariablement la thèse que la cause principale de l'hystérie réside dans l'activité inconsciente d'une représentation surinvestie. A ceci près que le contenu de cette représentation ne se réduit plus maintenant à l'image délimitée d'une partie du corps (première théorie), mais qu'il se déploie suivant un scénario dramatique nommé fantasme. Ce fantasme se joue en une courte séquence scénique qui comporte toujours les éléments suivants : une action principale, des protagonistes et une zone corporelle excessivement investie, source d'angoisse. Dans cette nouvelle théorie, le fantasme ainsi bâti est tout aussi inconscient et soumis au refoulement que l'était la représentation intolérable de la première théorie ; et tout aussi porteur d'un excès insupportable d'affect, excès que nous appelons à présent angoisse. Angoisse qui, en déjouant l'action du refoulement, trouvera son expression finale dans un trouble du corps. Dorénavant, d'après cette deuxième théorie freudienne qui situe le fantasme à l'origine de l'hystérie, le psychanalyste ne devra plus chercher derrière le symptôme un événement traumatique datable et réel, mais bien le « traumatisme » d'un fantasme angoissant.

*
* *

LA VIE SEXUELLE DE L'HYSTÉRIQUE

**La vie sexuelle de l'hystérique
est un paradoxe, et ce paradoxe
est l'expression douloureuse
d'un fantasme inconscient**

*Le désir et le dégoût sont les deux colonnes
du temple du Vivre.*

P. Valéry

Mais quel est ce fantasme inconscient, origine de l'hystérie ? Quels en sont les acteurs, comment agissent-ils et de quelle nature est l'angoisse qui les anime ? Nous allons répondre, mais auparavant, je préfère commencer par traiter ce fantasme en considérant d'abord les effets cliniques qu'il produit dans la vie sexuelle des patients hystériques. Le dérèglement de la sexualité hystérique s'explique en effet comme la manifestation la plus directe, ou plus exactement comme la conversion somatique la plus immédiate, de l'angoisse dominant le fantasme originaire de l'hystéric. Nous verrons plus tard quel est ce fantasme et de quelle angoisse il s'agit, mais observons déjà que le mécanisme de conversion, qui

transforme l'angoisse de ce fantasme inconscient en un désordre général de la sexualité, a une portée plus globale que la stricte conversion qui transformait la surcharge en un symptôme somatique particulier. Il y aurait donc deux sortes différentes de conversion qui, loin de s'opposer, se complètent : une conversion globale qui transforme l'angoisse en un état général du corps, et une conversion locale qui transforme l'angoisse en un trouble somatique limité à une partie définie du corps. Nous pensons que l'idée d'une conversion globale — qui ne se limiterait donc plus à une partie du corps, mais le concernerait globalement — permet de mieux rendre compte de la sexualité hystérique. Nous croyons qu'à partir du moment où nous réfléchissons en termes de *fantasme inconscient* et non plus en termes de représentation (image d'une partie corporelle), en termes d'*angoisse* et non plus en termes d'excès d'énergie, la théorie freudienne de la conversion ainsi renouvelée est plus féconde que jamais pour expliquer la souffrance sexuelle de l'hystérie. Ainsi pouvons-nous affirmer que l'angoisse du fantasme se transforme en un état troublé de la vie sexuelle de l'hystérique, un état de souffrance dû à une érotisation générale du corps, accompagnée paradoxalement d'une inhibition concentrée au niveau de la zone génitale. La conversion globale de l'angoisse du fantasme aboutit donc à un contraste étonnant : un corps globalement érotisé coexiste douloureusement avec une zone génitale anesthésiée.

Mais quelle est la nature de cette angoisse qui accomplit le saut d'un fantasme psychique situé dans l'in-

conscient à une érotisation globale du corps et une inhibition génitale ? Et de quel fantasme s'agit-il ? Réservons la réponse encore un instant, et décrivons maintenant ce paradoxe singulier et douloureux de la sexualité hystérique.

*
* *

Le paradoxe de la vie sexuelle de l'hystérique

Précisons d'abord que l'inhibition génitale dont nous parlons se traduit dans la vie sexuelle de l'hystérique non pas, comme on pourrait le croire, par une indifférence vis-à-vis de la sexualité, mais le plus souvent par une aversion, un véritable dégoût de tout contact charnel. L'inhibition sexuelle hystérique ne signifie pas retrait, mais mouvement actif de répulsion. Une répulsion si caractéristique que Freud n'a pas reculé à dire : « Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque le dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques³. » Et puis d'ajouter ailleurs : « L'énigme contradictoire posée par l'hystérie (...) [est] le couple d'opposés constitué par un besoin sexuel excessif et un rejet exagéré de la sexualité⁴. » A l'hyper-érotisation globale du corps non génital s'oppose donc une profonde aversion pour le coït génital. L'impuis-

sance, l'éjaculation précoce, le vaginisme ou la frigidity sont tous des troubles caractérisés de la vie sexuelle de l'hystérique qui, d'une manière ou d'une autre, expriment cette angoisse inconsciente de l'homme de pénétrer dans le corps de la femme, et cette angoisse inconsciente de la femme de se laisser pénétrer. Le paradoxe de l'hystérique à l'égard de la sexualité se caractérise donc par une contradiction : d'un côté, il y a des hommes et des femmes excessivement préoccupés par la sexualité, cherchant à érotiser toute relation sociale, et de l'autre, ils souffrent — sans savoir pourquoi ils souffrent — d'avoir à traverser l'épreuve de la rencontre génitale avec l'autre sexe. Je pense, par exemple, à ce type d'hommes qui s'interrogent sur la taille et les attributs de leur pénis, ou encore à propos de leur beauté musculaire, et qui corrélativement manifestent un faible intérêt pour les femmes, plus exactement une faible pulsion de pénétrer le corps de la femme. Ce sont des hommes narcissiques, exhibitionnistes, quelquefois très séducteurs, avec un degré variable d'homosexualité et de masturbation.

La femme hystérique et la jouissance de l'ouvert

Si nous pensons maintenant aux femmes hystériques, le paradoxe semble beaucoup plus compliqué et obscur. En effet, la multiplicité d'aventures amoureuses chez certaines femmes contraste avec la souffrance manifestée par différents types d'inhibitions lors de l'acte sexuel

(frigidity, vaginisme, etc.). Or, parmi ces inhibitions, il en est une essentielle et secrète qui touche l'hystérique au point extrême de son être de femme. Tout en vivant un rapport charnel apparemment heureux avec un homme, la femme hystérique peut refuser de s'ouvrir — presque à son insu mais résolument — à la présence sexuelle du corps de l'autre. La leçon que la psychanalyse tire de ce refus de la femme hystérique pourrait s'énoncer ainsi : l'hystérique s'offre mais ne se livre pas ; elle peut avoir des relations sexuelles orgasmiques (orgasme clitoridien ou vaginal) sans pour autant y engager son être de femme. Au moment de l'acte, où elle est confrontée à la menace de perdre cette virginité fondamentale, elle se replie au seuil de la jouissance de l'orgasme, se préservant ainsi d'expérimenter une jouissance radicalement autre, énigmatique et dangereuse, que nous nommerons jouissance de l'ouvert⁵. L'hystérique peut s'offrir à l'orgasme, mais ne se livre pas pour autant à la jouissance de l'ouvert.

L'hystérique ne se livre pas, soit ; mais une question demeure : est-il possible, hystérique ou non, de se livrer véritablement à cette jouissance infinie ? Est-il concevable de jouir de l'ouvert ? Hormis les mystiques et leur expérience d'extase, peut-être sommes-nous tous, tels les hystériques, des êtres pour lesquels le rapport sexuel reste finalement un rapport impossible. C'est bien ce que Lacan s'est évertué à nous démontrer à travers toute son œuvre. Mais alors qu'est-ce qui spécifierait l'hystérique, sinon cette intensité et cette passion avec lesquelles elle se heurte et se blesse contre la limite d'un impossible rapport sexuel ?

