

Vieillir entre Psyché et Soma : Ce que Soma fait subir à Psyché

Auteur(s) : Françoise Feder

Mots clés : deuil (travail de -) - hypocondrie - mort (angoisse de -) - narcissique (déficit) - névrose actuelle - soma - trépas (travail du -) - vieillir

D'après la conférence prononcée le 23 juin 2011, à l'Université René Descartes, dans le cadre du cycle des *Conférences d'introduction à la Psychanalyse* de la SPP ouvertes au public.

Mon propos d'aujourd'hui qui aborde les problèmes inévitables liés au vieillissement de notre corps et de notre esprit fait partie de ces sujets « fâcheux » dont en général on évite de parler. Freud dans sa conférence de 1915 « Nous et la mort » (conférence de Vienne au cercle *B'nai B'rith*) nous dit à propos de la mort que « beaucoup de personnes ne veulent pas entendre (en) parler » ... Mon propos d'aujourd'hui qui aborde les problèmes inévitables liés au vieillissement de notre corps et de notre esprit fait partie de ces sujets « fâcheux » dont en général on évite de parler. Freud dans sa conférence de 1915 « Nous et la mort » (conférence de Vienne au cercle *B'nai B'rith*) nous dit à propos de la mort que « beaucoup de personnes ne veulent pas entendre (en) parler ... et que nous nous comportons dans l'ensemble comme si nous

voulions éliminer la mort de la vie (en lui réservant) pour ainsi dire un silence de mort ». On peut dire la même chose du fait de vieillir indissociable du fait d'être mortel et du temps qui nous est compté. Par ailleurs notre vie d'âme est indissociable de notre vie somatique. Si, en effet, on peut parler d'une mort psychique dans un corps vivant, il n'est pas possible, à moins de croire en l'au delà, d'envisager une vie psychique dans un corps mort.

J'ai donné comme sous-titre à cet exposé « **Ce que Soma fait subir à Psyché** », j'aurai pu, bien entendu, dire l'inverse, tant il est vrai que dans cette interaction si étroitement réciproque du somatique et du psychique dont notre vie dépend, il est très difficile de déterminer ce qui revient à la poule de ce qui revient à l'œuf, d'autant plus que la causalité n'est jamais dans une logique linéaire mais ressort le plus souvent d'une récursivité (S. et G. Pragier) où cause et conséquence peuvent très bien s'inverser. Cependant j'ai pensé que l'abord de la vieillesse, impliquait des remaniements somato-psychiques particuliers. Vu l'importance des changements corporels (des premières rides aux multiples altérations du corps sinon de l'esprit), l'ébranlement économique et le déficit narcissique sont au premier plan. Le retrait de la libido narcissique sur le moi, va amener l'individu à revisiter sa représentation de lui-même et son statut identitaire.

Je souhaite dans ce texte aborder le rapport de l'individu à son propre vieillissement, c'est-à-dire son rapport au temps et à la mort, plutôt que l'état de vieillesse proprement dit. Disons que j'ai voulu me situer dans une perspective dynamique et envisager les problèmes sous l'angle d'un processus : un processus de « vieillir » voire *un travail de vieillir*.

On retrouve beaucoup de ces problèmes dans d'autres périodes de

crises de la vie sauf que dans le vieillissement, la question de la retraite, de la réalité du temps qui reste et de la mort qui se rapproche se posent de façon plus prégnante. Je dirais que le fonctionnement dans l'actuel est plus particulièrement sollicité, ce qui infléchit des modes de défenses psychiques qui passent souvent par le corps.

L'état vieillissant peut s'apparenter à un état traumatique souvent dominé par cette angoisse automatique traumatique, au plus près du somatique, décrite par Freud en 1926 (*inhibition, symptôme et angoisse*) et mettre en cause le fonctionnement psychique avec le risque de rupture entre corps et représentation.

A partir d'un certain âge, le silence des organes qui permet à la vie mentale de s'exprimer au mieux est plus rarement au rendez-vous. Même si le silence des organes n'est pas forcément la santé et que la maladie peut très bien œuvrer silencieusement dans notre corps tout en étant connue mais niée par notre psychisme (D.Cupa, «*Le silence des organes*»), il va sans dire que lorsqu'on est accaparé par la douleur d'une rage de dents, il est difficile de penser à autre chose.

Une blague qui m'a été racontée, illustre bien cet aspect : quand après 60 ans, une personne se lève le matin et n'a pas mal, c'est qu'elle est morte. Il est intéressant de noter, à travers ce trait d'humour, que la douleur et le « bruit » des organes permet à l'individu de se sentir vivant. La douleur, pour peu que le sujet vieillissant maintienne une dose suffisante d'investissement masochique, devient alors « gardienne de vie » (B. Rosenberg).

Pour toutes ces raisons, j'ai préféré choisir d'abord le vertex Soma-Psyché, partant de l'idée que le corps aussi a ses raisons

que la raison ne connaît pas. Quelles défenses, la psyché du sujet vieillissant va utiliser pour lutter contre la désorganisation somato-psychique, se confronter à la dégradation de son image ainsi qu'aux pertes répétitives inévitables, objectales et narcissiques ? Quelles solutions de vie enfin, d'auto-organisation (S. et G. Pragier), Psyché va trouver pour s'adapter à ces nouvelles données ?

Chacun vit, semble-t-il dans la « certitude niée » (je reprends une expression de P. Denis) de sa mort programmée. La vie psychique du sujet vieillissant va continuer avec cette épée de Damoclès qui se rapproche et en dépit de toutes les atteintes du corps. « Certitude niée », en effet : une partie sait, l'autre ne veut rien savoir, car si l'inconscient ne connaît ni le temps, ni la mort, il faut bien que le Moi, lui, ou plutôt une partie du Moi, ce « *Moi du Moi, instance détachée par clivage* » (M. De M'Uzan, « *La mort n'avoue jamais* »), n'oublie jamais qu'il est mortel. Ce clivage du Moi ou clivage fonctionnel de survie garantirait à la fois l'illusion nécessaire avec le déni de la mort et à la fois l'autoconservation.

Vieillir : névrose actuelle, hypocondrie, dépression narcissique

Comme dans toutes les périodes de remaniement de la vie qui réactualisent la problématique identitaire de chacun (adolescence ou ménopause par exemple) où le poids de la quantité d'excitation est majeur, on retrouve cliniquement dans l'abord du vieillissement, un type de fonctionnement psychique qui s'apparente à ce que Freud a décrit dans la *névrose actuelle*. Cette notion de névrose actuelle apparaît chez Freud dès 1898 pour la distinguer des psychonévroses et désigner comme névrose actuelle, la névrose d'angoisse, la neurasthénie et l'hypocondrie.

L'actualité en cause réside pour Freud dans « *des désordres de la vie sexuelle actuelle* », l'origine des troubles ne se situe pas dans le passé, mais dans le présent. L'étiologie est somatique, liée à l'insatisfaction et à l'absence de décharge de l'excitation sexuelle qui se transforme en angoisse.

Les conceptions des psychosomaticiens s'inspirent beaucoup de cette notion de névrose actuelle. Notamment parce-que les conflits pris dans l'actuel sont facteurs de risque de désorganisation psychosomatique en raison d'une représentance de la pulsion défailante. Actuellement, on envisage de façon plus large l'origine de l'excitation. Elle n'est plus seulement d'origine exclusivement sexuelle mais élargie aux excitations d'ordre agressif voire à l'excitation liée à la douleur.

Cliniquement, chez les sujets vieillissants deux cas de figure se présentent plus fréquemment : - D'une part, face à l'ébranlement économique, l'unité somato-psychique est menacée. La symptomatologie est mobilisée alors du côté des angoisses hypocondriaques et de la névrose actuelle, avec une vulnérabilité somatique toujours présente associée aux accidents de santé divers inhérents à cette période de l'existence.

D'autre part, l'autre versant clinique à considérer dans cette période de la vie ressort des mouvements dépressifs, le pôle mélancolique étant en première ligne vu l'importance du *déficit narcissique*.

Cependant, le processus du vieillissement, comme tout ce qui traverse notre existence, comporte sa part d'aléatoire que chacun va avoir à intégrer mentalement, en fonction de son histoire singulière, de sa problématique personnelle, selon également son

degré de liberté psychique.

Vieillir : quel travail de deuil ? Résignation ou renoncement ?

Il va sans dire qu'à partir d'un certain âge, de nombreux renoncements à ce qui faisait le prix de l'existence, deviennent inévitables et nécessaires. Mais à partir de quel âge ? 60, 70 ans ? Plus ? Moins ? C'est selon... en tous les cas arrive un temps où l'évidence de l'âge certain - celui dit de nos artères - s'impose.

Du fait d'un avenir proche de sa fin, *le travail de deuil* qui s'impose à la personne vieillissante, a cette particularité qu'il ne comporte pas ce « bénéfice » direct évident, dont parle Freud pour définir la fin du deuil normal, comme pourrait l'être, par exemple, un nouvel objet d'amour à réinvestir dans le monde extérieur. *Les sources vives sont à puiser à l'intérieur de soi.*

Face aux effets de l'âge qui peuvent déboucher sur un sentiment de perte de soi et de ses capacités d'investissement en décuplant le vécu de castration, des mouvements dépressifs de résignation plus ou moins importants peuvent survenir : retrait, découragement, Texte asthénie, refus d'activité... Le sujet se résigne alors passivement au vieillissement comme à un évènement extérieur sur lequel il n'a aucune prise.

Mais la résignation imposée par la réalité n'est pas du même ordre que le *renoncement* qui implique un travail de deuil. Dans son très beau livre « De la vieillesse à la mort », Henri Danon Boileau, le rappelle à juste titre. Le renoncement en effet est une réappropriation subjective de ses investissements alors que la résignation, elle, évoque une soumission aux forces du destin.

Cette position de passivité qui n'est pas sans réactiver les affres de la dépendance infantile et toutes les angoisses inconscientes de cette détresse primaire si bien évoquée par Freud dans le terme d'*hilflosigkeit*. L'actualisation de ces angoisses primitives chez la personne âgée peut aller de pair avec l'activation de mouvements haineux de rage infantile.

Sur la nature du travail psychique à accomplir dans cette période de la vie, face à la maladie et à l'échéance de la mort, les positions des auteurs divergent : « *deuil de soi-même* » pour Christian David qui conteste l'idée de l'irreprésentation de la mort dans l'inconscient et sa réduction à un « analogon » de la castration et « *travail du trépas* » pour Michel de M'Uzan qui plaide pour une expansion libidinale et une exaltation de l'appétence relationnelle, jusqu'à la fin de la vie. On envisagera ces différents aspects.

Avec cette question essentielle : comment passe t'on de la résignation au renoncement ?

En effet, si selon Freud « le travail de deuil ne s'accomplit complètement que s'il aboutit à une récupération des investissements placés dans les objets perdus », quels investissements libidinaux, la personne âgée va-t-elle pouvoir récupérer ?

Quelques flashes cliniques et autres pour explorer diverses solutions psychiques face à ce « travail du vieillir »

Je pense d'abord à un enfant, à un garçon de 8 ans vu en consultation de CMP avec ses parents. La mère se plaint du langage « bébé », du refus de l'école et des apprentissages. Elle dit : il ne veut pas grandir. L'enfant jusqu'alors silencieux, en

retrait, se redresse et lâche dans un soupir : *grandir c'est mourir* ! Tout est dit. Grandir et vieillir vont de pair. Grandir c'est vieillir et vieillir c'est mourir. L'angoisse de mort renvoie aux angoisses de perte et de séparation d'avec l'objet primaire et la peur de grandir renvoie aussi au risque de voir disparaître ses parents. Il s'agit là d'un enfant et non pas d'un vieillard. Mais déjà, la mort est présente dans sa vie. Ce garçon de 8 ans aux prises avec la peur de mourir, doit-il déjà amorcer le deuil de lui-même pour s'inscrire dans la temporalité et grandir. Comme le dit Michel Serres : « L'acte de vivre comprend tout au long du temps, l'agonie de mourir aussi bien pendant la jeunesse vive que pendant la maturité, pour le vieillard comme pour le nouveau né. »

Tout au long de la vie, grandir, vieillir, va impliquer un processus de renoncements et de deuils, constamment revisité par les figures de la castration. Le prix à payer pour vivre !

Un autre exemple, celui d'un adolescent autiste de 17ans, diagnostiqué Asperger et suivi dans un hôpital de jour où il a largement atteint la limite d'âge

On prépare sa sortie : il doit faire une observation dans une nouvelle institution. Il s'agit d'un grand jeune homme, filiforme qui comme beaucoup d'autistes de haut niveau, étonne par ses compétences en secteur : calculateur de calendrier, semble connaître beaucoup de choses, apprises on ne sait comment ! Pourtant, malgré toutes ses connaissances et pendant toutes ces années à l'hôpital de jour, il a résisté systématiquement à la plupart de nos propositions d'activités : apprentissages scolaires, ateliers divers, etc. Le plus souvent, il reste en retrait du groupe, le regard absent, à agiter devant ses yeux une cordelette fétiche dont il ne se sépare jamais. Autrement il aime par-dessus tout se

caresser le visage avec le gilet en mohair de son éducatrice ou encore passer la main sur la calvitie du psychiatre responsable du Centre. *Mais il veut surtout qu'on le laisse tranquille.* Aussi, à son retour de l'observation dans sa future institution, il dit qu'il est content (d'une voix désaffectée) parce qu'il a fait l'atelier « *rien faire* ». J'ai pensé alors que l'équipe de cette nouvelle institution avait eu une idée géniale d'imaginer comme activité thérapeutique, un atelier « *rien faire* ».

J'ai souvent pensé que ce garçon, si on ne le nourrissait pas, pouvait se laisser mourir non pas par désir de mort, mais parce que tout investissement, tout effort, toute initiative qui nécessiterait qu'il se projette vers le monde des objets risquait de rompre l'homéostasie somato-psychique qu'il maintenait contre vents et marée. Ce comportement de résistance passive se fait sans colère. Ce patient exprime ainsi que son désir le plus cher, si tant est que l'on puisse parler de désir, est qu'on le laisse tranquille, absolument tranquille.

Ce besoin vital de tranquillité m'a aussi évoqué l'apragmatisme de certains vieillards dans des états dépressifs d'involution, voire simplement l'aspiration au repos de sujets en fin de vie, prélude, peut-être, à l'accueil de la mort. Est-on là dans une pure culture d'instinct de mort, ou bien cette sorte de conduite auto-calmante, ne ressort-elle pas des modèles économiques décrits par Freud dès ses premiers travaux, avec notamment le *principe d'inertie* (1895 projet de psychologie scientifique) voire même plus tardivement, celui de *principe de Nirvana* (au-delà, 1920) ? Principes qui visent avant tout la réduction de la quantité d'excitation jusqu'au niveau zéro.

Personnellement, je serais tentée de voir cette recherche d'inertie

comme une solution de survie, pour ce garçon autiste comme pour la personne vieillissante, aux prises avec une quantité d'excitation non assimilable par psyché. Tenter de ne plus rien sentir pour rester vivant. Cet évitement de toute source d'excitation serait finalement au service de l'autoconservation. Solution de survie certes, mais à quel prix !

Bartleby le scribe : une solution autistique ?

Dans la littérature, un personnage dépeint par *Herman Melville* dans sa fameuse nouvelle : « *Bartleby, le scribe* » (1853), illustre tout à fait cette problématique de repli total sur soi, ce refus absolu de l'autre qui aboutit finalement à la mort. *Bartleby*, cet étrange personnage, embauché comme copiste dans l'étude d'un juriste de Wall Street, s'oppose systématiquement à toute sollicitation émanant de l'extérieur. Il oppose à chaque demande de son employeur, « d'une voix singulièrement calme et ferme » un refus itératif en disant : « *je préfèrerai ne pas* », en anglais « *I would prefer not to* ». Il finit par ne plus rien faire et reste toute la journée, immobile, devant une fenêtre donnant sur un mur. Evacué de force de l'étude, incarcéré, il cesse de se nourrir et se laisse mourir.

Il me semble que dans cette recherche létale d'apaisement qui peut s'apparenter à un retrait mélancolique dans des situations de souffrance physique ou morale, in intégrables, l'aspiration au repos peut déboucher sur la mort par suicide notamment, sans que ce soit forcément la mort qui soit souhaitée. Par analogie avec le personnage de *Bartleby*, je me demande si on ne peut pas envisager l'existence, en tout un chacun, d'une sorte de *position autistique nodale* visant à rétablir l'homéostasie somato-psychique (en se détachant du monde extérieur), visant à retrouver ainsi une

sorte de calme absolu. Est-ce une quête qui ressort du principe du Nirvana ? La recherche de spiritualité dans les pratiques de méditation transcendantale est-elle de cet ordre ? La question reste ouverte.

Heureusement que toutes les personnes âgées ne recourent pas à ces solutions mortifères de survie. Je pense à une de mes parentes, déjà très très vieille qui me disait :

« Je sais bien que je suis vieille, mais dans ma tête je suis toujours pareille. »

Vieillir : un réajustement identitaire ?

Cette réflexion pose la question essentielle du *réajustement identitaire* nécessaire que la personne vieillissante doit réaliser pour maintenir la continuité de sa vie psychique. L'écart, en effet, entre le corporel et le psychique qui se creuse de plus en plus, peut finir par aboutir à une déconnexion entre la vie mentale et la vie physique :

La vie mentale, notamment la vie sexuelle dans les rêves, reste intangible, obéissant au principe de l'intemporalité de l'Inconscient systémique alors que les capacités physiques s'amenuisent irréversiblement. Comment rester le même en n'étant plus pareil ?

Mais en même temps, rester toujours pareil dans sa tête, n'est-ce pas aussi la preuve de la continuité libidinale, jusqu'à la fin ?

La question se pose également dans l'analyse, pour l'analyste qui vieillit. L'écart pour l'analyste va se creuser de plus en plus entre la personne de lui-même (De M'Uzan : « la personne de soi-

même ») et le personnage c'est à dire l'objet de transfert qu'il endosse dans la cure. Car l'amour de transfert lui, reste intangible : par exemple, Anna G., une patiente de Freud, lui disait alors que celui-ci en 1921, était déjà âgé de 66ans : « je vous aime d'une façon si indestructible, comme jamais auparavant je n'ai aimé quelqu'un ».

Deux exemples cliniques maintenant de patients confrontés au vieillissement qui bien que très différents, par l'âge et la problématique, ont cependant en commun d'avoir à affronter le passage du temps.

Monsieur X. un homme dans la soixantaine illustre assez bien le pôle dépressif- narcissique. Universitaire de haut niveau, proche de la retraite, il vient me voir dans un état quasi mélancolique. Il a fait une première analyse « dans sa jeunesse » qui « s'est très mal terminée ». Cette blessure narcissique qui condense avec l'analyste décevant un père mort décevant, se réactualise dans le transfert et infiltre son vécu du vieillissement : approche de la retraite, perte de sa séduction, problèmes somatiques de prostate, angoisses de détérioration intellectuelle et de perte de mémoire, angoisses hypocondriaques et de mort, autant d'angoisses indéniablement revisitées à l'aune de la castration. Ce vécu réactivé quand il approche de l'âge de la retraite, le plonge dans la dépression et l'amène à me consulter malgré « ses doutes » sur l'efficacité de la psychanalyse. Transfert ambivalent dans lequel l'analyse/analyste à la fois idéalisée et rejetante, va devoir endosser ces deuils impossibles. L'angoisse de castration est déplacée sur la sphère intellectuelle, et projetée dans le transfert : la psychanalyse trop peu scientifique est disqualifiée : « Elle n'est plus dominante comme avant » (vieillissante ?). Juste retour des

choses : il s'agit de châtrer tant l'ex-analyste qui lui a fait défaut que son père décevant qui n'ont pas répondu à ses demandes d'amour et d'une pierre deux coups, de châtrer son analyste actuelle.

Dans son leitmotiv de « *n'être plus le même, plus comme avant* », s'exprime une *crise identitaire*. Il vit dans la nostalgie d'un paradis perdu et dans la blessure narcissique de la perte de ses succès féminins et intellectuels. L'actualité des événements, notamment la proximité de la retraite ajoutée aux troubles somatiques, débouche sur un accroissement de la problématique narcissique et un *repli sur ses objets nostalgiques*. J'assiste impuissante à une sorte de « lâchage » de lui-même. Alors qu'au début, malgré la douleur morale exprimée, j'avais affaire à un homme qui se présentait avec dignité, comme un intellectuel « bien conservé », il se montre à moi de plus en plus négligé, se laisse aller physiquement, jusqu'à venir en séance de plus en plus défait.

Il « lâche » finalement la cure, après un an, disant que ça lui fait trop de mal de « remuer le fer dans la plaie », comme si le travail analytique trop excitant, ne faisait que renforcer « la perte de lui-même ».

Mme L, sympathique octogénaire, grand-mère élégante et dynamique est dans un tout autre registre. Encore très fraîche et séduisante, vêtue avec classe, elle aussi a connu une première analyste, maintenant « sûrement très très âgée » qui lui a fait énormément de bien. Mais malgré tous ces bénéfices, elle n'a pas cherché à la revoir craignant sans doute ses projections agressives sur une analyste déjà vieillissante.

Dotée d'une ribambelle de petits enfants auxquels elle consacre

tout son temps, elle vient me voir néanmoins parce qu'elle se sent « seule et inutile » et a besoin de parler et d'être écoutée. D'emblée l'investissement transférentiel de la relation est majeur. Elle décide que je suis beaucoup plus jeune qu'elle (ce qui est loin de la réalité) et vérifie constamment mon état de santé.

Mais en ce qui la concerne, elle lutte contre le passage du temps en passant sous silence ses douleurs somatiques à tel point que le plus souvent j'oublie son âge pour privilégier la belle jeune femme d'antan. Parfois cependant je m'interroge, compte tenu de son âge réel, sur l'absence de références à son vécu somatique.

Et puis, un jour, fait rarissime, elle ne vient pas, séance suivante idem. Je reste sans nouvelles, je m'inquiète. Elle m'appelle pour m'apprendre son hospitalisation avec intervention chirurgicale d'urgence, pronostic vital engagé et réparation artificielle des organes lésés. Finalement elle s'en sort et revient psychiquement très ébranlée.

Elle me dit avoir frôlé la mort et ajoute « *maintenant je suis devenue mortelle* ». Cette prise de conscience qui implique *un deuil de sa toute puissance et de l'intégrité narcissique de son corps* va susciter des ouvertures psychiques intéressantes. Elle se montre capable de se réorganiser et d'intégrer les dommages corporels subis, à sa vie libidinale.

A son retour elle me décrit longuement son corps malade et l'évolution de l'organe lésé. J'entrevois dans ces précisions chirurgicales, *un investissement auto-érotique de l'organe malade* qui confirme, ce que Freud avait déjà signalé à propos de l'hypocondrie à savoir « la capacité de rendre érogène tout organe par l'accroissement des investissements libidinaux sur cet

organe ». Sans doute la perception /reconnaissance de sa réalité corporelle ajouté à l'investissement libidinal de l'organe, a permis le passage de soma à psyché avec un recours à une solution quasi hypocondriaque. Maintenant, ma patiente reconnaît la douleur, ce qui lui permet de rester en contact avec son corps. Elle me dit : « *j'ai mal partout, c'est ça être vieille ?* ». L'activation du réinvestissement d'un noyau hypocondriaque propre à chacun est une possibilité de réappropriation libidinale de l'organe douloureux.

Aiseinstein et A. Gibeault évoquent dans leurs travaux sur l'hypocondrie, *la valeur auto-conservatrice des solutions hypocondriaques*. Cette question de la douleur est bien sur incontournable. Quelles dérivations psychiques, en effet trouver, face à un corps douloureux qui n'est plus hélas « *ce corps passé sous silence*», selon l'expression de Merleau-Ponty.

Suite à ce grave épisode somatique, Mme L. retrouve ses investissements personnels : elle se remet à la musique. *Elle puise ses solutions psychiques aux sources des pulsions partielles de sa sexualité infantile* : re-sexualisation du corps qui revêt une valeur de liaison soma-psyché ; elle a le mérite de relancer la relation de représentance de la pulsion, selon le modèle conçu par Freud, de la pulsion comme expression psychique d'une excitation somatique. Cette relance de la représentance de la pulsion lui a certainement permis de retrouver des *investissements sublimatoires*.

Mr X et Mme L, à l'épreuve de l'actuel, se confrontent chacun différemment au passage du temps. Mr X. traverse une crise identitaire liée à la proximité de son arrêt d'activité. La diminution de sa puissance sexuelle associée à l'approche de la retraite

bouleverse son économie narcissique, relance les angoisses hypocondriaques et de castration. Alors que Mme L. pourtant nettement plus âgée s'en sort autrement. Son évolution plaide en faveur des positions de Michel de M'Uzan d'une expansion libidinale et d'une exaltation de l'appétence relationnelle, face à la maladie et à l'échéance de la mort.

Même si la problématique du deuil reste infiltrée par les facteurs actuels, on retrouve toujours dans la relation transférentielle, l'expression symbolique de conflits plus anciens.

Conclusion

Si « toute psychanalyse, selon J.-B. Pontalis, nous parle de la mort insinuée dans la vie » (*La mort dans la vie psychique*), Freud a toujours maintenu jusqu'à la fin, que dans l'inconscient, chacun était persuadé de son immortalité. Il n'empêche qu'il a toujours été hanté par la mort, qu'il pensait même être destiné à mourir prématurément et qu'il avait fixé la date de sa propre mort (51ans) en fonction de la loi des périodes de Fliess. Dans sa jeunesse, il a été habité par d'intenses craintes hypocondriaques. Il a cependant affronté la vieillesse, la maladie et la mort avec un intense courage.

Son hypothèse géniale de « la mort de la mort » (*de M'Uzan*) dans l'inconscient n'a-t-il pas, in fine, constitué « son détour » pour rester psychiquement vivant jusqu'au bout ? Freud a toujours maintenu sa position quant à la non représentation de la mort dans l'inconscient. Il a également toujours privilégié la source somatique de la pulsion et conçu l'élaboration mentale comme la transformation de l'excitation somatique en du psychique. Et face à la vieillesse, à la maladie et à la mort (dernier roc du

biologique ?) c'est bien le corps et le facteur économique qui en dernier ressort impose sa loi.

Aussi loin que l'on puisse remonter dans le cours d'une existence, dès que le petit d'homme est en mesure de se représenter, il est confronté au fait de vieillir et à l'idée de la mort : *grandir c'est mourir*. Dès la naissance, en fait, les expériences précoces de détresse infantile, l'éprouvé perceptif, marquent le sujet au corps et signent certainement le prélude aux angoisses de mort. *Le Moi est d'abord corporel*. Rien faire pour ne pas sentir ou faire de façon opératoire pour ne pas souffrir, c'est encore, pour le Moi, une façon de survivre à l'excès d'excitations qui vient effracter son enveloppe corporelle, même si de telles solutions défensives pour maintenir la vie se payent du prix fort de la mort psychique, du désinvestissement, du risque de désobjectalisation et de déconnexion corps-représentation. Le détachement des vieillards vis-à-vis du monde extérieur est bien connu. Face aux limitations de plus en plus importantes auxquelles nous confronte la vieillesse, la poussée pulsionnelle jusqu'au bout, reste le trait d'union entre Soma et Psyché.

Pour terminer, j'aimerais évoquer *Didier Anzieu* et son livre sur *Beckett*, écrit vers la fin de sa vie, en 1990/91, après la mort de Beckett. D. Anzieu se débattait alors durement contre sa maladie. Ce livre est étonnant, en ce sens qu'Anzieu, depuis toujours fasciné par Beckett, se raconte à travers la vie, l'œuvre, la psychanalyse de Beckett. Il est à la fois l'auteur, le narrateur, le ou les personnages des romans de Beckett. Il est Beckett lui-même, il est Beckett patient de Bion et il est Bion analyste de Beckett. Comme Godot, il annonce la couleur dès le début de l'ouvrage : « *toute notre vie nous attendons. On attend que ça*

finisse, ce qui prend finalement beaucoup de temps. »

Mais surtout, au travers du corps souffrant de Beckett, D. Anzieu parle de son propre corps souffrant. Beckett, qui plaide désespérément pour vivre dans un corps apaisé, « pour l'obstination de respirer, support de la constance à dire », permet à Anzieu de dire, lui aussi, les douleurs de son corps et de son esprit, voire ses angoisses de mort. Anzieu évoque, par exemple, ses difficultés à s'endormir, je vous en lis un passage : « Avant de m'endormir (écrit Anzieu) je vais relire *Soubresauts* (dernier texte de Beckett, écrit avant sa mort en 1989, où celui-ci décrit son corps malade) », Anzieu poursuit « Je hais l'approche du sommeil... Je joue à la bobine avec mon corps, désespérant de trouver une position qui me détende. J'allume, j'éteins la lumière. J'avale et je crache le contenu d'un verre d'eau...je rêve et j'ai peur d'avoir des soubresauts. J'en rêve pour ressembler à Beckett jusqu'au bout... contre l'immobilisation mortifère, il me faut me prouver rampant et bondissant. Détente instantanée, soulagement d'avoir trouvé le mot juste (soubresaut). Lit de nouveau accueillant. Sommeil progressif ».

Comment mieux témoigner du pouvoir des mots. Comment mieux traduire en pensée ce que Soma fait subir à Psyché ? Et comment Psyché s'en sort !

Références Bibliographiques

1. Aisenstein M. « Entre psyché et soma : l'hypocondrie » in *Monographie de la RFP : L'hypocondrie, 1995, PUF.*
2. Aisenstein M. et Gibeault A. « Le travail de l'hypocondrie » in *les cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie, 1990, No 21, p 19-48.*

3. Anzieu D. « Becket », *édition Seuil/Archimbaud, Février 2004, 1^{ère} édition en 1992 par les éditions Archimbaud/Mentha.*
4. Cupa D. (2010), « Le silence des organes », in *Revue française de psychosomatique sur la Santé* n°36.
5. Danon-Boileau H. « De la vieillesse à la mort. Point de vue d'un usager », *HACHETTE Littératures, Calmann-Lévy, 2000.*
6. David C. (1995), « Le deuil de soi-même », in *Revue Française de Psychanalyse sur La mort dans la vie psychique*, 1996, 1, Tome LX.
7. De M'Uzan M. (1996), « La mort n'avoue jamais », in *Aux confins de l'identité, éditions Gallimard, nrf, 2005.*
8. De M'Uzan M. (1968) « Freud et la mort », in *De l'art à la mort, éditions Gallimard, nrf, p.49-63.*
9. De M'Uzan M. (1976) « Le travail du trépas », in *De l'art à la mort, éditions Gallimard, nrf, p.182-199*
10. Denis P. « Psychanalyste, un métier d'immortel ? », *Revue Française de Psychanalyse*, 2005, 4.
11. Freud S. (1915), « Ephémère destinée », in *Résultats, idées, problèmes.*
12. Freud S. (1926), « Inhibition, symptôme et angoisse », *PUF, nouvelle édition, 1965, Traduit de l'allemand par Michel Tort.*
13. Freud S. (1920), « Au-delà de principe de plaisir », in *Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981.*
14. Freud S. (1920), « Le moi et le ça », in *Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1981.*
15. Gibeault A. « La solution Hypochondriaque » in *Monographie de la RFP : L'hypocondrie, 1995, PUF.*

16. Melville H. « Bartleby, le scribe », titre original « Bartleby, the scrivener », *éditions Allia, Paris, 2006, traduit de l'anglais par Jean-Yves Lacroix. 1^{ère} édition, Allia, 2003.*
17. Pontalis J.B., « Sur le travail de la mort » in *La mort dans la vie psychique* », *RFP, 1996.*
18. Pragier G. et Faure- Pragier S. (2007), 1^{ère} édition, « Repenser la psychanalyse avec les sciences », *Le fil rouge, PUF.*

Aux sources du maternel

Auteur(s) : Hélène Parat

Mots clés : érotique maternelle - Helen Deutsch - histoire de la théorie psychanalytique - interdit du toucher - maternel - Melanie Klein - sein - sexualité (féminine)

Retraversant la pensée psychanalytique depuis ses sources freudiennes, cet exposé se voudrait une mise en perspective synthétiques des principales sources théoriques sur la question du maternel, déclinée avant tout sur le versant de la maternité proprement dite, mais en interrogeant l'articulation entre féminin et maternel, composantes fondamentales de la psychosexualité féminine, et sans pouvoir prétendre aborder le maternel comme fonction psychique, commune aux deux sexes, qui trouve à s'exercer dans la cure psychanalytique, mais qui déborde la thématique de ce soir.

« Le sein nourricier de sa mère est pour l'enfant le premier objet érotique, l'amour apparaît en s'étayant à la satisfaction du besoin de nourriture. [...] la mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, prototype de toutes les relations amoureuses ultérieures ». [1]

A l'origine de notre naissance, la mère, à l'origine de notre psyché, la mère, à l'origine de notre vie amoureuse, la mère... Cette figure cardinale traverse toute l'œuvre freudienne, fût-ce parfois en filigrane, et ne cesse de nourrir la réflexion contemporaine. Il est plus difficile de circonscrire le maternel, ce « propre de la mère » selon la définition tautologique du Littré...

Si Freud désigne fortement l'importance de la mère comme objet d'amour et d'identification pour l'enfant, il a été moins disert sur la psychosexualité propre de la femme-mère, cependant il a éclairé de manière provocante, au regard de la doxa culturelle, le caractère proprement sexuel de l'investissement maternel de l'enfant :

« La personne chargée des soins (généralement la mère) témoigne à l'enfant des sentiments dérivant de sa propre vie sexuelle, l'embrasse, le berce, le considère, sans aucun doute, comme le substitut d'un objet sexuel complet » [2]. Cette proposition scandaleuse se doit d'être rappelée de façon liminaire tant toute notre culture est imprégnée d'un clivage radical entre femme et mère, dans la tentation toujours renouvelée d'expurger la mère de toute sexualité et de la mettre à distance de la femme.

Ce clivage, prégnant culturellement, Freud l'a interrogé dans ses soubassements inconscients : « Là où ils aiment, ils ne désirent

pas et là où ils désirent, ils ne peuvent aimer »... [3] Freud désignait ainsi, dans cette formulation percutante, cette modalité fréquente de la vie amoureuse des hommes pour qui les femmes ne sauraient être que maman ou putain. La mère ne saurait être que pure, idéale, asexuée, ma mère ne peut avoir commis de tels actes...

Mais le « plus général des rabaissements de la vie amoureuse », pour reprendre le titre freudien, est bien le fruit de la persistance des vœux œdipiens inconscients et du combat contre cette association intime entre la mère et la putain, celle qui a trahi l'enfant en se tournant vers un autre que lui. « Il ne pardonne pas à sa mère et tient pour une infidélité le fait que ce ne soit pas à lui, mais au père, qu'elle ait accordé la faveur du commerce sexuel ». [4] Maman et putain : « ce qui, dans le conscient, se présente clivé en deux termes opposés, bien souvent ne fait qu'un dans l'inconscient » (Freud, *ibid*)...

Ainsi sur le plan manifeste la relation des hommes aux seins des femmes témoigne-t-elle d'un insistant partage entre le sein féminin et le sein maternel. L'imaginaire masculin regorge de femmes aux appâts flamboyants qui ne sauraient être des mères. Ces seins érotiques, érigés, découverts et séducteurs sont à mille lieux du doux sein maternel, nourricier, pudique, voire presque évanescent chez les vierges allaitantes du Quattrocento. Celles-ci laissent à peine entrevoir un sein qui semble ne pas pouvoir leur appartenir, tant il est à côté, séparé, perdu dans les plis du vêtement, objet nécessaire d'un lien, mais dans une incarnation sublimée. Sur les cimaises de nos musées comme sur les affiches qui couvrent les murs de nos villes, les seins érotiques ne sauraient être confondus avec les seins nourriciers, les « tétons

charnus» avec « les tétons juteux » comme le disait un médecin du XVIIIe siècle. Dans sa constance, dans son excès, le partage entre mère et femme laisse entrevoir ce qu'il combat, l'impensable d'une mère féminine, sexuée et séductrice.

L'idéalisation de la mère est une formation réactionnelle massive, permettant de refouler tant le sexuel féminin de celle-ci que la permanence du sexuel infantile en chacun. Si Freud, pointant l'opposition entre la maman et la putain, mettait l'accent sur la force du complexe d'Édipe masculin dans une telle configuration, il conviendra d'interroger les formes féminines de ce clivage et de revenir sur ce qui s'y joue également de motions préœdipiennes dans la mise à distance de la toute-puissance d'une imago maternelle archaïque. Jean Cournut [5] évoquait avec vivacité et humour l'ampleur de la peur que les hommes ont des femmes, dans leur séduction érotico-maternelle, dans leur redoutable alliance du féminin et du maternel. Tous les modes de défenses sont susceptibles d'être convoqués et dans le partage entre mère et femme tous les gradients d'opposition peuvent se trouver, d'un conflit modéré jusqu'au radical clivage. Dans l'ordre des représentations culturelles, ce partage trouve à s'inscrire de manière à la fois diverse et omniprésente. Freud, pour sa part, non content de dénoncer cette partition, a cherché à maintes reprises à creuser les représentations féminines et maternelles offertes par notre culture : ainsi, en 1911, dans « Grande est la Diane des Éphésiens » a-t-il interrogé la permanence des cultes des grandes déesses maternelles, ou dans « le motif des trois coffrets » a-t-il relié les figures de la mère, de la femme et de la mort, comme variations autour de l'« objet premier du plus puissant des amours ».