En refusant de se livrer, l'hystérique se voit alors inévitablement entraînée sur la pente de l'insatisfaction. Que ce soit l'homme qui manifestement refuse de pénétrer la femme, ou bien la femme qui, acceptant la pénétration, refuse de perdre sa virginité fondamentale, tous deux vivront immanquablement un état permanent et latent d'insatisfaction. Une insatisfaction qui ne se cantonne pas au seul registre sexuel, mais s'étend à l'ensemble de la vie ; et cela parfois de façon très douloureuse à travers des épisodes dépressifs, voire des tentatives de suicide. Or, malgré cette douleur, l'hystérique tient étonnamment à son insatisfaction. Il y tient jusqu'à en faire son désir : le désir d'insatisfaction ; désir avec lequel Lacan a marqué pour toujours le propre de l'hystérie. Il désire être insatisfait parce que l'insatisfaction lui garantit l'inviolabilité fondamentale de son être. Plus l'hystérique est insatisfait, mieux il reste protégé contre la menace d'une jouissance qu'il perçoit comme risque de désintégration et de folie.

*

* *

LES FANTASMES HYSTERIQUES

**Le fantasme inconscient à l'origine
de l'hystérie est un fantasme visuel :
la menace de castration entre par les yeux**

Le cas du garçon

Mais comment expliquer ce paradoxe de la vie sexuelle de l'hystérique : érotisation excessive et douloureuse du corps non génital et inhibition de la zone génitale, ainsi que l'insatisfaction qui en découle ? Nous avons déjà indiqué que l'origine de ce clivage de la sexualité hystérique tenait dans un fantasme inconscient. Il nous reste maintenant à développer le contenu du fantasme. Notre question était : quels sont les acteurs du fantasme originaire de l'hystérie, comment agissent-ils, et surtout quelle est la nature de l'angoisse qui les traverse ? Répondons immédiatement : le fantasme à la base de la névrose hystérique, c'est-à-dire le fantasme fondateur de l'hystérie — que tout psychanalyste pourra repérer dans le travail avec un patient hystérique, quelle que soit la variante sous laquelle ce fantasme se présente —, se résume en l'instantané de la scène suivante :

**L'angoisse fantasmatique destinée à se convertir
est une angoisse intolérable, dite
« angoisse de castration »**

Ainsi, la vie psychique de l'hystérique s'organise autour de ce fantasme visuel dont le scénario se déroule suivant le tracé d'une ligne qui part des yeux du garçon, touche ensuite le trou sexuel de l'Autre châtré et revient enfin vers le phallus du garçon lui-même. Le regard de l'enfant est plaisir et horreur à la fois : plaisir pour le sujet de dévoiler le manque chez la mère (curiosité visuelle), et horreur aussi d'en déduire que si le manque a affecté la mère, c'est que lui aussi peut être châtré. Cette horreur, qui est l'affect dominant du fantasme hystérique du garçon, se nomme en psychanalyse « angoisse de castration ». Angoisse qui, en toute rigueur, devrait s'appeler « angoisse face à la menace de castration », car elle renvoie non pas à la douleur de subir la castration, mais à la crainte d'en percevoir la menace. L'angoisse de castration veut dire crainte devant la menace de castration visuellement perçue et non pas peur d'être réellement châtré. Le seul personnage véritablement châtré dans le scénario du fantasme de l'hystérie est la figure de la mère ; la castration est toujours la castration de l'Autre.

L'angoisse de castration est inconsciente

Ajoutons une remarque sur la nature inconsciente de l'angoisse de castration. Quand le psychanalyste

Un garçon (nous évoquerons plus loin le cas de la fille) est saisi d'horreur à la vue de l'image du corps dénudé d'une femme, plus exactement du corps nu, « châtré », de la mère. De la mère ou de toute autre femme avec laquelle existe un lien d'amour. La vision du corps féminin perçu comme un corps privé du pénis provoque l'angoisse parce que l'enfant pense qu'il peut être lui-même victime d'une pareille castration. Il a suffi que le garçon voie sa mère nue et la perçoive châtrée pour qu'il craigne aussitôt de subir le même destin.

Rappelons simplement que l'interdiction de l'inceste proférée par la voix du père est complémentaire de cette autre interdiction, silencieuse et visuelle, imposée par la nudité du corps maternel. Sans doute les deux menaces, l'une qui entre par les yeux, celle du corps maternel, l'autre qui entre par les oreilles, celle de la voix paternelle, convergent pour déclencher l'angoisse de castration.

*

* *

emploie l'expression « angoisse de castration », cette angoisse ne doit pas être confondue avec l'angoisse que nous observons par exemple chez les enfants sous la forme de peurs diverses (cauchemars, frayeurs nocturnes, etc.). Ces troubles, marqués par une angoisse vécue et ressentie par l'enfant sous forme de peur, ne sont que les manifestations cliniques d'une lutte invisible que mène le moi contre l'angoisse inconsciente de castration, inhérente au fantasme. L'angoisse vécue et consciente, dite « peur », est donc l'expression de la défense du moi (refoulement) contre cette autre angoisse non vécue, fantasmatique et inconsciente, que nous appelons angoisse de castration. Bien entendu, et c'est la thèse freudienne que nous soutenons tout au long de cet ouvrage, l'angoisse inconsciente de castration constitue non seulement la source de ces peurs phobiques, mais celle de l'ensemble des manifestations névrotiques.

Apportons ici une précision terminologique. Le moment est venu de rassembler diverses expressions que nous avons employées pour désigner la chose inconsciente, refoulée et intolérable que le moi hystérique est appelé à convertir. A l'instant nous venons de la nommer « angoisse inconsciente de castration ». Mais souvenons-nous qu'initialement, en étudiant la théorie du trauma, nous avons désigné la chose inconsciente sous le terme de « surcharge de la représentation intolérable ». Ce qu'il faut retenir est ceci : la chose inconsciente qui se convertit est, du point de vue de la théorie du trauma, la surcharge énergétique ; et du point de vue de la théorie du fantasme, l'angoisse de castra-

tion. Ajoutons encore une autre précision pour bien marquer la différence entre l'intolérable angoisse de castration et l'intolérable jouissance. Une chose est la peur et le refus d'une jouissance illimitée qui menace l'intégrité de *tout* l'être ; une autre chose est l'angoisse devant la menace d'une castration portant sur une *partie* limitée du corps : le phallus. Ou bien j'ai peur de perdre mon être en accomplissant mon désir incestueux, ou bien je m'angoisse à l'idée de risquer mon phallus.

*

* *

**Le fantasme de l'hystérie est un « arrêt sur image »
à un moment de l'évolution libidinale
de l'enfant : le stade phallique**

D'après Freud, la scène du fantasme visuel de l'hystérique que nous venons de décrire correspondrait dans tous ses détails à une scène fictive. Une scène qui aurait été vécue par un enfant de cinq ans, au stade dit phallique de son évolution libidinale. Ainsi, *l'hystérique serait cet enfant qui, n'ayant pu psychiquement dépasser ce stade, y resterait figé*. Ce stade, nous l'appelons stade phallique car la partie sexuelle qui manque à la mère dans l'image de son corps nu n'est pas, aux yeux de l'enfant, le pénis mais l'idole du pénis, la fiction d'un pénis puissant chargé d'une extrême tension libidinale, un « semblant » du pénis que la psychanalyse conceptualise sous le voca-

ble de *phallus*. Précisément, quand le garçon découvre avec angoisse que sa mère est dépourvue de phallus, son univers — jadis habité seulement par des êtres tous porteurs de phallus (lui inclus) — se clive désormais en deux classes d'êtres : ceux qui sont porteurs d'un phallus et ceux qui en sont démunis ; et ceci indépendamment de leur sexe anatomique. Au stade phallique, la différence entre le sexe masculin et le sexe féminin n'est pas acquise ; l'univers infantile reste partagé entre des êtres pourvus et des êtres dépourvus de phallus ou, simplement, entre des êtres puissants et des êtres impuissants, des sains et des malades, des beaux et des laids, et non pas entre des hommes ayant un pénis et des femmes ayant un vagin. C'est dire que l'enfant plongé dans cet univers ne sait pas s'il est un garçon ou une fille. C'est exactement de cette incertitude sexuelle que souffre l'hystérique.