Une mère qui soit femme vis à vis d'un homme semble déjà inacceptable, une mère qui soit sexuelle vis-à-vis de l'enfant l'est peut-être encore plus radicalement, dans la virulence du combat contre la tentation incestueuse. Cette dimension a été constamment soulignée par Freud, dès les *Trois essais sur la théorie sexuelle* quand il note que ces soins séducteurs apprennent à l'enfant à aimer et sont une nécessité pour le développement de sa vie libidinale, mais il la décline en particulier dans « Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » :

« L'amour de la mère pour le nourrisson qu'elle allaite et soigne est quelque chose qui a une bien plus grande profondeur que son affection ultérieure pour l'enfant adolescent. Cet amour possède la nature d'une relation amoureuse pleinement satisfaisante, qui comble non seulement tous les désirs psychiques mais aussi tous les besoins corporels, et, s'il représente l'une des formes du bonheur accessible à l'être humain, cela ne provient pas pour la moindre part de la possibilité de satisfaire sans reproche également des motions de désir depuis longtemps refoulées et qu'il convient de désigner comme perverses ». [6] Ces motions de désirs refoulées renvoient au sexuel infantile de la mère, dans sa perversité polymorphe, à ses différentes positions libidinales inconscientes, aux modalités de son désir d'enfant. Sur celui-ci les positions freudiennes n'ont guère changées, il y voit avant tout le fruit et la transformation de son envie du pénis, même si çà et là émergent des notations qui témoignent d'autres valences fantasmatiques, notamment dans « Sur les transpositions des pulsions, en particulier dans l'érotisme anal » dans lequel le désir d'enfant pourrait précéder l'envie du pénis proprement dite, ou dans ses derniers textes sur la sexualité féminine, dans lesquels il décline le désir de recevoir ou de donner un enfant à la mère

précœdipienne. Cet investissement sexuel de l'enfant par la mère, objet des vœux inconscients les plus ardents, ne cède en rien dans l'œuvre freudienne à l'accent porté sur le rôle étayant et pare-excitant de la mère qui déjà dans *l'Esquisse* est désignée comme le premier autre secourable et éminemment nécessaire face à la détresse de l'infans. Ce rôle fondamental est celui qu'évoque la célèbre note des « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques » texte antérieur à « Pour introduire le narcissisme » dans lequel il évoque cette énigmatique « organisation première » soumise au principe de plaisir et propose cette fiction qui se « justifie quand on remarque que le nourrisson, à condition d'y ajouter les soins maternels, est bien près de réaliser un tel système psychique » [7].

Dans « Pour introduire le narcissisme », l'investissement plus spécifiquement narcissique de l'enfant est magistralement mis en lumière : « : « L'enfant aura la vie meilleure que ses parents, il ne sera pas soumis aux nécessités dont on a fait l'expérience qu'elles dominaient la vie. (...) His majesty the baby, comme on s'imaginait être jadis. Il accomplira les rêves de désir que les parents n'ont pas mis à exécution, il sera un grand homme, un héros à la place du père ; elle épousera un prince, dédommagement tardif pour la mère [...] L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature. » [8]

Cependant cet investissement narcissique est donc aussi la source d'un plein amour d'objet, véritable voie vers l'objectalité pour la femme, décrite dans ce texte comme plus narcissique par essence

que l'homme. On remarquera l'idéalisation que peut parfois porter la pensée de Freud envers la mère - cette expression presque touchante de ses vœux œdipiens - quand il en vient à évoquer l'amour de la mère envers son fils comme le plus dénué d'ambivalence ... : « le rapport au fils apporte à la mère une satisfaction illimitée. C'est d'ailleurs la plus parfaite, la plus facilement libre de toutes les relations humaines ». [9]

On peut s'interroger sur la disparité qu'il y a entre l'importance des réflexions freudiennes évoquées et le peu de cas qu'il fait de la psychologie de la maternité dans son ensemble - ni conception, ni grossesse ne sont spécifiquement interrogées - alors même qu'un de ses premiers textes pré-analytiques « Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystériques par la contre-volonté » [10], était consacré à la guérison par hypnose d'une femme qui ne réussissait pas à allaiter son enfant dans le contexte d'une problématique conflictuelle avec sa propre mère.

Néanmoins les apports freudiens sur le maternel sont des pierres de touche à partir desquelles ses collaborateurs et successeurs vont développer leur propre apport, oscillant entre refoulement du sexuel sous l'empire du culturel, et fidélité au père fondateur dans l'approche interprétative éminemment sexuelle des composantes du maternel comme Helene Deutsch qui fut une des premières, sinon la première, à consacrer un travail de grande ampleur à la compréhension de la maternité. Son importance historique, qui justifie la place qui lui est accordée ici, ne doit pas induire une sous-estimation de ses apports.

Les complexités de la maternité

Dans *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*, premier livre d'ensemble sur la question, publié en 1925, Helene Deutsch a consacré plusieurs chapitres à la fonction maternelle et à la complexité de la fantasmagorie qui l'infiltrer. L'ensemble de l'ouvrage est riche de nuances sur le bouleversement intense induit par la grossesse et notre auteur est bien la première à tenter de comprendre ce qu'il advient de l'appareil psychique féminin par rapport à ces révolutions somatiques cruciales. L'enfant permet avant toute chose un effacement des blessures narcissiques antérieures, « un enfant a été promis au moi féminin en récompense et compensation de ce qu'il avait souffert » (*Ibid*) écrit-elle, mais l'apport principal de l'auteur est de pointer la multiplicité des représentations fantasmagoriques qu'il supporte et que l'on ne saurait réduire à la classique « envie du pénis ». Car s'il faut faire retour à la période infantile, « pré-féminine » pour comprendre la réactivation des fantasmes lors de la grossesse, cela implique de concevoir que l'enfant peut être un enfant oral, anal, aussi bien que phallique-narcissique. Elle décrit finement l'investissement oral de l'enfant et fait une analogie entre le coït et l'allaitement pour évoquer les processus d'incorporation fantasmagoriques : « La théorie infantile de la fécondation orale trouve sa terre d'élection dans ce déplacement de l'activité orale vers le vagin » (*Ibid*, p. 76).

Le statut de l'enfant est double, car il est un objet introjecté qui entre dans le moi et l'élargit, mais il est également une partie du monde extérieur par rapport auquel toutes les relations d'objet de la mère sont répétées en particulier ses investissements œdipiens. Les réanimations pulsionnelles comportent aussi des composantes

libidinales hostiles, qui peuvent être parfois corrigées par rapport à l'enfant réel. D'autres sources, prégénitales, viennent renforcer les mouvements œdipiens, et s'expriment de façon très visible dans les nausées et vomissements en début de grossesse, ou dans les envies, dans un jeu entre motions orales et anales, entre incorporation et expulsion (*Ibid.*, p. 79). S'il y a une importante libido narcissique qui se trouve mobilisée par rapport à l'enfant, un apaisement relatif de certaines motions pulsionnelles intervient quand l'enfant se met à bouger et qu'il est davantage situé dans le monde extérieur. Ainsi la composante narcissique se trouve-t-elle génitalisée (H. Deutsch (1924), *Ibid.*, p. 81).

Helene Deutsch en vient à étudier la question des avatars pathologiques de la maternité, pointant le rôle de facteurs liés à la personnalité de la femme, qui n'étaient jamais apparus auparavant mais peuvent, dans l'intensification pulsionnelle générale, déboucher sur des maladies psychiques (psychoses puerpérales et psychoses de l'allaitement, par exemple). Selon la répartition des investissements libidinaux et narcissiques, deux modes de réaction à la grossesse assez différents peuvent émerger : une forme de mélancolie, quand l'enfant est trop totalement l'incarnation de l'idéal du moi/surmoi maternel, ainsi certaines femmes se métamorphosent-elles en « un désagréable appendice » (*Ibid.*, p. 83) de l'enfant... mais d'autres présentent une forme de triomphe narcissique mégalomane quand l'enfant est moins considéré comme un objet que comme une composante du moi. « De toutes ces considérations, il ressort que l'unité de la mère et de l'enfant n'est pas aussi paisible qu'il peut paraître » (*Ibid.*, p. 84). On est loin de l'affirmation freudienne sur la potentielle absence d'ambivalence maternelle...

L'identité mère-enfant permet de tirer de la condition psychique de la femme des conclusions sur l'état psychique de l'enfant à la naissance et Helene Deutsch de noter que l'accouchement permet une répétition complète de la peur associée au traumatisme de la naissance et une domination de cette peur par l'acte de la reproduction (*Ibid.*, p. 85). Les fantasmes de naissance condensent souvent la naissance - à jamais oubliée - de la rêveuse et celle de l'accouchement de ses propres enfants.

Dans la suite de sa recherche l'auteur insiste sur toutes les réactivations pulsionnelles liées à la crise de la naissance : renouvellement de la castration, perte narcissique, rôle de la douleur dans l'investissement libidinal de l'enfant, sentiment d'étrangeté éventuel, réactivation de l'ambivalence masquée jusqu'alors par l'identification de l'enfant au propre moi de la mère. Elle montre avec acuité le bouleversement que représente l'accouchement, avec le remaniement de l'économie libidinale qu'il implique, la libido narcissique de la femme devant supporter le manque de l'enfant en elle, et assumer la perte d'une position libidinale glorieuse.

Quand Helene Deutsch s'attache à l'allaitement, c'est pour souligner intensément les valeurs sexuelles de l'allaitement qui sont mises en lien avec divers troubles de la lactation, à travers l'équation entre le sein et le pénis. Evoquant le renversement fantasmatique des rôles des deux partenaires dans l'acte de succion, elle pointe que « l'analogie complète des deux situations de succion - c'est-à-dire dans le coït et l'allaitement - tient avant tout à ce que la frontière entre le sujet et l'objet est abolie mais aussi à l'identité de l'incorporation orale de l'objet dans l'acte de succion » (*Ibid.*, p. 91). Quand on pense au refoulement

collectif dont a fait l'objet le sein même dans la théorie analytique [11], on ne peut qu'être frappé par la tranquillité de ses affirmations et leur pertinence : l'allaitement est « aussi un acte de jouissance sexuelle, au cœur duquel la glande mammaire joue le rôle d'une zone érogène. Cette « érogénéité » de la glande mammaire se solde fréquemment par des difficultés d'alimentation (...). Dès que le rôle sexuel de l'appareil de succion prend trop d'importance, le refoulement intervient » (H. Deutsch (1924), *Ibid.*, p. 93).

Dans l'article « Maternité et sexualité » [12], qui est une continuation directe de son travail sur le masochisme, Helene Deutsch questionne la frigidité chez la femme et reprend l'étude du problème sous l'angle de ce que révèle le conflit entre maternité et sexualité. Si la peur de la gratification masochiste liée à la relation sexuelle ainsi que la possibilité d'obtenir une gratification sublimée de ces tendances dans la maternité détourne souvent la femme des formes normale de gratification sexuelle, elle n'en est pas l'unique cause. Il y a là un paradoxe par rapport à ce que montre la clinique, c'est-à-dire l'association étroite entre la négation névrotique de la réponse érotique chez la femme et l'aptitude compromise à la maternité. La stérilité et la frigidité peuvent avoir les mêmes racines et Helene Deutsch a constaté au cours d'analyses que cette dernière peut céder après la conception. Cependant cette association n'est pas toujours étroite, et les états névrotiques sont caractérisés par la séparation entre maternité et sensibilité érotique. Ce clivage est l'exact pendant de celui que Freud a étudié dans la vie amoureuse masculine. Chez la femme, ce clivage se traduit en elle-même : « La femme est elle-même « mère » ou « prostituée » et tout le conflit intérieur représente la lutte entre ces deux

tendances, qui semblent contraires, mais qui, finalement dans ce cas aussi, convergent dans l'idée unique de la mère indigne ». L'identification à la mère sexuelle est au cœur de toutes les variations cliniques de ce clivage manifeste entre maternité et sexualité. Helene Deutsch reprend son étude de l'homosexualité féminine pour réaffirmer que l'intensité du lien primaire à la mère avait toujours été accompagné aussi d'un Œdipe positif particulièrement fort. Mais il débouche souvent sur une négation des hommes avec concentration sur la relation mère-enfant. Au moment de l'œdipe positif la petite fille peut développer une rivalité vindicative accompagnée d'une intense culpabilité en lieu et place d'une identification fructueuse. La violence de sa culpabilité l'amène à renoncer alors ses désirs de maternité. L'identification peut être maintenue mais, par défense contre l'Œdipe, le rôle de l'homme est alors nié. Helene Deutsch avait déjà abordé ces aspects dans son étude des fantasmes de parthénogenèse. À la défense contre l'Œdipe positif, elle ajoute ici un accent sur la relation mère-enfant répétée dans ce fantasme qui exclut l'homme gênant, tout en étant une contrepartie du fantasme de prostitution et une variante du roman familial. En effet ce dernier fantasme peut exprimer ce vœu « Je ne suis pas l'enfant de ma mère, car ma mère ne fait pas de telle chose », comme le fantasme de parthénogenèse permet d'accepter la maternité en refusant la sexualité, car ainsi la mère n'a pas été femme. Helene Deutsch résume ainsi les variations du clivage entre maternité et sexualité génitale :

- Relation précœdipienne mère-enfant exclusive de l'homme dont le rôle est réduit à zéro
- Domination des tendances masochistes qui trouvent à se satisfaire au mieux dans la maternité

- Parthénogenèse dans ces différentes versions.

Helene Deutsch développe alors des cas extrêmes dans lesquels le refus de la sexualité lié à des relations maternelles dévastatrices implique le renoncement à toute conception personnelle, des femmes « empêchés d'avoir des enfants à elles par une négation de la sexualité de leur mère en même temps que de la leur » (Ibid., p. 173).

L'imposant ouvrage *La psychologie des femmes*, rédigé après son émigration aux Etats-Unis, reprend et développe toutes ses propositions, accompagné d'une multitude d'exemples tant cliniques que littéraires. Le chapitre II consacré à « L'esprit maternel et à la sexualité » est une reprise de son article de 1933 mais elle y définit plus clairement les différentes facettes de la maternité, distinguant celle-ci de « l'esprit maternel » : La « maternité se rapporte à la relation mère-enfant comme à un tout sociologique, physiologique et émotionnel », qui est différent de « l'esprit maternel », cet ensemble caractérologique particulier et ces phénomènes liés au besoin d'aide de l'enfant. Cet esprit maternel est, pourrait-on dire la partie visible de l'iceberg, faite d'une tendresse manifeste qui permet d'écarter, selon divers modes de défenses entre refoulement et projection, l'excès d'agressivité et de sensualité sexuelle. « Innombrables sont les femmes qui, à cause de leur peur de la sexualité, ne peuvent contenter leur esprit maternel que par des détours » [13] écrit-elle. On pourra remarquer ici que loin d'idéaliser la maternité, elle ne cesse, dans la stricte fidélité à la théorie freudienne, de souligner les composantes sexuelles, mais aussi agressives de cet investissement libidinal intense. Ainsi, par exemple, note-t-elle la fréquence dans les fièvres de la puerpéralité, de l'image des

animaux sauvages dévorant mère et enfant. A travers l'étude de la civilisation des Marquises sur la base des travaux de Carl Linton et Kardiner, elle se penche sur les femmes « anti-maternelles », aussi bien figures de légendes, les vehini-hai, sorcières tuant les nouveaux-nés, que femmes marquisiennes qui « semblent avoir perdu toute trace d'esprit maternel » pour y déceler les mêmes racines névrotiques que chez certaines patientes, dans un même rejet de la mère qui inhibe en elles tout sentiment maternel. Elle insiste sur le besoin de se « réconcilier complètement avec sa mère pour devenir [...] une femme maternelle » (*Ibid.*, p. 42).

Mais aussi riche que soit « La psychologie des femmes », cet ouvrage n'efface pas le caractère profondément novateur de *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme*, et l'on peut se demander si l'ampleur de sa recherche initiale sur la maternité n'a pas quelque peu inhibé ses collègues de l'époque, qui se sont beaucoup penchées sur la sexualité féminine, mais peu sur la maternité spécifiquement. En effet, dans l'ensemble, les auteurs de l'époque qui ont consacré des écrits à la sexualité féminine, se sont concentrés sur la question de l'envie du pénis, du complexe de castration, de la méconnaissance ou non du vagin, mais peu aux composantes libidinales de la maternité. Certes, dans leurs écrits émergent des notations importantes en particulier sur le désir d'enfant dont elles (voir ils avec Ernst Jones...) contestent la dérivation de l'envie du pénis. Selon ces auteurs, le désir d'enfant est primaire, en lien avec une fantasmatique érotique réceptive, proprement féminine, liée à une connaissance inconsciente du vagin, et intensément culpabilisée. Telles sont les positions, très résumées et avec des variantes individuelles - mais la discussion déborderait le cadre de cette conférence- de Karen Horney [14] ou d'Ernst Jones. Ce dernier formulera clairement que le désir

d'enfant n'est pas dérivé d'une envie narcissique d'un pénis externe, mais est primaire et objectale, lié aux vœux œdipiens, avec ses désirs d'incorporation du pénis paternel. Freud dira explicitement son opposition à cette théorie qui fait de l'envie du pénis une formation défensive face à ces désirs érotiques fortement refoulés. On peut néanmoins remarquer que dans l'article de Ruth Mack Brunswick qui est le fruit d'échanges théoriques entre eux deux, il est revenu sur cette dérivation du désir d'enfant à partir de l'envie du pénis et l'antériorité de ce dernier, et Ruth Mack Brunswick peut nettement affirmer, avec la caution de Freud, que le désir d'enfant précède l'envie du pénis, étant lié à une envie de et une identification à la mère qui a des bébés [15]. L'envie du pénis n'est plus uniquement narcissique mais a aussi une valence objectale dans la mesure où sa possession vise à la possession érotique de la mère.

La question de l'identification à la mère va être le pivot des réflexions ultérieures des analystes se penchant sur le maternel. Si cela ne va pas de soi d'associer Melanie Klein aux théorisations sur le maternel, tant son œuvre semble à première vue se centrer sur les affres du sujet naissant, dans une polarisation sur les mouvements introjectifs et projectifs constitutifs de la psyché, il convient de noter l'importance qu'elle donne aux premières identifications à la mère, au point d'en conclure en une **phase de féminité**, commune aux deux sexes et de souligner la force du désir d'enfant même chez le petit garçon. Dans son article de 1928, « les stades précoces du conflit œdipien », elle soulignait déjà, et ce avant sa conceptualisation des positions schizo-paranoïdes et dépressives, l'intense avidité envers les contenus du ventre maternel et la violence du désir insatisfait de la maternité chez la petite fille, même si « elle n'(en)a qu'un sentiment vague

et incertain, encore que très intense. Ce n'est pas seulement cette incertitude qui trouble son espoir d'une maternité future. C'est bien plus, l'angoisse et la culpabilité qui affaiblisse cet espoir, et qui peuvent porter atteinte, gravement et définitivement aux aptitudes maternelles d'une femme. A cause des tendances destructrices qu'elle entretenait contre le corps de sa mère, (ou contre certains organes de son corps) et contre les enfants qui se trouvaient dans le ventre maternel, la fille s'attend à être punie par la destruction de ses propres aptitudes à la maternité, de ses propres organes génitaux et de ses propres enfants. » [16] Dans un mouvement de pensée qui est constant chez elle, Melanie Klein voit dans l'épreuve de réalité, une façon de se rassurer face à l'angoisse suscitée par tous ces fantasmes, et la maternité réelle permet à la femme de dépasser les horreurs de ces temps premiers. Toute la maternité, dans ses différents moments, peut être vue comme une modalité de réassurance nécessaire au regard de l'intensité des mouvements destructeurs. On peut néanmoins s'interroger sur une certaine idéalisation paradoxale de la maternité dans ses aspects les plus réalistes, quand elle en vient à ne mettre parfois l'accent que sur cet aspect réparateur au détriment de la prise en compte des réactivations des angoisses initiales. Ainsi de l'allaitement par exemple souligne-t-elle exclusivement les aspects positifs sans pointer l'inévitable ambivalence ou les pulsions cannibaliques à l'œuvre chez la mère : « L'allaitement établit entre la mère et l'enfant un lien très étroit et très particulier. En lui donnant un produit de son corps qui est indispensable à la nutrition et à la croissance de son enfant, elle est enfin capable de mettre un terme heureux au cycle de ses agressions infantiles dirigées contre le premier objet de ses pulsions destructrices, le sein maternel qu'elle déchirait de ses dents, qu'elle souillait, empoisonnait et brûlait avec ses

excréments. Le lait nourrissant et bénéfique qu'elle dispense signifie pour l'inconscient que ces fantasmes sadiques ne se sont pas réalisés ou que leurs objets ont retrouvé leur intégrité » [17]. Néanmoins, dans « Le retentissement des premières situations anxigènes sur le développement de la fille », elle prend soin de dédier une partie spécifique à la relation mère-enfant, associant « l'étude de la relation infantile aux enfants fantasmatiques et la relation adulte à l'enfant en gestation » [18]. Elle se réfère aux travaux d'Helene Deutsch pour les prolonger et souligner l'intensité des angoisses maternelles face au fœtus, tout à la fois pénis du père, excréments toxiques en lien avec sa fantasmatique infantile. Pour elle, les sublimations chez la femme sont très influencées par leur relation avec l'enfant imaginaire de son enfance, et dérivées des formations réactionnelles contre les fantasmes sadiques. « Ce besoin d'avoir des enfants est primordial et très intense chez la petite fille parce que l'enfant est un moyen de dominer son angoisse et d'apaiser sa culpabilité » (Ibid., p. 240).

Si la majeure partie des notations de Mélanie Klein sur la mère et la maternité se réfère aux imagos et objets internes, il ne faut pas croire qu'elle ne tient pas compte des relations réelles entre mère et enfant, comme on pourrait trop rapidement le croire. En effet, deux textes qui font suite aux « Controverses », très différents quant à leurs visées théoriques mais complémentaires, en témoignent : dans « Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés », qui est une synthèse de ses élaborations sur les positions schizo-paranoïdes et dépressives où elle fait la part belle aux projections fantasmatiques du bébé, elle écrit néanmoins : « J'ai déjà indiqué que, bien que ses sentiments se centrent sur la relation alimentaire avec la mère, relation

représentée par le sein, d'autres aspects de la mère interviennent dès la première relation avec elle, car même de très jeunes bébés répondent au sourire de leur mère, au contact de ses mains, à sa voix, au fait d'être pris dans ses bras, à ses soins » [19]. Ceci peut sembler une évidence, mais l'importance du monde interne chez Mélanie Klein tend à induire une sous-estimation du poids de l'environnement et de la réalité externe qu'elle rend sensible dans « En observant le comportement des nourrissons » en insistant sur le fait que toutes ses considérations doivent être nuancées par l'importance des facteurs externes qui « influencent l'issue de chaque phase du développement » [20]. On sait l'importance de ce courant dans la pensée d'un Winnicott par exemple.

Cependant avant d'en venir à l'importance de la mère/environnement et du maternel dans les théories de Winnicott, il convient de noter l'influence de la pensée kleinienne dans un certain nombre de travaux sur la mère et la maternité, dont en particulier, dans les années cinquante, ceux de Marie Langer [21], psychanalyste argentine, qui étudie tout particulièrement les troubles de la fécondation sous un angle psychosomatique et dont la référence majeure est une problématique de conflit avec la mère. Bien que la recours insistant au fantasme de « mauvaise mère » soit directement influencée par le « mauvais sein » kleinien, elle nuance ses propos par une prise en compte de toutes les frustrations subies par la petite fille et par la difficulté de celle-ci, devenue mère, à abandonner la protection de son premier objet d'amour.

La pensée de Winnicott sur le maternel mériterait un ouvrage entier, mais c'est depuis une trentaine d'années en France une pensée amplement connue, quoique parfois trop simplifiée au

détriment de sa finesse tant clinique que théorique. Quel étudiant de première année en psychologie n'entend pas parler du « holding », du « handling » et de « l'object-presenting » ou de la mère « suffisamment bonne » ? Rappelons seulement que ces fonctions ne sont pas de simples fonctions de maternage, mais les étayages absolument nécessaires au développement de l'enfant, tant somatique que psychique, et qu'elles permettent à la fois l'intégration du moi, la personnalisation, c'est-à-dire l'articulation psyché soma et la relation à l'objet. Notons aussi que dans la diffusion médiatique de la pensée de Winnicott, la part belle a été donnée à ces fonctions maternelles et à leur rôle dans le passage fondamental du bébé de la dépendance nécessaire à son indépendance relative de sujet, sans toujours noter l'importance qu'il donne aux mouvements haineux et agressifs réciproques dans une tel développement. Un article fondamental dans l'approche winnicotienne du maternel est « La haine dans le contre-transfert », où à travers une analyse des mouvements psychiques de l'analyste dans certaines configurations cliniques, il retrouve l'importance de la haine maternelle dès l'origine, haine devant être tolérée sans être agie. Car c'est de la « haine de la mère » que naît la mère dite « suffisamment bonne », celle qui est « suffisamment mauvaise » pour ne pas l'être trop... Le chemin peut être très long qui mène une mère à reconnaître en elle cette « haine » à l'œuvre dans l'extraordinaire relation qui l'unit à son enfant. Cet enfant qui « n'est pas celui du jeu de l'enfance », cet enfant « qui n'est pas produit par magie », cet enfant dont « l'amour brûlant est un amour de garde-manger, de sorte que lorsqu'il a ce qu'il veut, il la rejette comme une pelure d'orange » (D. W. Winnicott (1947), p. 80).

Le maternel et le féminin, et la censure de l'amante

Il faut revenir au sein car ne serait-il pas l'emblème de la dialectique entre féminin et maternel, dans leur indissociabilité ? Si l'opposition sein érotique/sein nourricier se retrouve de façon omniprésente dans nos représentations culturelles, et si cette opposition porte la marque de la lutte contre les vœux œdipiens, sous le poids de l'interdit de l'inceste, elle permet aussi de mettre à distance la complexité pulsionnelle de la maternité qu'elle réduit dans cette opposition, complexité que pourtant Freud avait bien pointé d'entrée de jeu, mais qui vient contrecarrer la propension culturelle à l'idéalisation de la maternité. Le sein maternel, à l'instar de ceux des vierges gothiques, égaré dans les plis d'un ample manteau et à distance du corps, paraît objet partiel de l'enfant, il ne semble plus faire partie du corps de la femme devenue mère, le sein devient le féminin refoulé de nos théorisations sur le maternel.

Quand Freud évoquait « la possibilité de satisfaire sans reproche également des motions de désir depuis longtemps refoulées et qu'il convient de désigner comme perverses » [22] n'était-il pas exagérément optimiste ? Car ces motions de désir qualifiées de perverses peuvent-elles être véritablement satisfaites « sans reproches » ? Le silence relatif qui entoure cette dimension de la maternité ne dit-elle pas que cela ne va pas de soi, et que ces motions pulsionnelles ne peuvent qu'entraîner de complexes mouvements de défense ? Le sein reste encore aujourd'hui le parent pauvre de la théorie analytique et cet oubli relatif du sein ne me semble désigner cette conjonction de l'érotique et du

maternel que la psyché tend à radicalement refouler. Le sein féminin/maternel, dans l'indissoluble alliance du nourricier et de l'érotique, est peut-être paradigmatique de ce sauvage qui renvoie au féminin et à l'infantile refoulés de la mère, au sauvage du pulsionnel et à son excès potentiel - pour rendre hommage aux belles formulations de L. Abensour dans « L'ombre du maternel » (2011) -. Quand Freud pointe ces motions de désirs qu'il convient de qualifier de perverses, le sexuel infantile de la mère est clairement désigné, or si l'on a redécouvert aujourd'hui la mère séductrice, n'est-on pas pudique face au « bébé séducteur » ? : le bébé est une « bombe » sexuelle pour la mère, un jouisseur, un provocateur incessant qui vient mettre en tension toutes les pulsions partielles de la femme devenue mère. Si la mère éveille la sexualité de l'enfant, il le lui rend bien... La clinique de l'allaitement permet de voir à l'œuvre la permanence et la reviviscence du jeu des pulsions partielles qui trouvent à s'exprimer dans une fantasmatique spécifique, une fantasmatique des liquides, qui infiltre le fonctionnement maternel [23]. Mais cette fantasmatique est présente qu'il y ait ou non allaitement au sein de l'enfant : en effet, la régression maternelle lors des processus de la maternité, qui trouve sa raison d'être dans la nécessaire « préoccupation maternelle primaire » de la mère, cette hypersensibilité aux expressions pulsionnelles de son enfant, cette régression s'exprime dans un régime pulsionnel chaotique. Il y a une reviviscence, une mise en tension du pulsionnel prégénital, activée par celui du nourrisson. Loin d'être une régression libidinale ponctuelle, liée à des fixations repérables, il s'agit là d'un bouleversement pulsionnel global issu des excitations multiples qu'entraîne la rencontre avec l'enfant . La domination de l'économique trouve à s'exprimer dans cette fantasmatique des liquides dans laquelle les substances

corporelles entrent dans un rapport de confusion et de réversibilité : lait, sang, sperme tendent à se confondre ou à s'échanger dans une figuration fantasmatique qui bouleverse les formations repérées du développement libidinal. Évoquer alors un sein oral, anal ou phallique n'est pas revenir à une théorie génétique figée mais donner une figuration métaphorique désignant ces enjeux pulsionnels et leur sauvagerie latente. Il ne s'agit pas de se référer à ces différents moments dans une perspective génétique, mais de les comprendre au sens que Freud leur donne dans « Angoisse et vie pulsionnelle » quand il s'attache à ce qui ainsi « acquiert une représentation permanente dans l'économie de la libido et dans le caractère de l'individu »[24]. Ces mises en forme libidinales sont à comprendre comme des nécessités défensives face au potentiel excès pulsionnel lié au sauvage du maternel.

L'opposition sein érotique/sein nourricier, digue défensive de niveau œdipien, se complexifie dans la prise en compte de cette fantasmatique des liquides qui trouve ses premiers garde-fous dans les variations pulsionnelles du sein oral, anal, phallique. Points de butée face à la régression maternelle, champs particuliers de fixations pulsionnelles, les diverses modalités pulsionnelles de l'allaitement montrent que le sein féminin/maternel ne saurait être univoque. Mais ne nous y trompons pas : ces mises en formes prégénitales ne sont opérantes que dans l'après-coup œdipien qui informe toute maternité et dont la valeur organisatrice ou non permettra une reviviscence sans risque, ou au contraire dangereuse, de ces niveaux plus archaïques. Il convient d'insister sur ce double aspect, œdipien et prégénital de la maternité, dans la mesure où une certaine pente théorique pourrait inciter à se concentrer sur

le lien primaire entre mère et enfant, au détriment d'une prise en compte de l'ensemble de l'évolution libidinale de la femme devenue mère. Il faut prendre garde à ne pas se laisser happer par les sirènes de l'originare.

Mais une des difficultés majeures n'est-elle pas celle des « partages du sein », ainsi tendrement évoqués par ce poète du 18^{ème} siècle ? :

*Découvre donc, épouse et mère
Ce sein que nous nous disputons.
La nature y mit deux boutons,
L'un est au fils, l'autre est au père [...][25]*

En effet la reviviscence des pulsions partielles, sous-jacente à cette tension entre sein dédié à l'homme et sein consacré à l'enfant, nécessite l'abri d'un œdipe déconflictualisé pour pouvoir être vécues sans encombre et la clinique montre la difficulté à harmoniser ces motions pulsionnelles variées et contradictoires.

La belle expression de « censure de l'amante », désignant ce désinvestissement partiel de l'enfant pour que la mère puisse redevenir femme et se tourner vers l'objet amoureux, a eu un succès mérité mais le bonheur de la formulation doit cependant inciter à la prudence théorique : il serait en effet dommageable de radicaliser à nouveau, sous couvert de cette formule plus complexe qu'elle n'y paraît, une opposition entre mère et femme qui ne rend pas compte de la complexité des investissements d'une femme et du jeu difficile entre pulsions partielles et pulsions de registre œdipien. Face à l'ampleur des reviviscences pulsionnelles mises en jeu dans la maternité, l'ancrage post-œdipien est nécessaire pour ne pas se laisser déborder par la

réactualisation de pulsions prégénitales. La mère doit faire face à l'expression forte de la pulsionnalité de son enfant, à sa séduction régressive, et par les modes de contrôle qu'elle propose, lui permettre de transformer l'excitation incontrôlée en pulsions potentiellement capables d'inhibition quant au but.

Quand Michel Fain et Denise Braunschweig (1975) théorisaient la censure de l'amante, ils le faisaient avant tout pour dégager, du côté de l'enfant, l'identification à la mère et à son désir, source d'une première fantasmatisation. Mais il faut réévaluer le rôle de l'objet d'amour de la mère dans une telle configuration et prolonger celle-ci du côté de la femme/mère en soulignant la nécessité pour elle d'une « censure de l'amant ». La « censure de l'amant » désignerait ainsi le rôle majeur de l'amant, homme qui devenu père n'en maintient pas moins l'investissement érotique de sa compagne, pour qu'une mère ne se laisse pas glisser dans les délices prégénitaux vécus au contact de son enfant et puisse tempérer en elle le maternel sauvage, excité au plus vif par le nourrisson séducteur. Plus métapsychologiquement, la « censure de l'amant » témoignerait de l'organisation post-œdipienne maternelle, dans sa fonction de pare-feu des attraites et des pièges de l'érotique maternelle [26] . De la fonctionnalité de cette censure de l'amant dépend la possibilité d'instaurer **un interdit primaire de l'inceste** [27], un interdit maternel, source de symbolisation première de l'interdit œdipien proprement dit.

L'organisation œdipienne maternelle se doit d'être suffisamment souple pour tolérer les reviviscences pulsionnelles prégénitales induites par l'avidité pulsionnelle de l'enfant, car l'amour de l'enfant est violent, insatiable, comme le disait Freud, nécessairement, violemment « incestueux », il ne connaît pas

encore ajournements, déplacements, symbolisations et la réponse maternelle sera essentielle pour que cette violence trouve à se transformer. « La mère contient l'investissement de l'imaginaire paternelle, elle contient le monde œdipien ; c'est à travers ce patrimoine qu'elle apporte au bébé antœdipien la promesse de l'œdipe » [28], écrivait Racamier.

L'articulation des registres pré-œdipiens et œdipiens ne va pas de soi et la question des transformations pulsionnelles est au cœur du devenir des pulsions premières. Si les travaux de Didier Anzieu sur les relations primaires à travers sa conceptualisation du Moi-peau sont amplement connus, il semble que la qualité de son élaboration sur l'articulation de ces deux registres ne soit pas toujours estimée à sa juste valeur. Or Didier Anzieu a remarquablement relié registres pré-œdipien et œdipien à travers l'analyse du « double interdit du toucher », dans une réflexion qui prolonge le mouvement freudien de *Totem et tabou* associant interdit du toucher et interdit de l'inceste. « L'interdit du toucher, en tant que le toucher est un moyen de violence physique ou de séduction sexuelle, précède, anticipe, rend possible l'interdit œdipien qui prohibe l'inceste et le parricide » [29]. En étayage sur cette réflexion cardinale d'Anzieu, il convient de penser un interdit primaire de l'inceste, en prenant la mesure de toute sa complexité et en le déployant, comme la condition nécessaire au fondement de l'interdit œdipien, comme la forme maternelle fondamentale de l'interdit de l'inceste. L'interdit du toucher est une composante de cet interdit primaire qui vient permettre le refoulement nécessaire des pulsions prégénitales maternelles dans leur excès potentiel. Cet interdit primaire conditionne l'intégration œdipienne, il permet différenciation, distinction, et permet la mise en place du refoulement de l'inceste primordial

(Cabrol G. 2011). Cet interdit maternel primaire nécessite chez la femme/mère une organisation œdipienne souple, une érotique maternelle suffisamment tempérée, sous l'égide d'un surmoi protecteur, cet « héritier du complexe d'Œdipe », qui demeure dans l'ordre du symbolique la forme paternelle de l'interdit.