On remarquera ici que l'intensité libidinale au niveau des régions pénienne et clitoridienne, ainsi que la nécessité de se rassurer quant à la permanence et à l'intégrité de son organe sexuel, expliquent, chez l'enfant du stade phallique et au-delà chez l'hystérique, la propension à une activité masturbatoire fréquente et compulsive.

*
* *

Le fantasme visuel de castration origine inconsciente de l'hystérie

Le cas de la fille

J'entends maintenant une lectrice m'interroger : « D'accord, je comprends bien que le garçon s'angoisse devant le danger que représente l'image d'une mère châtrée, mais qu'en est-il de la fille, de cette fille que j'ai été ? » Nous allons répondre en proposant notre propre conception du fantasme féminin de castration. Mais auparavant, rappelons clairement la position classique freudienne. D'après Freud, l'affect qui traverse le fantasme féminin de castration à l'origine de l'hystérie n'est pas l'angoisse comme chez le garçon, mais la haine et le ressentiment envers la mère. La femme ne saurait avoir d'angoisse de castration au vrai sens du terme, puisqu'elle est déjà châtrée ; il n'y a donc pour elle aucun danger de castration. Cependant, il existe bel et bien un fantasme féminin de castration, dans lequel la castration n'est donc pas une menace, mais un fait déjà accompli. Dans son fantasme, la fille n'a pas l'idée du pénis, mais d'un phallus qu'on lui a volé, et elle n'a pas non plus l'idée du vagin comme cavité positive, mais du manque d'un phallus qui aurait dû être là.

Encadrons, comme nous l'avons fait pour le garçon, l'instantané de la scène fantasmatique, version féminine :

Une fille découvre visuellement, elle aussi, le corps nu de sa mère et se dit : « Mais comment... je suis châtrée comme elle ! » N'oublions pas qu'avant ce moment de découverte, la fille, ayant aperçu le pénis d'un garçon, vivait dans la croyance que tous les humains possèdent cette chose puissante qui s'appelle le phallus. Étonnée devant le corps châtré de sa mère et face au constat de sa propre castration, la fille est prise d'une forte envie d'avoir ce phallus qui lui manque, ou de voir un jour grandir son petit phallus clitoridien. Saisie par cette envie, elle est aussitôt envahie par l'irruption d'une bouffée de haine revendicatrice à l'égard de sa mère, cette mère qu'elle tient pour responsable de l'avoir faite fille et de ne pas avoir su la protéger en lui garantissant la permanence d'une force phallique⁶.

La séquence scénique que nous venons d'évoquer reprend dans ses grandes lignes la thèse freudienne classique du fantasme féminin de castration. Or, en réalité, nous devrions mieux qualifier ce fantasme et dire : fantasme féminin du constat d'une *castration déjà accomplie*. Alors que pour le garçon nous avons énoncé : fantasme masculin d'une menace de *castration redoutée et à venir*. Pour être complet, il nous faudrait encore ajouter que l'hostilité de la fille à l'égard de sa mère châtrée réactualise un sentiment de haine plus ancien : la rancune ayant accompagné la séparation douloureuse du sevrage.

Or, en nous autorisant de notre pratique avec des patientes hystériques, nous pouvons introduire une modification dans la proposition freudienne. En effet, la confirmation fréquente dans la clinique du paradoxe de la sexualité hystérique, et en particulier de cette variante singulière de l'inhibition sexuelle que constitue la renonciation à la jouissance de la pénétration, nous a conduit à théoriser autrement le fantasme féminin de castration à l'origine de l'hystérie. Nous retrouverons ici partiellement les idées formulées par Ernest Jones⁷. Avant le moment de la découverte de la mère châtrée, quand la fille attribue à tous les êtres un phallus universel, elle ressent déjà des sensations confuses dans le bas-ventre et le vagin, avec le même mélange d'impressions physiques, de narcissisme et de rêveries que le pénis éveille chez le garçon. Alors que pour Freud, le phallus chez la fille pourrait, à un certain moment de son évolution, se localiser essentiellement dans le clitoris, nous étendons sa localisation aux autres organes génitaux féminins, et en particulier à l'utérus. La petite fille investirait son clitoris et ses organes sexuels internes, comme le garçon investit son organe pénien, c'est-à-dire avec la même puissance phallique et avec la même crainte de les sentir menacés⁸. Aussi, de même que le garçon considère son pénis comme un phallus à ne jamais perdre, la fille tient-elle ses organes génitaux comme un phallus à préserver de toute atteinte. En effet, la vue de la mère au corps nu et imposant réveillerait chez la petite fille l'inquiétude d'un danger menaçant pour l'intégrité de ses organes génitaux, et en particulier de son utérus. Le corps maternel s'offre aux yeux de la fillette comme un corps immense, monstrueux et superbe, tout entier

phallus inquiétant. Nous ne nions pas que la fille vive rancune et déception à l'égard de sa mère, mais nous voulons reconnaître et faire exister aussi *l'angoisse* provoquée par ce phallus démesuré et envahissant qu'est le corps de la mère-phallus. Mère-phallus et non pas « mère phallique », car il ne s'agit pas d'une mère ayant un phallus, mais d'une mère entièrement assimilée, identifiée au phallus indépassable *.

Voici donc notre proposition. Nous croyons que cette angoisse première provoquée par le danger d'une mère-phallus est la source inconsciente de l'angoisse qu'une femme hystérique peut éprouver lors de la pénétration sexuelle appréhendée comme le risque de déchirure et d'éclatement de son vagin, de son utérus et, au-delà, de tout son être. Dans son fantasme, le pénis de l'homme représenterait, pour la femme hystérique, l'équivalent inconscient du corps démesuré et dangereux de la mère.

*

* *

* Je dois encore mentionner ici, mais sans le développer, l'existence d'une autre catégorie d'angoisse féminine qui, d'après Freud, recentre l'ensemble des angoisses d'une femme, à savoir l'angoisse de la perte de l'objet d'amour.

**Qu'est-ce que la conversion hystérique ?
Un phénomène de phallicisation du corps non génital
et de désaffection du corps génital**

Reprenons le principal de notre développement. Qu'il s'agisse de la version féminine ou masculine du fantasme de castration, l'hystérique y reste pétrifié. Saisi par l'angoisse de perdre ce qu'il tient pour l'essentiel de lui-même : son phallus, il s'égaré dans la confusion de ne pas savoir s'il est un homme ou une femme. En un mot, l'univers phallique constitue le monde angoissant dans lequel se débat constamment le sujet hystérique. Plus l'hystérique est indéterminé dans son identité sexuelle, plus il tiendra à son phallus, et plus grandira son angoisse jusqu'à se transformer en symptômes et souffrance.

Nous nous étions demandé plus haut comment expliquer le paradoxe de la vie sexuelle de l'hystérique, ainsi que l'insatisfaction qui en découle. Maintenant nous pouvons répondre : cette hantise permanente des dangers fantasmatiques qui guettent l'intégrité de son phallus, et au-delà l'intégrité de tout son être, est une angoisse intolérable, inconsciemment intolérable, dont il lui faut se défaire. Or, précisément, l'hystérique est hystérique par la façon qu'il a de se défaire de son angoisse. De quelle manière s'y prend-il ? Par quel mécanisme l'hystérique tentera-t-il de résoudre son angoisse ?

Nous connaissons déjà une première réponse formulée dans les termes de la théorie du trauma, car nous avons étudié la conversion comme un échec du refoulement provoqué par le déplacement de la surcharge de la représentation inconciliable vers les autres représentations. Puisque le moi, avions-nous expliqué, est incapable de se dégager de la surcharge à travers un écoulement libérateur, alors il la déplace, c'est-à-dire qu'il la convertit. Comment ? La surcharge reste toujours excessive, mais change d'état : elle cesse d'investir la représentation inconciliable (état premier) pour investir une partie du corps (état second) et produire ainsi un symptôme somatique conversif. Or, la théorie de l'origine fantasmatique de l'hystérie que nous venons d'aborder, le concept de phallus et celui d'angoisse de castration nous amènent à penser le mécanisme de conversion d'une tout autre façon qu'avec la théorie du trauma. Nous avons encore une raison supplémentaire de concevoir différemment la conversion, c'est la nécessité d'expliquer, non seulement la formation locale d'un symptôme, mais aussi la souffrance générale du corps chez l'hystérique, et plus concrètement le paradoxe de sa vie sexuelle avec l'insatisfaction qui en découle. Il est clair que les deux conceptions possibles du mécanisme de la conversion locale et globale, loin de s'opposer, se complètent étroitement pour rendre compte de la clinique de l'hystérie.