Conférence d'introduction à la psychanalyse du 6 octobre 2011

Références

1. S. Freud (1938 b), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1950, p.59.
2. S. Freud (1905), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Folio/Essais, 1987.p. 133.
3. S. Freud (1912) Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse, in *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p. 55.
4. S. Freud (1910) Un type particulier de choix d'objet chez l'homme, in *La vie sexuelle*, PUF, 1969, p. 52.
5. J. Cournut, (2001) *Pourquoi les hommes ont peur des femmes*, PUF.
6. S. Freud (1910 b), *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Gallimard, 1987, p.
7. Freud S. (1911b) Formulation sur les deux principes du cours des événements psychiques, trad. J. Laplanche, in *Résultats, idées, problèmes, I*, Paris, PUF, 1984 ; OCF, XI, 1998 ; GW, VIII
8. Freud S. (1914 c), Pour introduire le narcissisme, *La vie sexuelle*, trad. fr. J. Laplanche, Paris, PUF, 1969, p. 96 ; *OCF.P*, XII, 2005 ; *GW*, X.
9. S. Freud (1933 a [1932]), La féminité, XXXIIIème conférence, *Nouvelles conférences d'introduction à la*

- psychanalyse*, Paris, Gallimard, Folio/Essais, p. 179, *OCF.P*, XIX, 1995 ; *GW*, XV.
10. S. Freud (1892-1893), Un cas de guérison hypnotique avec des remarques sur l'apparition des symptômes hystérique par la contre-volonté, *Résultats, Idées, Problèmes*, vol. I, PUF, 1984, pp. 31-43.
 11. H. Parat (2006), *Sein de femme, sein de mère*, Paris, PUF.
 12. Deutsch H. (1933), Maternité et sexualité, *La psychanalyse des névroses*, Paris, Payot, 1970.
 13. H. Deutsch (1945) La psychologie des femmes, T II, Paris, PUF, Quadrige, p. 27
 14. K. Horney (1933) La négation du vagin, in (1885-1952), *La psychologie de la femme* Paris, Payot / 2002.
 15. Mack Brunswick R. (1940) La phase préœdipienne du développement de la libido, *R.F.P.*, T. T.XXI, n°2, 1967 (ou in *Féminité mascarade*, Seuil, 1994).
 16. M. Klein, (1928), Les stades précoces du conflit œdipien in *Essais de psychanalyse*, PUF, 1968, p. 238.
 17. M. Klein (1932), *La psychanalyse des enfants*, PUF, (Ière ed. 1959), 1975, p. 243.§
 18. M. Klein (1932), Le retentissement des premières situations anxiogènes sur le développement de la fille, in *La psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, (Ière ed. 1959), 1975, p. 239.
 19. M. Klein (1952), Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés, in *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, p. 190.
 20. M. Klein (1952), En observant le comportement des nourrissons, in *Développements de la psychanalyse*, PUF, 1966, p. 224.
 21. Marie Langer (1951) *Procréation et sexualité*, Paris, Des

- femmes, 2008.
22. S. Freud (1910 c), *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, Paris, Gallimard, 1987, p.146.
 23. Parat H. (1999), *L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement*, Dunod ; repris in *Sein de femme, sein de mère*. (2006), Paris, PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse.
 24. S. Freud (1933a), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Gallimard, 1984, Folio/Essais, p. 135.
 25. M. Manuel, in *Les Étrennes [...]*, 1787, cité par G. Witkowski, *Curiosités médicales, littéraires et artistiques sur les seins et l'allaitement*, Paris, 1898, p.1.
 26. H. Parat (1999), *L'érotique maternelle. Psychanalyse de l'allaitement*, Dunod ; repris in *Sein de femme, sein de mère*, opus cit.
 27. H. Parat (2011), L'interdit maternel de l'inceste, in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 59.
 28. Racamier P.C., *Antœdipe et ses destins*, Paris, Apsygée Éditions, 1989, p. 100.
 29. Anzieu D. (1984), Le double interdit du toucher, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1984, 29, 175-176.
-

Corps et psyché à l'épreuve

du maternel

Auteur(s) : Hélène Parat

Mots clés : allaitement - féminin - inhibition quant au but - maternel - mère - sein - tendresse - vampirisme

La rencontre corporelle avec le nouveau-né, préparée par toutes les transformations physiologiques de la grossesse, tient une place majeure dans les bouleversements de l'après-naissance. P.-C. Racamier, dans son riche travail sur la maternalité psychotique avait insisté [1] sur la réactivation, lors d'une maternité, de problématiques liées aux différents moments du développement libidinal. En effet, la rencontre avec le corps et la pulsionnalité de l'enfant réactive brusquement des motions pulsionnelles multiples qui nécessitent une défense en urgence. Les pulsions du bébé viennent attaquer les refoulements du sexuel infantile de la mère. L'afflux sensoriel demande la mise en place d'une pare-excitation suffisante. Sinon la « folie maternelle » pour reprendre l'expression d'A. Green [2] risque de ne pas être suffisamment tempérée et la mère peut alors osciller entre le Charybde d'une défense massive et le Scylla d'une excitation débordante : défense contre cette pulsionnalité chaotique, avec un refus de tout échange sensoriel avec l'enfant, ou excitation dévastatrice qui ne peut se transformer en une sensualité apaisante, ni pour l'un ni pour l'autre. Le travail psychique est intense qui permettra de transformer **un sensoriel effractant en un sensuel tendre et psychologiquement nourricier** pour l'un comme pour l'autre.

J'ai travaillé à travers la métaphore du sein oral, urétral, anal, phallique, la complexité des reviviscences pulsionnelles plus

précisément lors de l'allaitement : car l'allaitement est paradigmatique des bouleversements du post-partum, dans l'incarnation qu'il propose, mais l'excès sensoriel est intrinsèque à la maternité, qu'il y ait ou non allaitement, et demande un intense travail psychique d'intégration. Je parle de métaphores mais l'ancrage corporel des représentations n'est jamais loin et l'allaitement joue un rôle central dans la réémergence de certaines pulsions partielles. Il participe de cette réactivation non seulement dans la mesure où certaines fixations prégénitales trouvent à s'y déployer mais aussi parce qu'une fantasmatique particulière l'infiltré dans laquelle tous les liquides corporels peuvent se confondre et s'échanger. Lait, sang, sperme, urine se mêlent et se confondent. Or la prise en considération de cette **fantasmatique des liquides** permet de retrouver au-delà de la classique opposition entre sein nourricier et sein érotique, l'intensité, la permanence de la force des premières expressions pulsionnelles. Cette fantasmatique des liquides, aussi angoissante soit-elle parfois, cherche à qualifier, dans la figuration, le péril interne d'un excès pulsionnel en prise direct sur un sensoriel déroutant, intrinsèque à la maternité.

Notre culture témoigne de la force et de la permanence du clivage des représentations du sein dans l'imaginaire collectif : les seins qui s'affichent aux murs de nos musées ou sur les panneaux publicitaires restent généralement **ou** des emblèmes d'une maternité épanouie qui se veulent loin de toute connotation sexuelle **ou** des seins objets de séduction, signifiants érotiques sans ambiguïté. Cette disjonction traditionnelle entre le sein nourricier de la mère et le sein érotique de la femme interroge certes des fantasmes masculins récurrents : on reconnaît là l'opposition entre la maman et la putain, cette problématique

masculine d'opposition, de conflit entre le maternel et le féminin lié à l'interdit de l'inceste et aux vœux œdipiens, que Freud a magistralement mis en lumière dans ses contributions à la psychologie amoureuse... Mais loin d'être une problématique masculine, la clinique analytique montre non seulement combien cette disjonction entre sein de femme et sein de mère est au cœur de bien des difficultés dans le devenir mère d'une femme (et dans le devenir femme d'une mère...) mais aussi combien la place du sein dans le psychisme féminin est complexe et largement sous-estimée.

« Le sein nourricier de sa mère est pour l'enfant le premier objet érotique, l'amour apparaît en s'étayant à la satisfaction du besoin de nourriture (...) la mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, prototype de toutes les relations amoureuses ultérieure ». [3]

Sein nourricier, objet érotique... Pour l'enfant, nul doute : la pensée de Freud est affirmative, tenace sur ce point. Le sein nourricier est bien un objet érotique, le premier, le plus fou, le plus radical. Si Freud fit scandale en affirmant la valeur proprement sexuelle des premiers désirs et plaisirs de l'enfant, il glissa pudiquement devant **l'énigme de la sexualité maternelle**. Il put penser les plaisirs et désirs de l'enfant, il lui fut plus difficile d'interroger ceux de la femme devenue mère, sauf en quelques passages fulgurants en particulier dans « Un souvenir de Léonard de Vinci ».

Concernant l'allaitement, on ne peut disjoindre la femme de la mère, ni la mère de l'enfant. La mère donnant le sein, lui offre un objet étrange, porteur du monde qui est le sien, riche de ses

angoisses et de ses rêves. Le sein de la femme/mère, dans un impossible partage, la relie tant à l'homme désiré qu'à l'enfant, fruit de cet amour. Un sein peut-il être à la fois nourricier et érotique ? Ces questions nous confrontent à la difficulté **à ne pas disjoindre sexualité infantile et sexualité de la femme/mère**. Il faut tenter de comprendre comment **la pulsionnalité de l'enfant vient réveiller la sexualité infantile maternelle**, comment celle-ci a pu s'intégrer ou non dans le devenir mère d'une femme et dans sa relation à l'homme qui lui a permis de l'être.

L'hypothèse du caractère défensif des partages du sein est confirmée par l'examen attentif de la fantasmagorie du lait dont les discours médicaux anciens montraient toute la virulence, et dont la clinique d'aujourd'hui offre d'autres témoignages. Cette virulence qui fait retour témoigne du fait que les inscriptions des partages et des stratégies de défense ne jouent pas seulement contre la tentation incestueuse œdipienne. Je ne peux développer ici ce que j'ai longuement travaillé dans *Sein de femme, sein de mère* : j'y montrais comment - tant dans la clinique des femmes allaitantes d'aujourd'hui que dans les traditions médicales anciennes - le lait représente une " humeur " du corps hautement symbolique, qui renvoie à tous les liquides corporels, chargés de puissance comme de crainte. Dans les croyances traditionnelles, le sang féminin, ce sang des menstrues tout particulièrement ambivalent, a nourri l'enfant dans la matrice, puisqu'il a cessé de couler lors de la grossesse, et le lait maternel est une transformation seconde de ce même sang menstruel. Un des premiers textes consacrés aux soins de l'enfant et écrit en français, dit fort clairement ce qui sera constamment repris : « et n'est le lait autre chose sinon le même sang, qui a pris seulement

changement de couleur dans les mamelles » [4]. Cette coction, ce blanchiment, Ambroise Paré l'attribue à la providence divine :

« Car si elle se fut oubliée (ce que jamais n'a fait) de laisser couler le sang en la substance et couleur rouge, la femme nourrice eût eu en horreur de voir ainsi épandre son sang : et cela aussi eût été odieux à l'enfant de le sucer pur et rouge de la mamelle; joint que nous n'eussions eu de beurre ni de fromage. Pareillement les assistants eussent abhorré de voir la bouche et les tétins de la mère sanglants : bref, Dieu a fait toutes ses œuvres par une très grande sagesse ». [5]

Du sang de la femme au lait de la nourrice s'est opérée une cuisson purificatrice qui cache l'abomination d'un sang qu'on ne saurait voir : au-delà du liquide vital dont l'épanchement signe la mort, se devine le sang menstruel toujours redouté (Cf. à ce sujet, par exemple, P. Camporesi (1988) [6]).

L'allaitement suscite une **ambivalence** généralement masquée par **l'idéalisation dont il est l'objet**. Le lait est un liquide nourricier chargé d'une excitation potentiellement dévastatrice. Or, si l'allaitement peut être l'occasion d'une jouissance partagée, d'une transmission érotique sereine, le sein, unique et multiple, conflictuel et jouissant peut être l'objet de partage impossible, de négociations pathétiques comme l'allaitement peut devenir le champ privilégié d'expression de certaines fixations pulsionnelles ou de modalités caractérielles défensives.

« L'orgie de la tétée » ou les

violences du prégénital

« L'orgie de la tétée », pour reprendre une expression de Winnicott [7] est celle de plaisirs, de désirs perdus, ou, plus exactement, en partie refoulés, en partie réunis sous le « primat génital », en partie sublimés. De plaisirs, de désirs, et par là même d'angoisses et de défenses. Une mère n'est plus cet enfant « pervers polymorphe » jouissant impunément de ses pulsions partielles... Face à leur reviviscence, à la résurgence de fantasmes archaïques, peut-on s'étonner de voir certaines mères, dans une perception préconsciente juste de cet aspect de l'allaitement, choisir le biberon qui fonctionne alors, pourrait-on dire, comme un « pare-excitation » nécessaire, indispensable au maintien de leur équilibre interne ? Si certaines femmes peuvent se permettre une relative « régression » positive, témoignant de la souplesse de leur économie psychique, pour d'autres, cela peut représenter un risque qui déborde leur capacité d'intégration personnelle à ce moment-là.

Selon l'économie libidinale qui est la sienne, les méandres propres de son histoire, telle mère développera plus particulièrement certaines expressions pulsionnelles et certaines défenses. Les **fixations prégénitales féminines** colorent souvent de manière caractéristique et différenciée l'allaitement. Mais on ne saurait rigoureusement délimiter le jeu entre « sein oral », « sein anal/urétral » ou « sein phallique » tant leurs composantes peuvent renvoyer l'un à l'autre, ou servir à éviter l'angoisse qu'il suscite. La fantasmagorie des liquides infiltre ces partitions et les valeurs fantasmagoriques du lait permettent une confusion et une transformation de toutes les « humeurs du corps ». Se dégageant d'une logique duelle, la richesse de la fantasmagorie lactée

complexifie la dialectique sein nourricier/sein érotique et ainsi peuvent s'**articuler champ de la prégénitalité et champ œdipien**. Il va de soi qu'évoquant les phases du développement libidinal, il ne s'agit pas de s'y référer dans une perspective développementale mais de souligner, comme le fit Freud, ce qui, de ces modalités pulsionnelles prégénitales, « acquiert une représentation permanente dans l'économie de la libido et dans le caractère de l'individu ». [8]

Le sein oral

Le sein oral est celui qui convoque avant tout la béatitude d'un fantasme de transfusion, de liquidités partagées et nourricières, en une logique de vases communicants mais son revers sombre est celui d'angoisses vampiriques. Celles-ci se disent parfois avec ces mots tout simples : « il boit toute mon énergie, il m'a vidé ». Le sein oral est celui de la réversibilité de fantasmes cannibaliques comme l'avait souligné B. Lewin quand il écrivait : « Manger, être mangé... L'interchangeabilité de ces deux termes est intrinsèque à la psychologie orale » [9].

Le « sein oral » est celui **d'une possible confusion, d'un virtuel vampirisme**. Le conflit entre passivité/activité, pour être maîtrisé à travers l'analité, pour y prendre ses traits distinctifs, trouve son origine néanmoins dans l'oralité. L'allaitement confronte la mère à un globalisme des émois, qui ne sont pas seulement ceux du nourrisson, en un rapport étrange dans lequel activité et passivité se confondent. Freud disait que « La mère est, dans tous les sens du terme, active face à l'enfant ; même de l'allaitement, vous pouvez aussi bien dire : elle allaite l'enfant, que : elle se laisse téter par l'enfant » [10]. Elle se laisse téter... activité passive,

passivité active ? La mère est certes active , et cependant elle est renvoyée à une nécessaire passivité.

Globalité, confusion, réversibilité entre position passive et active, l'oralité est le domaine dans lequel les dichotomies se brouillent, les distinctions ne peuvent être maintenues : cette indétermination, cette confusion, ce globalisme peuvent être difficilement supportés par certaines mères qui mettent en œuvre des défenses variées pour aménager cette situation. Car si la confusion peut être vécue dans la douceur de la transfusion liquidienne, elle peut aussi réactiver des angoisses de perte des limites.

Le sein anal

Le sein « anal » vient contrer ces fantasmes de dissolution et la maîtrise des produits corporels se trouve au cœur de certaines angoisses suscitées par l'allaitement. « Sein anal », sein « urétral », ici, sans distinction, dans le même mouvement de maîtrise, de rejet, de formations réactionnelles... la fantasmatisation du lait se prête à cette confusion et la valence excrémentielle est le point commun.

Le sein anal est celui d'une production ambivalente, dont la blancheur n'écarte pas toute trace de souillure ou de contamination. Sein d'un lait trop abondant ou trop rare, d'un lait « qui a tourné » ou qui est « comme de l'eau », il est porteur d'une tentative de maîtriser ce liquide difficilement contrôlable, de négocier le don et d'en contrôler le parcours. L'allaitement peut être une relation toute autre que fluide et les règles anciennes disaient bien l'anxiété maternelle qui se retrouve ailleurs, dans le

contrôle temporel des tétées ou la surveillance des selles.

Le sein anal, loin de se résumer à une problématique de contamination, de corporel excrémentiel, porte aussi en lui les valences particulières du don et de la maîtrise, et peut être un point de butée face à la potentialité de régressions dangereuses. La manière de manipuler un bébé, de lui donner ou retirer un sein, de lui imposer un rythme de tétée montre comment une mère peut lutter contre des résurgences d'angoisses archaïques - perte de limites, dévoration, dissolution - et tenter d'agir une maîtrise que l'allaitement met à mal.

Si l'oralité est marquée par un globalisme des positions, le sein anal est bien celui qui cherche à **contrer la passivité** et à lutter contre l'emprise pulsionnelle de l'enfant sur la mère. Vecteur d'angoisse et de tentation d'omnipotence, il rejoint alors le sein phallique, glorieux de sa plénitude et riche de son exhibitionnisme.

Le sein phallique

La valeur phallique-narcissique du sein n'a pas attendu l'allaitement pour se manifester. Elle est celle qui courbe l'échine des adolescentes ou les fait arborer fièrement une poitrine naissante. L'allaitement, dans l'expansion manifeste de la poitrine féminine peut parer celle-ci d'attraits particuliers. Mais au-delà des jeux de caché-montré d'un allaitement ostentatoire ou pudiquement détourné, le sein phallique est aussi un organe excréteur, qui ne se contente plus d'un rappel métaphorique du pénis. Gonflé, turgescant, appelant à quelque soulagement, il peut être ressenti comme un organe inconnu, étranger, et rejeté dans

son exigence corporelle. Si les fantasmes de fellation sont souvent bien refoulés, une femme allaitante peut néanmoins en rêve chercher désespérément quelque préservatif suffisamment large pour contenir le lait d'un sein qui coule à flot... Le sein phallique est aussi celui de l'allaitement comblant d'une femme qui y retrouve la complétude de la grossesse et pare son sein nourricier de la valeur phallique que possédait pour elle le fœtus. Ce sein d'une plénitude à laquelle il peut être difficile de renoncer rend parfois ardu le sevrage alors vécu comme une castration particulière, une blessure narcissique ravivant les intensités du complexe de castration infantile. La femme perd à la naissance ce « pénis en elle » que représentait l'enfant et il est licite de considérer que l'allaitement permet une atténuation de cette blessure, une compensation à cette perte fantasmatique que l'enfant réel ne peut totalement effacer, et que l'allaitement permet de retrouver « au-dehors » quelque chose qui existait « au-dedans ».

Certaines femmes qui allaitent dans un vécu de béatitude inégalé ne sont pas sans rapport avec les femmes qui n'aiment que les nourrissons décrites par H. Deutsch [11]. Sein, pénis, bébé... Dans un « équilibre » narcissique particulier, l'allaitement peut tenir lieu de satisfaction érotique directe au détriment d'autres satisfactions possibles. Comme si la libido était restée fixée au stade phallique-narcissique et que l'équation fantasmatique bébé-sein-pénis soit désormais figée, sans ouverture possible vers une jouissance grâce au pénis de l'autre, sans que « l'envie du pénis » ait été remplacée par son désir.

Le sein maternel et érotique : un impossible « sein génital » ?

Le poète Clément Marot a magnifiquement dit les charmes de ce « tétin de femme entière et belle » que l'homme a su rendre mère de par son désir et ce poème fut le fil rouge de mon travail :

*[...] Tétin qui t'enflés et repoulces
Ton gorgias de deux bons poulces
A bon droict, heureux on dira,
Celui qui de laict t'emplira
Faisant du tétin de pucelle
Tétin de femme entière et belle.*

Le sein chanté par Clément Marot, ce sein gonflé de lait d'une relation érotique, est heureusement partagé entre mère/femme, père/amant, et enfant. Et certaines traditions mythologiques africaines peuvent exprimer clairement que le lait serait le sperme du père et que l'allaitement demande un coït régulier... Cependant chaque histoire individuelle peut témoigner d'une tension entre valence érotique et nourricière du sein, cette tension que notre iconographie occidentale dévoile aussi bien dans la glorification de l'allaitement des vierges gothiques que dans les seins érigés de publicités ambiguës.

Il convient ici de revenir sur l'aspect œdipien de la maternité, car souvent l'attention portée à l'investissement maternel de l'allaitement induit à se focaliser sur les liens précoces au détriment de l'appréciation de la complexité globale du développement psycho-affectif de la jeune mère, qui pour être mère, n'en a pas moins été femme... Privilégier le sein nourricier

au dépend du sein érotique sert souvent à se défendre d'une victoire oedipienne inconsciemment redoutée : posséder un sein érotique **et** nourricier, être à la fois femme **et** mère, c'est non seulement rivaliser avec sa propre mère, mais bien se rendre coupable d'un trop de réussite... La **partition entre sein érotique et sein maternel permet donc bien souvent à la mère de se protéger contre la résurgence de ses désirs œdipiens**, devant ce que l'enfant représente comme réalisation de ces désirs inconscients interdits et fortement culpabilisés, mais en même temps elle permet de **contrer son investissement érotique** de l'enfant, et point uniquement narcissique.

Concernant cet investissement érotique de l'enfant, Freud est loin d'avoir toujours été aussi clair que dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* lorsqu'il écrit que « la personne chargée des soins (généralement la mère) témoigne à l'enfant des sentiments dérivant de sa propre vie sexuelle, l'embrasse, le berce, le considère, sans aucun doute, comme le substitut d'un objet sexuel complet » [12]. Chaque terme est à considérer, et si l'investissement érotique de la mère est souligné, l'enfant est un substitut, non l'objet sexuel unique d'une relation dès lors véritablement perverse. Freud, dans *Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci*, pointe finement l'investissement inconscient dont le sein est l'objet et rend bien compte de la richesse et de l'ambivalence de l'amour maternel, quand il écrit :

« L'amour de la mère pour le nourrisson qu'elle allaite et soigne est quelque chose qui a une bien plus grande profondeur que son affection ultérieure pour l'enfant adolescent. Cet amour possède la nature d'une relation amoureuse pleinement satisfaisante, qui comble non seulement tous les désirs psychiques mais aussi tous

les besoins corporels, et, s'il représente l'une des formes du bonheur accessible à l'être humain, cela ne provient pas pour la moindre part de la possibilité de satisfaire sans reproche également des motions de désir depuis longtemps refoulées et qu'il convient de désigner comme perverses ». [13]

Motions de désirs « perverses »... On ne saurait être plus clair. L'opposition sein nourricier/sein érotique tend défensivement à masquer la polysémie du sein, ce sein « oral », « anal », « phallique », « génital »... et à réduire l'amour de la mère à une image d'Épinal. Sein maternel, sein érotique... Freud n'écrivait-il pas justement que « ce qui, dans le conscient, se présente clivé en deux termes opposés, bien souvent ne fait qu'un dans l'inconscient » [14].

Dans la théorie elle-même les glissements sont extrêmement faciles, qui opposent la mère à la femme, le nourricier à l'érotique. Mais la polarisation sur le sein nourricier et cette insistance fréquente sur l'investissement narcissique de l'enfant me semble surtout une défense à interroger. Il faut pouvoir la comprendre dans ce qu'elle combat d'incestueux **comme** dans ce qu'elle réanime d'une théorie sexuelle infantile cherchant à nier **la part féminine érotique de la mère**, part féminine pourtant infiniment nécessaire au développement de l'enfant, si elle n'est pas excessive. Certes la clinique témoigne d'une **inhibition de l'érogénéité** du sein nécessaire pour pouvoir vivre en l'allaitement une relation autre que perverse, mais une inhibition qui ne doit être que partielle pour ne pas devenir également pathologique. Car le lien sensuel à l'enfant n'est pas seulement une nécessité vitale pour son développement harmonieux, il participe de la richesse et de la complexité du vécu maternel. Mais

l'équilibre est instable, parfois difficile, entre le trop et le trop peu... La crainte incestueuse inconsciente reste un puissant motif de refoulement des aspects sensuels forts de l'allaitement.

Se profile là toute la question de la transformation d'un sexuel direct en un apport tendrement érotique, qui dès lors peut être psychiquement nourricier pour l'enfant. Il est licite de penser que cet apport tendre, qui certes prend sa source dans la relation maternelle primaire de la mère à sa propre mère, est aussi très directement en lien avec la possibilité pour une mère de se sentir femme pour un homme, un homme devenu père sans que cela exclut pour l'un ou l'autre qu'il soit amant...

La mère soumise à cette réactivation intense de son sexuel infantile va donc devoir mettre en œuvre nombre de défenses nécessaires pour endiguer ces reviviscences. Ces modalités de régulation pulsionnelle sont à leur tour celles qui vont permettre à l'enfant de transformer **une excitation désordonnée en des pulsions qualitativement différenciées**. Face à la continuité de la poussée de la pulsion naissante, la mère propose des formes de régulation, et le rythme des tétées, même dans un l'allaitement dit à la demande, est un bon exemple du jeu entre apprentissage de l'attente et satisfaction différée. Quelle que soit l'extrême attention d'une mère aux besoins de son nourrisson, elle ne sera jamais à même de lui proposer une satisfaction continue, comparable à celle dont il pouvait jouir dans son ventre, mais ce pour le plus grand bien de sa vie psychique... Le sein du jour est un sein qui s'absente et il permet que le sein de nuit soit celui des rêves de la satisfaction hallucinatoire du désir.

M. Fain et D. Braunschweig, dans *La nuit, le jour*, ont pu, à travers la conceptualisation de la censure de l'amante, cette

métaphore d'un retour de la mère à sa vie de femme amoureuse, pointer la nécessité de ce rythme, prélude à la vie fantasmatique de l'enfant. Dans cet ouvrage se décline la variété des investissements de la femme-mère, tantôt tournée vers l'enfant, tantôt tournée vers son amant. Ils montrent combien les soins accordés à l'enfant sont infiltrés d'un érotisme latent, mais, sous peine de perversion, cette composante érotique se doit d'être refoulée, ou tout au moins n'être vécue que sous la forme de pulsions transformées, **qualitativement inhibées quant au but**. Il s'agit là de la mise en œuvre de la **tendresse**, couverture nécessaire à la crudité des pulsions sexuelles et dont le rôle est majeur dans ces temps premiers de la rencontre entre pulsionnalité de la mère et de l'enfant.

Dans la rencontre entre mère et enfant, la mère se doit de présenter des modes de contrôle pulsionnel, elle organise la liaison de l'excitation, la temporisation et son propre fonctionnement psychique prête ses compétences défensives à l'enfant. L'inhibition de la pulsion quant au but n'est pas un exercice de tout repos et demande à la mère de tolérer sans rétorsion la vivacité de certains mouvements pulsionnels, mais aussi de savoir en détourner d'autres ou les refuser avec tendresse. Cet apprentissage se fait à travers les modalités de soin, d'enveloppe verbale et de contact, et la constance d'un rythme semble une des expressions concrètes de la mise en place de l'inhibition quant au but. La tendresse de la mère est ce qui lui permet de ne pas se laisser vampiriser par l'avidité de l'enfant et lui permet de qualifier progressivement ses pulsions. D. Cupa parle avec justesse de cette mère tendre, qui « suit la rythmique de ses éprouvés tout en le modelant avec son propre rythme affectif [...] La tendresse (lui) semble alors ce fonds rythmé des

accordages complices ». [15] Tout en suivant cet auteur dans son élaboration d'un courant tendre premier, pulsation qualifiant les premières satisfactions d'ordre auto-conservatif, se sexualisant secondairement, il convient peut-être de concevoir dans l'après-coup de cette tendresse primaire, une **tendresse d'ordre post-œdipien**, relevant d'un sexuel inhibé quant au but, une fois dépassé les affres et les violences des motions pulsionnelles œdipiennes, et ce dans l'assomption de la censure de l'amante. Celle-ci peut être pensée, comme l'écrivent M. Fain et D. Braunschweig comme une sorte de « matrice fantasmatique assurant la liaison des excitations », par une mère « satisfaisante qui projette son narcissisme, donne de l'amour avec ses soins et organise la « censure de l'amante » [16]. Face à la vivacité de la fantasmatique inconsciente et ses vœux de transgression de l'interdit de l'inceste est-on jamais assuré de la sécurité de cette « déviation de la pulsion à l'écart de son but sexuel » et de l'effectivité des défenses ? Il semble que certains troubles dans la relation mère-bébé soient directement en rapport avec cette angoisse, comme si l'ampleur des reviviscences des motions pulsionnelles infantiles risquaient de déborder la jeune mère : ainsi peut-on voir des mères aménageant avec une certaine distance les soins à l'enfant, dans la crainte inconsciente d'un débordement pulsionnel et/ou d'un rapproché incestueux. Pour ne pas être vécue comme une transgression perverse, l'allaitement doit s'appuyer sur une inhibition partielle de l'érogénéité du sein. Mais sans tomber dans l'excès inverse d'un contre-investissement massif et d'une désérotisation excessive qui serait à même de transformer la relation mère-bébé en un désert sensuel préjudiciable à la transformation de l'excitation brute en complexité pulsionnelle.

A. Green a souligné la complexité de ce rôle maternel qui oscille entre séduction et pare-excitation : « L'amour maternel n'a pour but, après avoir favorisé l'éclosion de la vie pulsionnelle, que de rendre celle-ci tolérable à l'enfant » [17]. S'il évoque la « folie » maternelle, folie temporaire d'une mère indéniablement érotique, cette folie qui doit être contrebalancée par son rôle du Moi auxiliaire d'un enfant qui risque à tout moment d'être débordé d'excitation. M. Fain et D. Braunschweig insistaient sur l'érotisme latent et omniprésent de la rencontre mère-enfant, mais ces auteurs tendent à privilégier son versant œdipien, l'enfant représentant cet « enfant de la nuit » des désirs œdipiens positifs. Ils ne pointent pas suffisamment à mon gré **la polymorphie fantasmatique du désir d'enfant**, qui offre des formes différentes selon chaque phase du développement libidinal, et dont les versions prégénitales ne disparaissent jamais totalement devant les vœux œdipiens. Les enfants de la nuit sont des enfants gloutonnement avalés, ou volés au ventre de la mère, des enfants de la parthénogenèse ou des enfants analement créés et expulsés, des enfants phallus glorieux qui ne sont que partiellement confondus avec les enfants demandés au père oedipien. Car l'envie du pénis est loin d'être monosémique ni première comme le voulait Freud et son rôle défensif face à des **désirs œdipiens** envers le père, **érotiques** et non uniquement narcissiques, désirs qui sont réceptifs et féminins a pu être largement montré par E. Jones ou M. Klein. La virulence inconsciente des désirs œdipiens, dans les bouleversements de la maternité, peuvent ainsi se trouver associées à la reviviscence des motions prégénitales, et ces lames de fond concourent à une **coalescence virtuelle des angoisses de niveau œdipien avec d'autres plus archaïques**. Les défenses peuvent se trouver débordées, la régression

inhérente à la nécessaire « préoccupation maternelle primaire » glisser vers des formes régressives plus insidieuses, quoique la particulière labilité des mouvements psychiques lors de la maternité puisse permettre de rapides réorganisations. Deux exemples cliniques, de gravité certes différente, me serviront à évoquer de tels tableaux, dans lesquels la pente régressive ou le débordement maternel débouchent sur des troubles plus ou moins marqués chez l'enfant. L'insomnie de ces bébés, leur impossibilité d'accepter la différence entre le jour et la nuit, dérivait d'une surexcitation liée aux défaillances du pare-excitation maternel, dans la continuité d'une excitation inapaisable.

Ainsi, ce fut en raison d'une insomnie précoce et irréductible de son bébé de 20 mois que Léone, jeune femme de 25 ans, vint consulter, un service de pédopsychiatrie. Elle parla tout au long de l'entretien, ne laissant que peu de place aux mots de son mari qui l'accompagnait. D'emblée, elle annonça au consultant qu'elle allaitait toujours, mais ce fut au fil de l'entretien que le lien entre un sevrage impossible et la pathologie insomniacale de son bébé se dessina plus clairement.

Si le père mit en avant une hypothèse de peurs, de cauchemars qui aurait été la cause des réveils de l'enfant, Léone suivit le fil de « mauvaises habitudes données dès le départ ». Des mauvaises habitudes : cette expression est lourde de sens. Elle désignait déjà sa culpabilité dans la reconnaissance préconsciente de la force du lien érotique à son petit garçon. Elle disait lui avoir toujours donné le sein dès qu'il pleurait. « Je ne lui laissais pas le temps de s'endormir seul. » Le sein, objet nécessaire pour un apaisement induisant l'endormissement, était néanmoins réclamé deux ou trois fois par nuit et Léo ne se rendormait pas si son père venait

tenter de le calmer. Mais les réveils étaient parfois plus fréquents et il arrivait à Léo de se réveiller une demi-heure après la dernière tétée...

Le consultant, se tournant alors vers le père, lui demanda quelles étaient leur relation, s'il jouait avec lui. D'un ton à la fois ironique et un peu désabusé, il lui répondit que Léo tenait « beaucoup à sa maman » et « refilait toujours vers sa mère », tout en ajoutant qu'il le voyait très peu actuellement, étant très pris par les débuts d'une nouvelle situation professionnelle. A la fin de la consultation, il évoqua la difficulté de ses relations avec son premier bébé, une petite fille née d'un premier mariage et que sa précédente épouse l'empêchait de voir. Se dessina alors en pointillé un tableau répétitif d'exclusions par rapport au couple mère/bébé, dont malheureusement, en l'absence de données personnelles de son histoire, on ne peut savoir la genèse. Il dit en effet que sa première femme avait changé du tout au tout après la naissance, qu'il avait essayé de l'aider autant qu'il le pouvait, mais que ce n'était jamais assez, jamais bien, qu'elle s'était mise à le rejeter de toutes les manières et qu'au bout de six mois, il avait « craqué » et était parti.

La garde de Léo traduisait aussi le désir parental de contourner une problématique aiguë de séparation en dépit du travail à mi-temps maternel. Il était gardé quelques heures seulement par sa tante, sa mère regrettant maintenant de ne pas l'avoir mis en crèche, ce qui, disait-elle, l'aurait peut-être aidé pour le sevrage car « il aurait fait comme les autres », et plus tard, pour la mise à l'école qu'elle redoutait, elle envisageait déjà de le mettre à mi-temps... Ses associations et la relance du consultant l'amènèrent à évoquer sa propre enfance, marquée par la proximité avec sa

sœur, aînée de peu, dans un même « abandon » maternel. La mère étant représentante de commerce comme le père, elle n'était jamais là et les deux petites filles avaient été élevées par diverses nounous jusqu'à ce que, aux dix ans de l'aînée, elles soient considérées comme assez grandes pour se faire la cuisine toutes seules. Évoquant leur indépendance obligée, Léone fit un lapsus et parla alors de dépendance. L'absence maternelle semblait bien avoir donné lieu à une revendication nostalgique et insistante, ne permettant pas un investissement réel d'une certaine autonomie, ce qu'elle exprima avec force dans un souvenir d'enfance où elle se voyait au bout d'un banc, en classe, pleurant d'avoir quitté la maison et de devoir rester à l'école. Les foires qui avaient lieu le week-end entraînaient l'absence de la mère et du père, et Léone insista alors sur le fait qu'elle avait toujours voulu d'une autre vie, autre vie qu'elle voulait permettre à son fils. « J'espère que lui aura des week-ends »... La volonté de mettre en place d'autres modèles familiaux était très consciente, mais sans que l'agressivité envers la mère ait jamais pu trouver un mode d'expression.

Cette question effleura l'entretien, mais toujours dans un mode dénégatoire, quand Léone dit à quel point tout le monde s'était réjoui qu'elle ait un garçon, car, « malheureusement pour sa mère qui désirait tant un garçon, elle n'avait eu que des filles ». Le désir de son père était plus obscur pour elle, car ce dernier n'exprimait jamais ce qu'il pensait, mais il lui semblait bien qu'il partageait cette joie car il venait la voir tous les jours à la clinique et depuis, tous les dimanches, passait amener une surprise à Léo. Alors qu'elle évoquait avec bonheur ces visites de son père, le petit s'était endormi très tranquillement dans ses bras, ce que souligna le consultant. Elle acquiesça avec le sourire et en vint à décrire

avec plus de souci manifeste les problèmes d'endormissement de Léo. En effet, quand elle ne lui donnait pas le sein, il parvenait parfois à s'endormir seul, mais en se tapant la tête régulièrement contre le haut du lit. Ces procédés semblaient s'être installés en l'absence de recours auto-érotique, et en effet, s'il avait bien un nounours favori, Léo n'avait jamais sucé son pouce ni autre chose.

On peut remarquer chez Léone le lien entre les contours d'un Œdipe positif assez chaud dans une problématique présentant apparemment des traits hystéro-phobiques avec une quasi-impossibilité de poser une « censure de l'amante », mais masquant assez mal une problématique sous-jacente de séparation maternelle primaire. L'allaitement quasi addictif de Léo semble condenser ces deux aspects et interdire à l'enfant l'établissement d'auto-érotismes structurants, entraînant le recours permanent à l'objet externe pour apaiser une excitation que ce recours même relance.

En effet, quand la réponse maternelle à l'excitation de son nouveau-né lui interdit toute qualification de celle-ci, dans l'excès d'une réponse hyperexcitante comme dans le cas de Léo, mais également dans la répression massive de celle-ci, on peut voir la mise en oeuvre chez l'enfant de ces procédés autocalmants comme les théorisent C. Smadja et G. Szweg [18]. Excès érotique ou répression massive sont les deux pôles d'un même traumatisme qui nuit à la reprise interne par le psychisme de l'excitation, qui ne permet pas sa transformation en pulsion qualitativement différenciée. L'enfant ne peut que faire les frais de la désorganisation psychique d'une mère débordée par le pulsionnel violent de la maternité.

Dans le cas de Léone et Léo, on peut souligner la valence

doublement œdipienne de cet enfant, enfant qui la rapproche de sa mère dans un mouvement de réparation secret de ses désirs agressifs, mais également enfant qui comble le voeu familial d'un descendant mâle et se trouve consacré au père passionnément et nostalgiquement aimé. De cet objet surinvesti, elle ne peut se séparer et son conjoint se trouve durablement délaissé, n'ayant plus à l'égard du couple mère-fils qu'un rôle de substitut maternant. Quelle place lui reste-t-il comme père et comme amant ? L'insomnie de Léo est bien à inscrire dans cette problématique de défaillance du rôle pare-excitant maternel et serait à relier à l'impossibilité pour sa mère d'être l'amante d'un homme dont la propre problématique, en miroir, ne semble pas lui avoir permis de jouer un rôle de tiers séparateur qui aurait arraché sa femme tant aux délices régressifs qu'à sa fixation œdipienne.