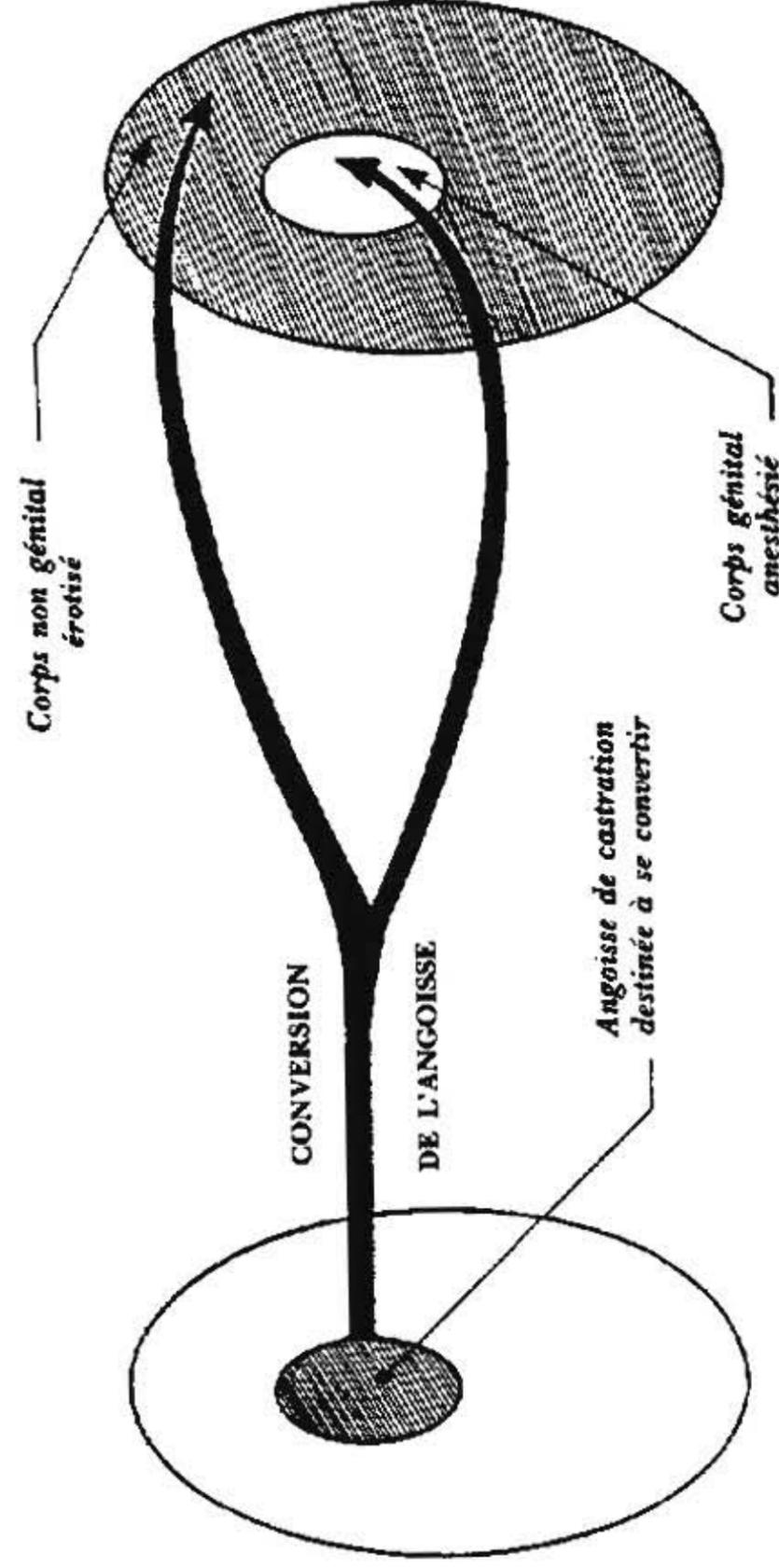
Arrêtons-nous donc et examinons l'autre façon de concevoir le mécanisme conversif. Nous savons que la conversion de l'angoisse de castration donne lieu à un double effet clinique : une excitation affectant l'ensemble

du corps d'une façon globale, et une inhibition affectant la région génitale de façon circonscrite. Mais quel est le ressort de cette transformation conversive ? Pour répondre, revenons un instant à la dynamique interne du fantasme inconscient de castration. Qu'y voyons-nous ? Nous y voyons que le corps tout entier, je veux dire toute la tension libidinale du corps fantasmé, se concentre en un seul endroit qui, dans le vocabulaire de l'anatomie médicale, se dénommerait « région génitale », mais qui, dans le fantasme, s'appelle phallus. Certes, nous ne devons pas oublier que les yeux, zone érogène également très investie, accumulent aussi la tension. C'est en effet avec les yeux que l'enfant du fantasme ressent le plaisir et l'horreur de percevoir la castration de la mère. Mais les yeux ne sont qu'un affluent canalisant la libido vers ce noyau central qu'est le phallus. Toute l'énergie est donc là, dans le phallus. Toute l'énergie est ramassée dans ce foyer grouillant de sensations confuses, d'excitations poignantes et d'affects excessifs, foyer d'où rayonnent toutes les forces et où s'occultent toutes les faiblesses nommées angoisse. Mais alors comment cet excès d'énergie inassimilable, toute cette libido phallique, mélange d'amour et d'angoisse soumise à la pression tenace du refoulement, trouvera-t-elle une issue ? Comment le moi pourra-t-il s'en débarrasser, sinon en la détournant du noyau phallique comme on détourne le cours d'un fleuve ?

Le phénomène de la conversion peut en effet se comparer à un mouvement de vases communicants : la libido phallique contenue dans un vase — qui serait le fan-

tasme inconscient de castration — s'écoule dans un autre vase représenté par le corps réel souffrant de l'hystérique. Accumulée jusqu'alors au niveau du phallus fantasmatique, la libido quitte sa source centrale et, progressivement, phallicise le corps réel, c'est-à-dire qu'elle se répand partout dans le corps, à l'exception ponctuelle de la zone dite génitale. Tandis que dans l'inconscient, le corps se condensait en se réduisant à n'être que le phallus, à présent, dans la réalité, c'est tout le corps réel de l'hystérique qui se trouve envahi par le phénomène de phallicisation. Le corps réel devient ainsi un corps souffrant d'être un immense phallus. Le mécanisme de la conversion peut alors se comprendre : il s'agit d'un phénomène de phallicisation du corps non génital, et simultanément, de désaffectation du corps génital. Aussi le corps de l'hystérique souffre-t-il d'être un phallus démesuré, encombrant et troué au niveau de la région génitale (voir le schéma suivant).

Schéma du mécanisme de conversion hystérique qui transforme l'angoisse de castration en souffrance corporelle



FANTASME INCONSCIENT
DE L'HYSTÉRIQUE

SOUFFRANCE CORPORELLE
DE L'HYSTÉRIQUE

*
* *

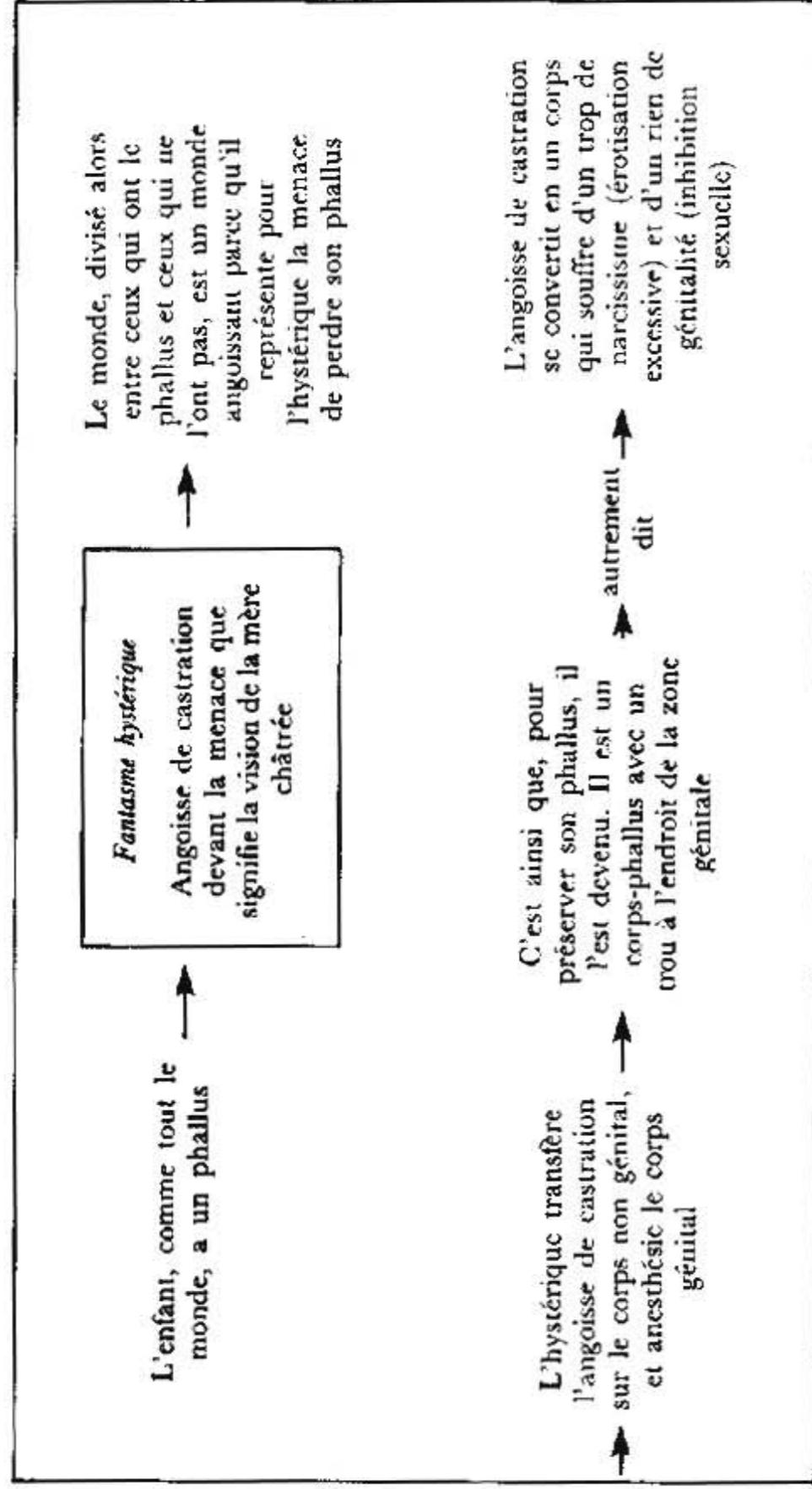
**Qu'est-ce qui se convertit dans la conversion
hystérique ? L'angoisse de castration se convertit
d'une part en un excès d'érotisation
du corps non génital
et, d'autre part, paradoxalement, en une
inhibition de la sexualité génitale**

On comprend mieux maintenant pourquoi, dans leur position hystérique, les deux sexes ont les raisons les plus fortes de nier toute idée de rapport sexuel, d'anesthésier leurs organes génitaux et, à l'opposé, de phalliciser globalement leur corps. La zone génitale devient alors un lieu évidé et désaffecté, tandis que le corps non génital s'excite et se dresse tel un phallus puissant, lieu de vénération narcissique, objet de toutes les séductions, mais aussi siège de multiples souffrances. Le corps non génital se convertit en ce phallus que l'hystérique devient : il est phallus. Nous voyons bien qu'avoir le phallus pour un hystérique c'est en réalité l'être. Mais quel phallus est-il ? Celui précisément qui manquait à la mère, à l'Autre châtré dans le fantasme de castration. Nous comprenons à présent d'où vient la souffrance vécue par l'hystérique. Le sujet souffre d'avoir été transformé en ce phallus dont l'Autre est châtré. Il est ce que l'Autre n'a pas ; et cela fait mal. Car ce trop de narcissisme, ce phallicisme répandu dans le corps constitue un tel excès que même s'il procure au sujet le

sentiment d'exister, ce sera au prix de la douleur d'être constamment en proie aux sollicitations du plus anodin des stimuli provenant du monde extérieur. Un bruissement léger, un banal frôlement de tissu, la moindre inflexion d'une voix ou un simple regard sont captés par l'hystérique-phallus comme des stimulations sexuelles sans cesse renouvelées. A la manière d'un sexe qui s'épuise à vouloir répondre aux excitations, mais sans jamais se décharger, l'hystérique reste libidinalement dérégulé : il est un corps-phallus qui souffre du trop de narcissisme et du rien de génitalité. Il vit sa sexualité partout dans le corps, sauf là où il faudrait la vivre. Il renonce à la jouissance de pénétration et ignore la sexualité génitale. Pénétrer la femme pour un homme hystérique, ou pour une femme être pénétrée, signifie inconsciemment mettre en péril cette partie fantasmatiquement surinvestie, le phallus, qui, s'il était atteint, entraînerait la désintégration totale du corps. Un homme hystérique, surpris par son impuissance au moment où il est sur le point de pénétrer la femme désirée, réactualise sans le savoir son fantasme inconscient d'enfant angoissé à la vue du corps châtré de la mère, perçu comme un corps désirant, donc dangereux. L'angoisse de castration se convertit ici en inhibition sexuelle, suivie de l'insatisfaction qui naturellement en découle ; insatisfaction — répétons-le — qui le protège et à laquelle il tient.

Résumons en un schéma le mouvement allant du fantasme visuel de castration à la conversion hystérique.

Résumons en un schéma le mouvement allant du fantasme visuel de castration à la conversion hystérique



L'UTERUS DANS L'HYSTERIE : UN FANTASME FONDAMENTAL

Chez les femmes, ce qu'on appelle matrice ou utérus est un animal au-dedans d'elles, qui a l'appétit de faire des enfants ; et lorsqu'il reste un long temps sans fruit, cet animal s'impatiente et supporte mal cet état ; il erre partout dans le corps, il obstrue les passages du souffle, il interdit la respiration, il jette en des angoisses extrêmes et provoque d'autres maladies de toutes sortes.

Platon, *Timée*

Notre pratique nous montre que le fantasme de castration à la base de l'hystérie s'accompagne toujours d'un autre fantasme à l'horizon de l'univers hystérique, un fantasme si important que nous l'appelons fantasme fondamental. Quel est son contenu ? La scène est très simple et se résume à ceci : un homme et une femme dont les corps sont enlacés conçoivent un enfant hors de toute pénétration génitale. L'hystérique serait non seulement l'artisan et l'acteur de ce rêve, jouant aussi bien le rôle de la Vierge Immaculée que celui du Père tout-puissant, mais il serait aussi et surtout le lieu contenant cette rencontre procréatrice et divine. Qu'il incarne le lit, la maison ou le sol de la terre abritant les deux corps mystiques, ou qu'il soit le lieu matriciel abritant le couple germinal, l'hystérique se fait le lieu protecteur

de leur union sublime. Voilà le fantasme fondamental qui traverse comme un fil rouge toute son existence.