N'y aurait-il pas lieu de parler, en prolongement et en clin d'œil à la conceptualisation de M.Fain et D.Braunschweig, alors d'une « **censure de l'amant** », celle qui permet à l'érotique maternelle de se déployer quand la naissance de l'enfant n'a pas mis trop à mal ses remaniements œdipiens, quand la rencontre érotique avec celui qui l'a rendu mère ne cesse de l'attirer hors des orbes de régressions dangereuses, et lui accorde de transmettre le lait de ce sein partagée, tendrement érotique ? Ainsi l'analyse du jeu complexe entre prégénitalité et œdipe lors de l'allaitement et du sevrage s'ouvre-t-elle, en dernier lieu, sur cette reconnaissance d'une « censure de l'amant » nécessaire. Celle-ci désignerait plus précisément le rôle métabolisant et pare-excitant de l'amant, objet d'amour permettant à la femme/mère d'assurer à son enfant l'érotisme nécessaire à son développement libidinal et narcissique, sans risquer de se laisser effracter par la violence de

ses propres réveils pulsionnels prégénitaux. Pour que « l'orgie de la tétée » puisse être celle d'un plaisir partagé et non d'une excitation destructrice, **le sein maternel doit avoir été et être encore érotique.**

Nous étions jusque-là dans l'ordre d'Éros et de ses crises, dans les méandres d'un corps érogène, dans les vagues pulsionnelles d'un sexuel infantile violent, perturbant, mais non directement mortifère. Quittant les chemins d'Éros, nous rencontrons une autre valence de cette fantasmagie des liquides, car, quelle que soit son importance en tant que mise en représentation d'une excitation, cette fantasmagie peut devenir particulièrement angoissante quand elle vient à être à peine un dernier rempart contre la confusion. Dans sa limite extrême, la fantasmagie des liquides peut devenir celle de la **paradoxe représentation d'une absence de représentation**, d'une énergétique pure, d'une excitation sans bornes, sans liaison possible, dans un brouillage de toutes les limites.

Le socle charnel de l'allaitement, le corps à corps mère-enfant, peut être le révélateur d'une problématique **d'indifférenciation, d'indistinction mortifère** mère-enfant restée jusque-là masquée. Dans cette clinique du « vampirique », exemple particulier de certains troubles de la maternalité, l'indifférenciation n'est pas tant celle de la mère et de l'enfant, que celle entre la mère elle-même et sa propre mère, en une identification vampirique, dans un **écrasement de la différence des générations** qui fait porter à chacune le fardeau de deuils préalables impossibles. Des fantasmes d'infanticide et de matricide sont à l'œuvre, mais il faut peut-être un passage par la chair pour qu'ils se révèlent...

Ainsi Chloé, une jeune patiente, quand elle put revenir me voir après la naissance, difficile, de son premier enfant, me fit part de ses sentiments d'étrangeté, d'angoisses diffuses, liées aux pleurs de son bébé. Cette jeune maman était poussée à lui donner le sein sans relâche et elle m'exprimait avec vigueur son sentiment terrifié que seul l'allaitement maintenait son bébé en vie. Ma patiente maigrissait à vue d'œil, était livide et exsangue. Face à ses troubles somatiques comme au développement de son état anxieux, son médecin l'incitait à sevrer son enfant. Cette petite fille avait été conçue très difficilement, sous suivi médical. Auparavant, nous avons pu longuement évoquer ses difficultés à être mère, dans une identification délicate à une mère adorante et adorée mais très dépressive. La mise en place du sevrage ne fit en un premier temps qu'aggraver son propre état dépressif. À travers la reprise d'un cadre rassurant et continu, elle put cependant progressivement évoquer des fantasmes terrifiants de mort conjointe mère/enfant si l'allaitement cessait, d'une perfusion absolument nécessaire pour l'une comme pour l'autre.

Mais ce fut beaucoup plus tard, lors du sevrage de cette cure et à travers sa reprise dans le transfert, que le contre-investissement intense d'un fantasme meurtrier put être mis en mots. La fin de cette cure permit l'abord de la problématique transgénérationnelle que l'allaitement et le sevrage de son enfant avaient mis en acte. Si elle savait que sa propre naissance avait mis la vie de sa propre mère en danger, mère qui ne l'avait pas allaité, elle ignorait ce que celle-ci parvint à lui dire à ce moment-là, en réponse aux questions que ma patiente s'autorisa enfin à lui poser. La vie de sa mère n'avait tenu qu'à un fil, le fil des perfusions..., à la suite d'un avortement exécuté par une « faiseuse d'ange ». Or cet avortement volontaire avait été suivi

d'une fausse-couche spontanée précédant sa propre conception. Il y avait là l'origine d'une culpabilité masquée et inextinguible chez la mère de ma patiente, mère « avorteuse », mère doublement criminelle qui avait surinvesti la naissance de Chloé et ne pouvait que contre-investir l'intensité de son ambivalence envers elle. Chloé, enfant de la réparation, s'était toujours su intensément aimée et ignorée à la fois. Elle partageait à son insu le « crime » maternel et les terreurs d'un pouvoir de vie et mort.

La question pourrait se poser du passage de l'échec mélancolique d'un deuil dans une génération, à une problématique vampirique dans l'autre. De l'ombre de l'objet qui tombe sur le moi, à l'ombre de l'ombre de l'objet.... La clinique de troubles du post-partum conduit donc à questionner certaines formes de troubles qui sont proches mais distincts des troubles mélancoliques. Le paradigme du vampirisme proposé dans un autre contexte par Perel Wilgowicz [19] m'a aidé à comprendre ces émergences soudaines d'angoisses, émergences ici liées spécifiquement à l'allaitement, et qui peuvent ne jamais réapparaître comme telles. Des angoisses qui prennent corps, des angoisses qui prennent au corps.

Cet auteur mettait en lumière une zone d'indistinction mère/enfant, et elle la référait métaphoriquement à une grossesse atemporelle. Pour dire les silences des modes d'identification vampirique, elle avait retrouvé la belle expression d'Hélène Deutsch, qui, précisément à propos de l'allaitement, avait évoqué un « cordon ombilical psychique ». Mais Perel Wilgowicz la reprenait métaphoriquement dans son avers négatif pour évoquer les silences d'un mode d'identification vampirique, et tenter de déjouer dans la cure une logique morbide de vases communicants. Or plus encore que la grossesse, ou tout au moins différemment,

l'allaitement peut être précisément l'incarnation d'un tel fantasme d'indistinction, de confusion mère-enfant, ou, dans ce lien concrètement vampirique, l'ancrage corporel qui en permet l'émergence, voire l'élaboration des fantasmes meurtriers qui s'y jouent. **L'allaitement devient la modalité paradoxale d'une lutte contre les angoisses spécifiques qu'il fait renaître.**

Car des angoisses particulières émergent, liées à cette transfusion permanente, des angoisses de vidage, d'inanition, de liquéfaction. Mais aussi, et c'était plus particulièrement le cas de Chloé, des **angoisses liées à l'impossibilité de se séparer**, dans la nécessité continue de maintenir le flux permanent du cordon ombilical lacté. Le sensoriel direct semble devoir pallier la terreur de la perte de l'objet, le corps à corps être le seul garant de vie. L'épreuve des sens vient affoler un équilibre précaire, mais elle permet de donner corps au fantasme infanticide/matricide, elle permet qu'il prenne forme. L'effectivité de la transfusion est alors l'occasion d'une efflorescence fantasmatique qui cherche à mettre en sens, à représenter des sensations angoissantes. Car ces angoisses archaïques, si elles rappellent certaines formes d'angoisses psychotiques, s'en distinguent souvent par l'absence de représentation et leur prise dans un sensoriel immédiat. **Le vampirisme dans son versant fantasmatique est déjà un dégagement hors du non-représenté.** Les fantasmes de risques mortels, de survie en perfusion de l'un à l'autre non distingués, sont pris dans une concrétude qui, dans le meilleur des cas, peut autoriser une élaboration psychique restée jusque-là impossible. Ils deviennent dicibles, représentables. Dans le travail analytique, il est alors parfois possible de parvenir à la saisie de l'identification vampirique à l'œuvre en sourdine.

Dans la reconnaissance d'une différence, dans l'impossibilité réalisée de vœux de toute-puissance, dans les limitations d'un pouvoir de vie et de mort, émerge la possibilité d'un deuil de l'objet primaire empêché par les deuils non-faits de celui-ci. Ainsi est permis l'arrêt de la transmission mortifère, la sortie hors de conceptions parthénogénétiques qui ont aussi valeur d'inceste, en particulier d'un inceste mère/fille profondément destructeur. Le tiers analytique permet la reprise de triangulation aplatie dans l'unidimensionnel et la mise à mort symbolique du vampire aspirant les psychés maternelles pour qu'elles puissent à leur tour donner vie psychique et corps libidinalisé à un enfant dégagé de la répétition du même.

Conférence d'introduction à la psychanalyse du 13 janvier 2011

Références

1. P.-C. Racamier (revu en 1979), La maternalité psychotique, *De psychanalyse en psychiatrie*, Payot, 1979. pp. 195-196.
2. A. Green (1980), Passions et destins des passions, in : *La folie privée*, Gallimard, 1990.
3. S. Freud (1938b), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, p. 59.
4. Simon de Vallambert, *Cinq livres de la manière de nourrir et de gouverner les enfants dès leur naissance*, Poitiers, 1565, p. 2.
5. Ambroise Paré, *L'anatomie*, livre XVIII.
6. P. Camporesi (1988) *La sève de la vie. Symbolisme et magie du sang*, Le Promeneur/Quai Voltaire, 1990.
7. D.W. Winnicott (1945), L'allaitement au sein, in *L'enfant et le monde extérieur*, Payot, 1972, p. 114.
8. S. Freud (1933a [1932]), Angoisse et vie pulsionnelle, 32ème conférence, in *Nouvelles conférences*, Gallimard, Folio, 1984, p. 135.

9. D. Lewin (1949), Le sommeil, la bouche et l'écran du rêve, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, n°5, 1972, p. 218.
 10. S. Freud (1933a [1932]), La féminité, 33ème conférence, in *Nouvelles conférences*, Gallimard, Folio, 1984, p. 154.
 11. H. Deutsch (1945), *La psychologie des femmes*, Paris, PUF, 1987, vol. II, p. 238.
 12. S. Freud (1905d), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard, Folio/Essais, 1987, p. 133.
 13. S. Freud (1910c), Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci, Gallimard, Folio/Essais, 1987, p. 146. (Je souligne)
 14. S. Freud (1910h) Un type particulier de choix d'objet chez l'homme, in : Contribution à la psychologie de la vie amoureuse, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1973, p. 52.
 15. D. Cupa (2007) Tendresse et cruauté, Paris, Dunod, p. 287.
 16. D. Braunschweig (1993), Intervention sur les exposés de C. Smadja et G. Szewec à propos des procédés auto-calmands du moi, in *Revue française de psychosomatique*, n°4, p. 54.
 17. Green (1980 b), Passions et destins des passions, *La folie privée*, Gallimard, 1990, p.183.
 18. Smadja (1993), À propos des procédés autocalmands du Moi, *Revue française de psychosomatique*, n° 4, p. 23.
 19. P. Wilgowicz (1991), *Le vampirisme (la pulsion de mort et l'irreprésentable)*, Césura.
-

De la honte corporelle à la culpabilité psychique : à propos de deux patientes anorectiques-boulimiques

Auteur(s) : Gérard Pirlot

Mots clés : acting - anorexie - boulimie - corps - culpabilité - honte - oralité - perversion - psychosexualité

La boulimie dans ses aspects, cliniques et psychopathologiques

Cette année le cycle de conférence est centré sur la question du « corps », aussi ai-je pris ce terme de « corps », non pas dans le sens du « soma » (en allemand *Körper*), et donc avec une approche psychosomatique, mais plutôt dans le sens d'enveloppe corporelle (en allemand *Leib*) impliquée dans nos conduites et nos relations d'objet.

La question de la boulimie se présenta à moi comme pouvant introduire cliniquement à ce thème, ceci à partir de la prise en charge de deux patientes. Celles-ci ne sont pas venues pour ce symptôme de boulimie bien que dans leurs entretiens préliminaires, elle avait été évoquée.

Quelques mots de rappel, d'ordre nosographique, me permettront d'introduire les questions qui concernent ce syndrome spécifique

de boulimie.

La boulimie s'est aujourd'hui individualisée à côté de l'anorexie et l'obésité.

C'est un syndrome intéressant pour la recherche clinique. Il est plurifactoriel, à des étiologies intriquées, et se trouve être très variable.

D'un point de vue descriptif psychiatrique il appartient à cette catégorie de comportements pathologiques qualifiés d'impulsifs ou obsessifs-compulsifs (TOC) dans la littérature internationale.

Il y a, en effet, un continuum du comportement alimentaire normal à l'envahissement complet de la personne par cette addiction particulière celle de manger, grignoter, relevant de la boulimie. En fait, de multiples situations peuvent être observées dans la pratique clinique, de l'impulsion alimentaire modérée survenant exceptionnellement à la répétition pluriquotidienne de crises massives et totalement incontrôlées » (Vindreau C., 1991) [1].

Les critères diagnostiques de la boulimie (DSM IV, 1994) sont :

« Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* ») qui répondent aux deux caractéristiques suivantes :

- absorption, en une période de temps limitée (par ex., moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ;
- sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par ex., sentiment de ne pas pouvoir

contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).

Dans ce contexte il existe également des comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.

Les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.

[Ce que l'on désigne comme] « estime de soi » est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale. »

Du point de vue psychanalytique ce syndrome ne peut évidemment être appréhendé et compris sans faire référence à l'histoire du sujet, son fonctionnement psychique, ses traumatismes, etc.

La prévalence économique auquel il renvoie évoque « les esclaves de la quantité », naguère décrits par M. de M'Uzan [2] de même qu'il renvoie à la défaillance de mentalisation de P. Marty (1976 ; 1980 [3]), voire aux *névroses de caractère* décrit par ce dernier ou comme comportement visant à palier des menaces de désorganisation psychiques plus profondes.

Située, aux confins du psychique et du somatique, la boulimie reste toutefois complexe : elle est, comme le dit M.-C. Célerier [4] (citée par C. Couvreur [5]), « un symptôme carrefour... mise en scène corporelle entre le non-sens psychosomatique et le

signifiant hystérique » (1977) et B. Brusset nous a montré que « *la disparition de la boulimie pendant la cure analytique montre (...) l'importance des particularités des phénomènes de transfert et permet, par extension, de percevoir l'intensité des affects (...) la proximité d'une fantasmatique inconsciente beaucoup plus riche que le seul point de vue économique pourrait le laisser penser* » (1991, p. 111) [6].

La boulimie est ainsi pour moi comme d'autres auteurs (Brusset, Jeammet, Couvreur, Vindreau, Corcos [7], Combe [8]), moins un symptôme relevant de la nosographie anorectique-boulimique qu'une conduite, un « acte-symptôme », comme nombre d'addictions [9] reflétant une instabilité de l'organisation psychique sous-jacente, témoignant d'une vulnérabilité de la personnalité et une instabilité de son fonctionnement psychique, particulièrement lorsque surgissent des affects vécus avec intensité.

Ce syndrome laisse entrevoir les liens souterrains entre pulsion d'emprise, affects en excès jusqu'à l'*aphanisis*, manque de contrôle, honte et « syncope subjectale », analogon d'une jouissance psychosexuelle, floues dans les limites dedans-dehors de la psyché comme dans les représentations du corps.

Cette vulnérabilité du sujet repose sur le relatif échec des intériorisations précoces assurant des assises narcissiques suffisamment stables afin de garantir un sentiment de sécurité et de continuité psychique. C'est cet échec des mécanismes d'intériorisation comme bases auto-érotiques qui ne permet pas à l'organisation névrotique de jouer suffisamment un rôle organisateur des conflits.

Cette insuffisance des appuis internes et des points de fixations se voit évidemment être un des éléments sur lesquels psychothérapie et cure analytique, de part leur cadre, vont jouer positivement, permettant un ré-étayage narcissico-objectale nécessaire à toute psychisation névrotique ultérieure.

Dans ce contexte les facteurs dynamiques s'avèrent plus importants à repérer que l'organisation structurale, menacée à tout moment de désorganisation. À cet égard les patientes dont nous allons parler relèveraient plutôt du cadre nosographique des « états-limites », dont les éléments névrotiques pourront se développer pendant leurs prises en charge. Le chemin d'affects de honte mêlés à ceux de culpabilité, y compris culpabilité de la honte elle-même, ne fut pas sans risque pour ces deux patientes, tant la culpabilité était chez elle pourvoyeuse de dépression et de somatisation.

Vignette clinique n° 1. : STEPHANIE

Stéphanie, la trentaine d'année, mariée avec deux enfants au début de l'analyse avec cadre aménagé en face à face, était venue pour une anxiété omniprésente en lien avec une envie continuelle de tromper son mari. C'est un médecin généraliste qui, la suivant jusque là, me téléphona pour que je la reçoive, inquiet d'un des passages à l'acte de cette patiente. Recevant un plombier, un jour du début de l'été où elle était seule à la maison, Stéphanie ne put réprimer un désir irrépressible d'exhibition, « *alors que l'homme travaillait dans la cuisine, sous l'évier, elle se dévêtit complètement devant lui, avant de sortir tranquillement de sa*

maison et se jeter dans sa piscine», me dit le confrère.

Anticipons de quelques mois pour dire qu'en fait cette « tranquille » déambulation jusqu'à la piscine, cachait en fait, comme elle me le précisa plus tard, un affect de honte indicible, qui l'amena ensuite directement au frigo... pour se goinfrer.

J'ajoute ici qu'il apparut en cours d'analyse que les modalités « limites » de fonctionnement psychique de Stéphanie qui la firent agir ce fantasme d'exhibition reposaient, outre sur le couple pulsionnel exhibitionnisme-voyeurisme, sur celui sado-masochisme.

C'est dans ce contexte du coup du fil que j'acceptais de recevoir Stéphanie puis, de commencer un travail analytique en face à face deux fois par semaine.

Mince, menue, exerçant un métier dans le social, métier qu'elle aimait, Stéphanie se présentait comme boulimique des mots, habitée par une tachypsychie qui ne me laissait aucun espace. Elle paraissait envahie continuellement par l'excitation.

Comme les mots dans la séance, la faim et l'accès de boulimie prenaient chez elle la place de l'angoisse. Nous étions avec elle, du point de vue économique, dans le modèle freudien de la névrose actuelle [10] (ce dont témoigne pour ces patientes B. Brusset, 1991, p. 109) [11]. En effet, « la tension sexuelle » comme dit Freud, trouvait dans la boulimie comme dans la diarrhée verbale avec moi, une forme de décharge de ce qui ne peut être symbolisé et déchargé génitalement.

Dès les premiers entretiens Stéphanie se présenta comme une enfant docile, voulant « *faire comme son médecin généraliste lui*

demandait en l'envoyant vers moi». Elle commença par expliquer que c'était ses problèmes de couple, son angoisse continue et sa boulimie ainsi qu'une « légère anorexie » (sic) qui l'amenaient à consulter sur proposition de son médecin généraliste.

La deuxième séance elle évoqua son symptôme d'aménorrhée qui était d'un type particulier. Continuellement présent depuis l'âge de 15 ans, il disparaissait quand elle était dans une période où elle désirait un enfant. Dans ce cas, le mois précédent ce désir, les règles revenaient : elle se retrouvait alors à chaque fois enceinte le mois suivant : par deux fois le « scénario » (sic) avait été le même.