De ce fantasme, une identification reste primordiale : incarner l'utérus, organe matriciel en creux, qui contient la rencontre réelle où se génère la vie. Tout se passe comme si l'hystérique s'identifiait à l'utérus suivant les deux statuts que cet organe prend dans ses rêves. Dans le fantasme de castration, il est l'organe menacé de mutilation lors de la pénétration sexuelle ; et dans le fantasme fondamental, il est le réceptacle idéal qui loge la rencontre heureuse et divine d'un homme et d'une femme sans sexe. Il y a donc deux sortes d'utérus-phallus auxquels s'identifie l'hystérique. Ou bien il est cet utérus, organe interne à préserver et à ne jamais exposer ; ou bien il est l'utérus assimilé au corps de l'hystérique lui-même, considéré comme un réceptacle renfermant deux corps enlacés, ceux d'un homme et d'une femme sans sexe. Un utérus contenu dans un corps et à la fois un utérus contenant deux corps, nous sommes ici obligé d'opérer une torsion de la pensée pour comprendre ces identifications croisées de l'hystérique. Identifications croisées entre un dedans et un dehors qui éveillent en nous cette autre intuition très différente de l'intuition habituelle : l'intuition topologique⁹.

On dit souvent, et avec raison, que les hystériques sont des êtres bisexuels. En effet, dans un univers où l'opposition des sexes n'existe pas, et où la femme se confond avec l'homme, ils glissent aisément du rôle masculin au rôle féminin, et vice versa. Or, nous devrions aller plus loin et affirmer qu'ils sont autre chose que des bisexuels ; étant hors du sexe, ils sont *hors-sexuels*. Non

seulement ils ignorent la différence des sexes, mais ils incarnent la limite, le cadre neutre et extérieur contenant une union sexuelle procréatrice et sans pénétration.

Encore une remarque. Que nous reconnaissons l'hystérique comme bisexuel ou hors-sexuel, le fait essentiel demeure : il ignore s'il est un homme ou une femme. L'hystérique est hystérique parce qu'il n'a pas réussi à faire sien le sexe de son corps. En ce sens, nous ne suivrons pas les auteurs qui depuis Charcot ont affirmé l'existence d'une supposée hystérie masculine différente d'une hystérie féminine. Nous ne pouvons pas confirmer leurs assertions pour la simple raison que le problème de l'hystérie réside précisément dans l'impossibilité d'assumer psychiquement un sexe défini. L'expression « hystérie masculine » est en soi une contradiction dans les termes, car le substantif *hystérie* signifie incertitude sexuelle (ni homme, ni femme), tandis que l'adjectif *masculine* tranche au contraire et choisit là où le choix s'avère impossible.

*
* *

LA DIFFERENCE
ENTRE LES FANTASMES
HYSTERIQUE,
OBSESSIONNEL
ET PHOBIQUE

**L'angoisse de castration qui est au centre
du fantasme de l'hystérie est aussi
au centre des fantasmes obsessionnel et phobique**

Pour mieux cerner nos propos sur l'hystérie, nous devons faire ici une digression. De la même manière que nous avons reconnu un fantasme originaire de castration dans l'hystérie, nous pouvons également dégager un fantasme inconscient fondateur de la névrose obsessionnelle et un autre, fondateur de la névrose phobique. Ces derniers fantasmes ne sont en vérité que deux versions dérivées du fantasme hystérique considéré comme étant à la base de toutes les névroses. Le scénario du fantasme obsessionnel et celui du fantasme phobique se déroulent, chacun à sa façon, suivant le même drame de l'épreuve de la castration, mais surtout sous la même tension d'angoisse que dans le fantasme hystérique. Décrivons ces deux scénarios, celui du fantasme obsessionnel et celui du fantasme phobique.

Le fantasme de l'obsessionnel

L'instantané de la scène du fantasme obsessionnel peut se représenter ainsi :

Un enfant, pris d'un désir incestueux pour la mère, est saisi d'angoisse (angoisse de castration) en entendant la voix interdiciatrice du père qui lui défend d'accomplir ce désir sous peine de le châtrer. La zone érogène autour de laquelle s'organise le fantasme obsessionnel est l'ouïe qui vibre, souffre et jouit d'avoir entendu la voix impérieuse du père.

Bien évidemment, ce fantasme, comme tous les fantasmes dont nous parlons, est inconscient en tant que soumis à la pression du refoulement. Souvenons-nous que la névrose obsessionnelle, c'est-à-dire la souffrance qu'éprouve consciemment et dans ses symptômes le sujet obsessionnel, est l'expression douloureuse du combat du moi pour refouler, nier et déplacer l'angoisse de castration contenue dans ce fantasme.

Le fantasme du phobique

Le scénario de la phobie est plus compliqué. Pour comprendre l'instantané du fantasme phobique, rappelons au préalable que l'angoisse de castration est ici suscitée par le désir de l'enfant à l'égard essentiellement de son père et non plus exclusivement à l'égard de sa mère, comme c'était le cas dans les névroses obsessionnelle et hystérique. C'est bien le père qui est au centre de la phobie, d'abord comme objet d'un désir de mort (désir parricide), et ensuite comme objet d'un désir d'amour. Le père est le personnage principal dans la phobie, même si, comme pour toute névrose, le désir incestueux pour la mère reste le point de départ.

Résumons schématiquement, à la manière d'une chaîne d'événements, la séquence du fantasme phobique :

Désir incestueux pour la mère → Interdiction proferée par le père de réaliser ce désir → Haine contre ce père interdicateur (désir parricide) → La haine suscite l'angoisse de la punition (castration) → Pour tempérer l'angoisse, l'enfant refoule sa haine à l'encontre du père interdicateur → A la place de la haine refoulée, apparition de l'affect opposé : amour pour le père

→ Or cet amour réveille une autre forme de l'angoisse intolérable de castration : *angoisse de montrer et dire l'amour pour le père. Crainte de dépendre du père, d'y être trop soumis, d'être féminisé, c'est-à-dire abusé, voire sodomisé par le père aimé*

→ L'angoisse de castration réveillée par l'amour envers le père est rejetée et projetée sur le monde extérieur → Cette angoisse ainsi expulsée au-dehors se fixe sur un objet du monde environnant (foule, espace clos, pont, animal, etc.), devenu dès lors l'objet menaçant que le phobique devra fuir pour éviter d'être envahi par une peur consciente plus tolérable que ne l'est l'angoisse inconsciente de castration.

Si de cette succession d'événements, nous voulions extraire le moment culminant du fantasme phobique, nous en retiendrions le maillon où l'enfant, aux prises avec son désir d'amour filial pour le père, vit l'angoisse d'être étouffé par ce père aimé. La zone érogène autour de laquelle s'organise le fantasme de la phobie ne se limite pas à une région localisée du corps, mais s'étend à l'ensemble des tissus musculaires. La zone érogène dans la phobie, ce sont les muscles qui régissent les orifices en les contractant ou en les dilatant (relâchement ou crispation de l'anus, de la bouche, de l'œil, de l'appareil digestif ou pulmonaire, etc.). Rappelons qu'à l'instar des autres névroses, la souffrance vécue par le phobique est l'expression douloureuse du combat du moi pour projeter au-dehors l'angoisse de castration contenue dans son fantasme¹⁰. En fait, le phobique est celui qui installe son angoisse de castration sur la scène du monde afin de la repérer, la contrôler et l'éviter grâce aux déplacements moteurs de son corps.

En regroupant en une seule formule les trois fantasmes fondateurs des grandes névroses, nous dirons :

- Dans le *fantasme obsessionnel*, la menace de castration entre par l'oreille, et l'angoisse qui en résulte, inconsciente parce que soumise au refoulement, finit par se déplacer dans la pensée et se fixer sur une idée anodine (idée fixe).

- Dans le *fantasme phobique*, la menace de castration entre par les orifices de tout le corps, qu'ils soient crispés ou relâchés, et l'angoisse qui en résulte, inconsciente

parce que soumise au refoulement, finit par être projetée, installée et repérée dans l'espace du monde extérieur.

- Dans le *fantasme hystérique*, la menace de castration entre par les yeux, et l'angoisse qui en résulte, inconsciente parce que soumise au refoulement, finit par se convertir en souffrance de la vie sexuelle de l'hystérique, consistant en une érotisation générale du corps, accompagnée paradoxalement d'une inhibition localisée au niveau de la zone génitale.

Ajoutons ici une remarque importante. Le fantasme de castration que nous posons à la base des névroses est aussi le fantasme que tout être parlant, névrosé ou non, a dû nécessairement rencontrer et dépasser, et plus encore ne cessera de rencontrer et de dépasser. La spécificité de ce fantasme dans le cas particulier des névroses consiste dans la force avec laquelle il domine la vie du névrosé ; cette vie est entièrement organisée en fonction de l'angoisse de castration, noyau du fantasme. Il est clair que notre écrit est une longue démonstration de la détermination de la névrose par ce fantasme.

*
* * *

Résumé

Résumons en une suite de cinq propositions la genèse fantasmatique de l'hystérie. Mais auparavant, je voudrais déjà souligner nettement le troisième maillon de l'enchaînement que nous allons décrire, celui que nous tenons pour le chaînon principal.

Jusqu'ici nous avons tellement insisté sur le fantasme de castration comme étant la cause de l'hystérie, que le lecteur a peut-être perdu de vue les propos des premières pages. Le fantasme angoissant de castration qui domine la vie psychique de l'hystérique est certes la source et le motif de la souffrance du névrosé, mais il est aussi et surtout un écran protecteur, une défense sûre contre toute approche éventuelle de la jouissance maximale. Tout se passe comme si l'hystérique préférerait être malade d'un fantasme angoissant qu'affronter ce qu'il craint comme le danger absolu : jouir. Telle est donc la proposition à mes yeux décisive pour comprendre ce qu'est l'hystérie, et orienter l'écoute du praticien psychanalyste.

Ce point capital étant rappelé, venons-en maintenant aux cinq propositions de synthèse :

- Jouir constitue pour l'hystérique une limite ultime et dangereuse qui, une fois franchie, le ferait sombrer inévitablement dans la folie, éclater et se dissoudre dans le néant.

- Face à ce danger de la jouissance, l'hystérique oppose alors un refus tenace de jouir.

- Pour se tenir à l'écart de la jouissance et persister dans son refus, l'hystérique invente inconsciemment un fantasme protecteur : le fantasme angoissant de castration. Avec ce fantasme, il crée une menace fictive, la menace de perdre sa force phallique, pour oublier une autre menace tout aussi fictive mais plus obscure, indéfinie et beaucoup plus terrible, celle de succomber à la jouissance. Il s'angoisse devant une castration qu'il veut possible pour ne pas disparaître devant une jouissance insoutenable. Le refus de la jouissance se transforme dans le fantasme en angoisse de castration. Et l'objet menacé n'est pas tout l'être mais le phallus. Nous verrons dans le chapitre consacré au traitement psychanalytique de l'hystérie, que ce rejet de la jouissance se traduit dans une cure d'analyse par le refus de traverser l'épreuve du fantasme angoissant de castration. Nous y reviendrons.

- Or, certes le fantasme sauve et protège l'hystérique de la jouissance, mais il le plonge dans une souffrance corporelle (symptômes somatiques), sexuelle (paradoxe de la vie sexuelle) et relationnelle (désir d'insatisfaction). L'angoisse de castration se transforme par conversion

en symptômes du corps, en dérèglement de la sexualité et en douleur d'insatisfaction.

• Le fantasme de castration sauve et protège l'hystérique de la jouissance, mais il le perturbe dans sa manière de percevoir les êtres qu'il aime et qu'il hait. A la façon d'une lentille déformante, le fantasme de castration plonge le névrosé dans un monde où la force et la faiblesse décident exclusivement de l'amour et de la haine. J'aimerai ou haïrai mon partenaire suivant la perception de sa force ou de sa faiblesse phallique. Aussi les relations affectives de l'hystérique se transforment-elles inévitablement en relations de dominant et de dominé.

En somme, la logique de la genèse de l'hystérie se résume en ceci : le désir ouvre sur la jouissance, la jouissance suscite le fantasme, le fantasme contient l'angoisse, et l'angoisse enfin se transforme en souffrance.

PORTRAITS IMAGINAIRES DE L'HYSTERIQUE

L'analysant, allongé sur le divan, parle, je l'écoute, et spontanément se forme en moi une figure qui condense trois facteurs conjugués : l'abstraction de la théorie, le désir du transfert et l'histoire du sujet.

En effet, à l'écoute des patients, certaines images s'imposent au praticien. Ce sont des images qui traduisent de façon figurée les éléments principaux de la théorie psychanalytique et que le praticien pourra éventuellement reconnaître au cours de son travail. Ces images, véritables mises en scène de thèses théoriques, fonctionnent comme les déclencheurs d'une intervention analytique, en général appropriée et opportune. Le psychanalyste se servirait ainsi de ces images pour opérer la métamorphose de l'abstrait vers le perceptible, et avancer son interprétation. Tout se passe comme si le praticien, au lieu de se demander : « Comment intervenir ? Que dire au patient ? », s'interrogeait : « Que dois-je fantasmer ? Avec quelle image forgée par la théorie mais surgie dans le silence de mon écoute, dois-je travailler ? » Justement, posons-nous la question. Quels portraits imaginaires s'ébauchent dans la tête du psychanalyste lorsqu'il écoute activement son patient hystérique ou le patient en phase d'hystérisation transférentielle ?

*

En écoutant un patient hystérique, notamment un homme, imaginons-le comme un petit garçon effarouché, recroquevillé dans un coin de la pièce, les yeux grands ouverts et se protégeant la tête de ses mains comme pour parer la violence d'un éventuel châtement.

*

En écoutant un patient hystérique, notamment une femme, pensez au père. Faites l'effort d'imaginer que ce n'est pas une femme qui vous parle, mais le père qui est à l'intérieur d'elle, un père endolori et à la voix lointaine. L'imagination du psychanalyste pourrait se mobiliser jusqu'à enfanter cette chimère bizarre, composée d'une petite fille dont le visage, le temps d'un regard, aurait pris les traits du visage du père. Une petite fille dont le sexe, comme celui de la poupée de porcelaine, ne serait qu'une surface lisse, marmoréenne et sans pli.

Si nous pensons maintenant à l'allure du corps de cette patiente, ou aux gestes de sa main, ne sont-ils pas comme l'émanation en elle de la présence vivante du père ? Présence vivante même et surtout si le père est mort ou semble un personnage effacé dans sa vie.

*

En écoutant notre patient, imaginons que son corps abrite le couple d'un homme et d'une femme aux corps transparents, enlacés comme deux personnages de rêve, dans une étreinte sans pénétration ni érotisme.

*

*

En écoutant un patient hystérique, souvenons-nous qu'il souffre de ne pas savoir qui il est, de ne pas pouvoir arrêter, ne fût-ce qu'un instant, l'insoutenable défilé des figures qui l'habitent et sous lesquelles il ne peut éviter de s'offrir aux autres.

*

En écoutant un patient hystérique, imaginons que son monde — dont nous faisons partie — est peuplé d'êtres forts et inaccessibles, et d'êtres faibles et pitoyables. Il repousse les puissants et cependant les guette à l'affût de leur moindre faiblesse, de la plus légère souffrance, de la plus infime fatigue. Il repousse par mépris les impuissants parce qu'ils sont faits à son image, et cependant il les appelle avec la compassion de celui qui veut panser les blessures.

*

* *

*
* *
*

**Le psychanalyste écoute son analysant
en se représentant mentalement
le fantasme de castration**

Avec ces portraits imaginaires de l'hystérique nous nous sommes installés dans l'espace psychique du psychanalyste. Mais une question se pose maintenant : ces images surgies spontanément chez le praticien lors de l'écoute, quel rapport ont-elles avec la scène centrale du fantasme de castration ? Comment le fantasme de castration intervient-il dans le travail concret du psychanalyste avec ses patients ?

D'abord un préalable. Les scènes que nous avons décrites dans les chapitres précédents pour exposer les fantasmes masculin et féminin de castration, les variantes obsessionnelle et phobique, ainsi que le fantasme de l'utérus, ne correspondent absolument pas à des faits réellement survenus. La scène du fantasme de castration n'est pas un fait réel, et peu de ses détails trouveront confirmation par exemple dans le comportement observable d'un enfant face à la nudité d'une femme adulte et aimée. Une telle scène ne correspond pas non plus à la narration imagée que l'un de nos patients aurait pu tenir en séance. Rares sont les occasions où le praticien entend le récit d'une telle séquence fantasmatique. Mais alors d'où tirons-nous cette histoire de la castration, qui

n'est ni un fait réel ni un récit que nous aurions entendu ? Il faut que nous soyons extrêmement clair. Les courtes scènes que nous avons montrées et encadrées dans notre texte, comme on encadre des photos, ne sont que les épures abstraites d'un scénario fantasmatique, conçu et inventé par la psychanalyse pour rendre compte de la clinique et de la pratique avec des patients hystériques, et plus généralement avec des névrosés. Mais alors, s'agit-il d'une rêverie capricieuse du psychanalyste ? De quoi s'autorise le psychanalyste, et à l'origine Freud lui-même, pour construire un tel fantasme, le supposer aux fondements de la souffrance hystérique et affirmer comme nous l'avons fait, que ce fantasme est l'œuvre inconsciente du sujet lui-même ?

La légitimité du fantasme de castration est double : théorique et pratique. Légitimité théorique, parce que le scénario de la castration tel que nous l'avons décrit reste rigoureusement cohérent avec l'ensemble de l'édifice conceptuel de la psychanalyse. Le concept de castration reste une des notions les plus solidement ancrées dans le sol de la théorie. Mais légitimité pratique surtout, parce que ce scénario, malgré son cliché apparemment vieilli d'une image d'Épinal, se renouvelle sans cesse en une infinité de variantes imaginaires qui se succèdent dans le chemin de la cure. Une infinité d'images qui se vérifient continuellement dans le travail avec nos patients comme les expressions fidèles du fantasme de castration à l'origine de leur souffrance.

Or, concrètement, que veut dire que l'épure abstraite du scénario de la castration, ainsi que ses images déri-

vées, se vérifient dans le travail avec nos patients ? Cela signifie d'abord que lorsqu'un analysant nous parle et nous fait part de ses conflits et de ses plaintes, nous commençons par comprendre l'origine inconsciente de sa souffrance à partir, certes, de notre place dans le transfert, mais aussi en nous représentant mentalement l'épure de la scène fantasmatique que nous propose la théorie. Entendons-nous bien, c'est nous, les psychanalystes qui, dans le silence de l'écoute, imaginons mentalement sous la forme d'une scène, l'origine de la souffrance éprouvée par le névrosé. A la manière d'un filtre théorique placé entre l'oreille et la bouche du psychanalyste, entre ce qu'il écoute et ce qu'il dit, le scénario de la castration s'avère ainsi comme un remarquable instrument mental dans le travail du praticien.

Nous devons néanmoins formuler ici deux réserves importantes. D'abord, la scène imagée que nous nous représentons mentalement pendant que l'analysant nous parle ne reproduit jamais telle quelle l'épure du fantasme de castration établie par la théorie et que nous avons décrite, mais l'une de ses infinies variantes, celle particulière à un moment précis de la séance. Ensuite, deuxième réserve, il s'agit d'images non pas voulues par le psychanalyste, mais s'imposant spontanément à lui, lors de son écoute active.

Mais comment alors à partir de ces images le psychanalyste intervient-il ? quand le praticien rompt le silence de son écoute et intervient, son intervention doit être considérée comme la mise en mots de la scène fantasmatique qui se déroulait mentalement en lui et qui, sous

une forme imagée, exprimait l'origine inconsciente de la souffrance vécue par son patient. Bien entendu, cette mise en mots n'est jamais une simple description des détails ou du contenu de la scène imagée. Le psychanalyste garde l'image en silence et ne dit à son analysant que les mots avec lesquels il traduit la signification de la scène. La séquence pourrait se décomposer ainsi : fantasme inconscient chez le patient → souffrance vécue par le patient → mots du patient en séance → *en écoutant ces mots, le psychanalyste voit surgir spontanément en lui une scène imagée* → traduction mentale et silencieuse par le psychanalyste de la scène considérée comme l'expression imagée du fantasme de castration, cause de la souffrance du patient → communication à l'analysant du résultat de cette traduction intérieure. C'est là que nous attendons la réaction de l'analysant à notre intervention, et qu'en la recevant, nous saurons confirmer après coup la valeur de l'épure théorique du fantasme de castration. C'est donc dans l'exercice de l'écoute que l'on pourra confirmer cette épure comme une fiction féconde de la théorie analytique.

Le psychanalyste regarde ce qu'il écoute

Mais pourrions-nous mieux cerner la place de cette écoute visuelle dans la cure ? Comment conceptualiser la fonction de l'image dans le travail du psychanalyste ? Aux diverses variantes de l'action psychanalytique que sont le silence, les interventions explicatives et l'interprétation, nous devons maintenant ajouter cette quatrième

figure qu'est l'écoute visuelle. On peut vérifier dans la pratique que certaines interventions psychanalytiques, aussi rares que l'interprétation, sont en effet liées à un état de vision transitoire et fugace vécu par le psychanalyste. Il ne s'agit plus ici du silence qui prépare un mot interprétatif, ni de la reconstruction d'éléments de l'histoire du patient qui précède une intervention explicative, mais bien d'une disposition subjective du praticien extrêmement particulière. L'écoute est si polarisée sur le dire du patient que l'analyste non seulement oublie son moi, mais *regarde ce qu'il écoute*. Essayons de mieux décrire ce phénomène d'une écoute devenue vision.

Lorsqu'il arrive que le psychanalyste perçoive visuellement ce qu'il entend, nous pouvons supposer que s'est opérée une singulière identification entre l'analyste lui-même et la matérialité sonore des mots prononcés par l'analysant. Pour que l'analyste regarde ce qu'il écoute, il a fallu qu'il soit la voix de l'énoncé qu'il entend ; et même plus que la voix, il a fallu qu'il soit la sonorité physique de la parole parlée. Comme si la personne du psychanalyste se déplaçait, à la manière d'un objet érogène, à travers trois zones du corps : l'ouïe, la bouche et les yeux. Si nous schématisons la séquence de ce curieux déplacement, nous obtiendrons : d'abord, l'analyste écoute → puis en écoutant, il oublie son moi → ensuite, il devient la matérialité sonore des mots prononcés → et enfin, il perçoit visuellement l'origine inconsciente de ce qu'il entend. Bref, pour regarder dans l'inconscient, il a fallu qu'il soit ce qu'il entend. La

séquence se complique si, en toute rigueur, nous ajoutons que regarder signifie pour un sujet être l'objet qu'il regarde. Il faudrait résumer alors en disant : pour regarder, c'est-à-dire être ce qu'il voit, il a fallu qu'il soit ce qu'il entend. Bien entendu, cette gradation d'une écoute transformée en regard n'est qu'un artifice explicatif pour faire comprendre le processus d'une expérience qui, dans la pratique, se donne de façon condensée et compacte. Il est clair aussi que présenter cet artifice a un avantage autre qu'explicatif. Mon but, en établissant cette gradation comme une séquence qui va de l'écoute au regard, est de poser quelques jalons d'une recherche théorique qui doit se poursuivre.

Dans un texte consacré au transfert¹¹, j'avais défini l'interprétation comme un retour chez le psychanalyste du refoulé inconscient de l'analysant. De même que l'interprétation, le regard mental de l'analyste peut être considéré comme le retour chez le psychanalyste du refoulé inconscient de l'analysant. L'interprétation et le regard seraient ainsi deux modes de retour du refoulé qui se différencient en ce que le premier est fondamentalement un mode symbolique de retour — l'interprétation consiste en un dire symbolique —, tandis que le second est fondamentalement un mode fantasmatique de retour. En toute rigueur je devrais dire que le regard survenu chez le psychanalyste pendant qu'il écoute réalise un unique désir, celui de la relation analytique elle-même ou, si l'on préfère, celui du transfert inconscient. Bref, *l'analyste regarde ce que le patient désire*.

Une très belle phrase de Nietzsche évoque au plus près la disposition visuelle de l'analyste dans le travail de l'écoute : « Il faut attendre et se préparer, épier le jaillissement des sources nouvelles, se tenir prêt dans la solitude pour des visions et des voix étrangères, retrouver en soi le Midi, étendre à nouveau au-dessus de soi la clarté, le rayonnement et le mystère du ciel de Midi. »