Comme souvent dans ses problématiques -on verra qu'il en sera de même avec Madeleine, la vignette clinique suivante-, son transfert s'avéra d'emblée intensif et avide, reflet d'une relation boulimique sous-tendue par une blessure narcissique évidente tant son désir de reconnaissance, d'être maternée, comprise et aimée était aigu. Cette relation transférentielle était habillée, comme toute relation boulimique, par « une appétence objectale » (Ph. Jeammet [12]) envahissante pour l'analyste.

Elle parlait rapidement et continuellement : de sa boulimie, incessante depuis l'âge de 15 ans ; de son habitude de se jeter sur n'importe quel aliment présent dans le frigo lorsque son mari et ses enfants avaient quitté la cuisine : secrètement, elle allait au frigo, se « goinfrait » puis finissait toujours par aller vomir, à l'insu de tous, dans le jardin.

Progressivement, après ces premières séances envahies par « l'actuel » provoqué par le début transférentiel, elle put parler de son histoire infantile.

Elle était l'aînée d'une fratrie de deux : la suivait une petite sœur de quatre ans plus jeune qu'elle. Ses parents avaient divorcé alors qu'elle avait 8 ans. Elle se souvenait encore des nombreuses disputes du couple avant leur séparation. Après la séparation des parents, elle alla vivre chez sa mère dans le massif central à 100 km de Lyon, son père continuant quant à lui à résider dans la capitale des Gaules.

À l'âge de 13 ans, elle prit l'habitude de prendre le train une fois par semaine, avec sa petite sœur, pour aller chez son père. Elle décrit sa mère comme très déprimée avant et surtout après son divorce. « *C'était une belle femme, ayant eu une situation professionnelle enviable avant son mariage et qui, à la suite de sa première grossesse, abandonna ce travail qu'elle ne cessa de regretter, ne retrouvant jamais l'équivalent une fois le divorce prononcé.* » De famille aisée, cette mère, revint alors dans le giron maternel. Or, la grand-mère maternelle de Stéphanie était de son avis grandement bigote, devenant après le divorce des parents comme le seul « pilier » surmoïque de la famille.

Ces simples faits évoquent un paysage psychique dans lequel :

- La défaillance de la fonction de miroir, de son tain réflexif, de cette mère déprimée, n'est pas sans évoquer « la mère morte » d'A. Green (1980) [13]. Du point de vue clinique, l'importance du regard était prégnant chez Stéphanie. Cette quête avide du regard de l'autre comblait une intériorité marquée par un sentiment continu d'insécurité. La quête de sensations qui était la sienne étaient typiques des sujets addicts ou ceux ayant des conduites à risques (Zuckerman[14]).

Les carences maternelles à contenir les angoisses de sa fille

étaient similaires à celle que P. Fédida décrit chez les sujets obèses : « *On ferait l'hypothèse ici [d'une] mère [qui] a pu assurer cette modulation de l'illusion primitive [et] n'a pas été en mesure de permettre l'élaboration métaphorisante du sein. Il s'agit soit de mère ne pouvant s'arrêter de donner, soit, inversement de mère incapables de contenir les projections angoissées de l'enfant* » (1977 [15], p. 297, cité par C. Couvreur, p. 41). « *La sensation de vide insupportable* » rencontré chez Stéphanie comme chez nombre de boulimiques d'après C. Combe témoignait de l'expérience première d'un lien à la mère ayant été incertain au point qu'aucune impression de sécurité, aucune marque de solidité, n'aient pu s'installer (Combe, *op. cité*, p. 7).

- Chez Stéphanie, l'accrochage ultérieur à des objets investis « maternellement » et marqués du saut d'une Idéalité -objets incarnant la répression des pulsions sexuelles (cf. la grand-mère bigote)- avaient trouvé à partir de l'adolescence plusieurs « pères spirituels » dans les personnes de curés ou chanoines qui étaient devenus ses « directeurs de conscience ».

- À la puberté et l'adolescence, les insuffisances narcissiques et de l'intériorisation /introjection d'un « suffisamment bon » objet interne avaient chez elle abouti à une perception traumatique de la sexualité génitale (B. Brusset [16]). Celle-ci représentait une menace pour le narcissisme d'un moi largement habité par la fragilité de ses limites.

Le père de Stéphanie avait eu pour elle un rôle particulier. Après quelques aventures sentimentales auxquelles il s'était déjà livré avant le divorce-ce qui avait provoqué celui-ci -, il se retrouva régulièrement seul avec Stéphanie et sa sœur lorsqu'elles venaient chez lui certains week-end et vacances. Un climat

« incestuel » et « d'intimité » s'installa quand Stéphanie se retrouvait dans le lit de son père les nuits d'hiver... ce ses 13 ans jusqu'à ses 15 ans. Elle évoqua une absence d'attouchement mais une « *proximité insupportablement excitante et écœurante* » quand elle couchait dans le même lit que lui- ce qui, de son aveu, provoqua dès cette époque un lien entre sexe, honte de celui-ci, alimentation et envie de vomir.

C'est à cette époque qu'elle commença ses crises de boulimie suivies de vomissements, toujours à l'insu de son père, sa mère, sa sœur. Fruits d'une répression de fantasme de fellation, ces crises de boulimie créaient, par déplacement libidinal, une source d'excitation interne, mêlée de sentiment de honte. Son apaisement passait par une « pratique de l'incorporation » [17] suivie par des vomissements : « *comme s'il me fallait sortir le mauvais en moi* » dit-elle.

Stéphanie se souvenait des parcelles du corps de son père- un bras, une jambe, « *et le reste* » me dit-elle un jour évoquant ainsi par euphémisme le pénis de son père- effleurant son dos, dos qu'elle tournait systématiquement vers lui lorsqu'elle se retrouvait dans le lit avec lui, sa petite sœur dormant dans un petit lit installé dans la même chambre qu'eux.

Dans ce corps à corps particulier propre à l'adolescence, les aliments grignotés ou avalés goulûment jusqu'au vomissement étaient devenus pour Stéphanie des « néo-objets » (E. Kestemberg) [18], relevant de « néo-besoins » (Braunschweig D. & Fain M.) [19] *analogon* de ce que M. Khan appelle « une relation d'intimité » [20] trouvée dans la relation perverse qu'entretenait avec elle ce père. À la différence de celle-ci, la perception-sensation cutanée externe d'un pénis paternel dont elle redoutait

le contact se déplaçait vers celle, *interne* d'une perception de réplétion puis de spasme *dans le ventre* via la voie digestive.

En ce sens, « l'orgie boulimique » répondait à ce que Radö appelle un « orgasme alimentaire », le but étant celui d'obtenir un « orgasme du moi » typique, comme l'indique M. Khan, d'aménagements pervers et phalliques.

Ce qui précède montre la sérieuse conflictualité, chez ce type de patientes, dans laquelle s'insèrent les liens infantiles avec les objets parentaux. Dans ces problématiques boulimiques, C. Combe a souligné la véritable peur de la proximité vécue comme une menace d'intrusion (op. cité, p. 123) [21], problématiques souvent rencontrées dans les cas-limites.

Chez Stéphanie la relation au père avait privilégié une position œdipienne déterminant après-coup des manœuvres fréquentes de séduction dans son environnement amical: un an avant de commencer son travail analytique, elle avait en effet eu pendant quelques mois, comme amant, un des amis de son couple, ami, de l'âge de son père.

Ainsi le vécu incestueux vécu à la puberté avec son père, puis avec son ami âgé, aggrava sa fragilité narcissique engendrant durablement un mouvement de déliaison pulsionnelle et de régression défensive de la génitalité à l'analité, voire vers « l'oraonalité » comme l'écrit Green [22], et dont deux des maîtres-symptômes chez Stéphanie devait être depuis plusieurs années la boulimie et la frigidity.

Son Oedipe négatif à la mère ne s'avérant pas plus structurant que l'Oedipe par trop positif -passionnel- au père, avait mis

Stéphanie dans une configuration *fonctionnellement* proche des états-limites même si, structurellement, nous n'étions pas dans une « bitriangulation » typique de ces états (Green & Donnet [23]).

Soulignons que le défaut d'une organisation œdipienne suffisamment solide laissait perdurer chez Stéphanie un corps pulsionnel caractérisé par une absence de différenciation entre le dedans et le dehors, le corporel et le psychique.

En dehors des « séances » de remplissage d'aliments -chez elle- ou de « mots » -dans mon cabinet, elle se sentait vide et son corps lui apparaissait comme un cloaque informe rempli de matière indifférenciée (Jeammet, *op. cité*, p. 43). Dans ces premiers mois d'analyse avec cadre aménagé en face à face, elle n'évoquait d'ailleurs aucun rêve. Non qu'elle ne rêvait pas mais, me disait-elle : « *les rêves me glissent entre les doigts, les doigts de ma conscience, dès mon réveil* »... « L'informe » était prévalent dans les enveloppes psychiques.

Dans ces conditions « *l'objet-nourriture demeurait sur la crête entre contenant et contenu* » (*idem*, p. 98), menaçant continuellement le sujet d'en être envahi ou de le perdre. Cette « pratique de l'incorporation » relevait chez Stéphanie d'une insuffisance du travail d'introjection qui, par le travail analytique, permit progressivement, séance après séance - y compris dans les *acting* des retards ou absences- de mieux asseoir la différence dedans/dehors, externe/interne.

Dans cette configuration psychique non dénuée de valeurs et de pratiques religieuses -elle allait à la messe le dimanche et communiait- nous étions proches de ce que A. Green avait décrit

dans le narcissisme moral : « *chez le narcissique moral, l'enfer ce n'est pas les autres -le narcissisme s'en est débarrassé- mais le corps. Le corps, c'est l'Autre qui ressurgit malgré la tentative d'effacement de la trace. Le corps est limitation, finitude, finition. C'est pourquoi le malaise est primordialement un malaise corporel (...)* ». [24] Question du corps et du narcissisme qui renvoie plus à l'affect de honte qu'à celui de la culpabilité.

C'est à 15 ans, une fois admise dans une pension religieuse, qu'elle se voit « délivrée » de la « corvée » d'aller avec sa petite sœur chez son père. Pourtant, dans sa chambre de pensionnat, elle continue de vomir en cachette ce qu'elle a violemment, goulûment, rapidement avalé. Suivirent trois années où ensuite elle quitta la ville où habitait sa mère pour venir faire ses études à Lyon, ville où vivait son père.

C'est également à cet âge, 15 ans, qu'elle rencontra son futur mari, Yves, alors qu'elle résidait au pensionnat. C'était un homme marié, âgé de 38 ans (le père de Stéphanie ayant 40 ans à cette époque) qui ira abandonner sa femme et ses deux enfants pour, trois ans plus tard, se marier avec elle.

Malgré l'opposition de son père à cette liaison, elle se marie à 18 ans. Cette liaison puis ce mariage se font sous l'égide d'un engagement, très fort, pour tous les deux, dans leur religion. Le futur mari de Stéphanie avait été, pendant les vacances, le moniteur du camp d'été religieux dans lequel elle passait, à 15 ans, ses vacances. Ce fut dans ce cadre qu'elle le rencontra comme elle devait également rencontrer dans ce même lieu, le premier « père spirituel » qui lui servit ensuite de confesseur. Ce « maître spirituel » donna la permission à ce mariage en même temps qu'un autre maître accompagnait les « retraites

spirituelles » qu'elle commençait à faire avec son futur mari.

C'est dans ce contexte de transferts multiples, « boulimiques », intensifs, emprunts d'idéalité, qu'elle présenta, huit mois après le début du travail analytique, une grossesse. Evidemment, celle-ci représentait l'équivalent d'un *acting out* de transfert sur l'analyste, au moment même où s'amorçait chez elle des éléments de distanciation avec son passé, son mari, sa religion. Cette distanciation, mêlée de crainte de perte d'objets aliénants, avait trouvé sa solution : la grossesse. Cet *acting out* signait une résistance. Les séances amenaient leur source d'angoisse, le transfert lui-même, dans cette période du début du travail analytique, étant encore chargé de « l'actuel » du passionnel comme d'un risque quasi toxicomaniaque d'aliénation à l'objet analyste ce qui, d'ailleurs, avait amené une augmentation de la fréquence des boulimies.

Stéphanie, dans un défi à la fois hystérique et anorectique eut à cœur de venir à ses séances jusqu'à son huitième mois de grossesse.

Une fois que son troisième enfant eut trois mois elle revint et reprit son travail analytique.

Lors de la reprise l'atmosphère continuait de se faire dans un certain état excitationnel, les séances étant plus ou moins consciemment vécues comme des repas gargantuesques où elle venait se « remplir » de mon climat et se « *vider sans retenue* » (sic). Les deux années après la reprise furent l'occasion, sur ce mode hypomaniaque, d'écoulement d'une pensée en processus primaire vécue comme autant de réalisation de fantasmes inconscients : elle alla ainsi plusieurs fois du Sud-Ouest à Lyon

-ville de son père- mais également « *pour y faire des rencontres sexuelles* » ce qui se produisit deux, trois fois, écartant ainsi tout mouvement dépressif.

En séance elle était toujours aussi « boulimique » de paroles, ivre de celles-ci, associant souvent à partir de notes prises entre deux séances, en me laissant peu de place pour intervenir. C'était toujours 5mn avant la fin de la séance qu'elle disait : « *vous avez sans doute quelque chose à dire ? (...)*... se montrant en apparence déçue et pourtant immanquablement ravie de m'avoir « neutralisé » (« castré ») par sa diarrhée verbale. Celle-ci paraissait en fait comme une forme maniaque d'une « position phobique centrale » selon A. Green, mais projetée sur la psyché de l'autre, l'analyste, réalisant ce qu'on pourrait appeler une « position phobique « décentrée ».

La perception de mon altérité eût sans doute renvoyé à ce qui n'avait pu être dépassé : les phases de séparation-individuation par défaut de tiercéité, de fonction tierce de ce père par trop déprimé et « incestuel » dans son comportement avec sa fille.

Par la suite, les tentatives de manipulation/transgression du cadre réapparurent mais plus fréquentes : arrivées en retard, absences dont j'étais toutefois toujours prévenu, questions fréquentes pour me demander la définition de termes psychologiques...finirent pas se tarir ...

L'aspect « polytraumatique » -au sens de « traumatismes cumulatifs » de M. Khan, de son fonctionnement mental et sa symptomatologie boulimique, apparut le jour où, dans l'association à partir d'un rêve qui se passait dans son lycée, elle se souvint avoir résisté à 15 ans aux premières avances de son

futur marié : « *Moi, j'étais paumée, cet été-là, dans le camp... Ma mère loin et éternellement déprimée, mon père à Lyon ... je voulais des câlins... Yves (son futur mari) est arrivé... Il m'a pris dans ses bras... Je voulais des caresses... Il m'a embrassé... et puis le reste... Plusieurs fois j'aurais pu le quitter...j'étais honteuse d'être avec lui...je voulais un copain de mon âge, mais je n'osais pas m'en faire un...- elle se souvient alors qu'elle aurait pu fréquenter l'un de ces garçons de son âge qui l'avait draguée dans ce camp.*

Or elle choisit progressivement de rester avec Yves son futur mari car, dit-elle, « *son âge de plus que trentenaire me permettait de cultiver l'idée de pouvoir un jour le quitter* », à la différence de ce dans quoi un garçon de son âge pouvait l'engager : un lien plus durable.

S'engager avec ce garçon de son âge l'eût en effet amenée à opter pour un objet la dégageant à la fois d'un fantasme œdipien trop marqué d'«incestualité » mais aussi de l'objet primaire de fusion ce qui, pour elle, été encore trop dangereux faute d'assurance narcissique suffisante.

« *Yves a continué à me voir ...c'est lui qui a eu l'idée que je rentre dans une pension catholique à Lyon à la rentrée suivante... Pendant ces trois ans passés là, j'ai toujours caché à la mère supérieure que j'avais un copain de plus de trente ans... j'avais profondément honte* »...

Dans cette séance, découvrant par elle-même ce que Ferenczi avait décrit dans la « confusion des langues entre l'enfant et l'adulte » [25], Stéphanie rougit alors, puis, devant moi, devient toute blanche réalisant que « *Yves ne valait pas plus que son père*

qui l'emmenait dans son lit les nuits d'hiver »... Elle finit par dire : « Ce sont des malades... Comment n'ai-je pas pu voir ça ? ... Ni le maître spirituel non plus d'ailleurs... J'étais la victime toute désignée ».

Evidemment, dans la méconnaissance de ce que le transfert activait, à savoir une séduction traumatique, la remémoration de cet événement du refus d'aller avec un garçon de son âge et l'interprétation qu'elle donnait à cet événement, réanimait de *réelles* séquences traumatiques de séduction. Face à ces traumatismes réels l'aménagement régressif que fut le comportement boulimique se révélait être un quasi aménagement pervers y compris, par identification, la mise en acte d'un fantasme bisexuel décrit par Freud dans l'hystérie (1908) [26].

En général cette « pratique de l'incorporation » met le sujet est à la fois en situation active masculine de donneur, et en situation passive féminine de receveur. Proche d'un aménagement « pervers », la boulimie, ancrée chez Stéphanie comme chez d'autres patientes, l'excitation sexuelle, régressivement « phallicisée », au niveau physiologique, et permettait, comme dans les autres addictions, l'illusion d'un contrôle et d'une maîtrise sur l'objet, ici objet-nourriture.

Les clivages mis en place à la suite de ces « traumatismes cumulatifs » avaient par la suite été « réamorçés » chez elle par de nouveaux clivages : clivages (*fonctionnels plus que structurels* -cf. G. Bayle [27]) psyché/corps et clivage sexualité phallique/sexualité génitale féminine. Chez elle, l'identité féminine, certes acceptée dans sa dimension phallique de minceur ou de mère, s'avérait en fait « abjecte », sale, rejetée dans celle, honteuse, du désir interdit et de l'incomplétude phallique. Elle n'avait d'ailleurs jamais joui avec

un homme, Yves y compris et c'est pour cela qu'elle l'avait plusieurs fois trompé et qu'elle se gavait dans la cuisine en cachette de lui. L'orgasme boulimique remplaçait « l'insu » de la jouissance féminine... Cet « insu », elle en était honteuse, comme du manque de contrôle de ses crises de boulimie dont elle était le témoin passif...

Sa honte était celle de *l'ombre d'un abject sexuel/féminin tombant sur un moi* grandiose infantile et phallique [28]. Abjection honteuse du féminin qui n'est pas sans rappeler ce que Freud avance en 1912 concernant cette fois la libido masculine dans « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse » [29] D'ailleurs, Freud, dans ce texte, évoque une addiction proche de la boulimie, l'alcoolisme, pour illustrer cette « faim d'excitation » (p. 64), fréquente dans la vie amoureuse mais qui sait, dans l'addiction, se reporter, du fait de refoulement porté sur des objets barrés par l'interdit sexuel, sur des objets telle que la boisson.

« Avec Yves, au lit, je me laisse manipuler... Je ferme les yeux, je ne bouge plus, et lui, il s'excite comme ça, je suis sa « poupée », et lorsqu'il me pénètre, je ne sens rien ... le plaisir est tout de même pour moi de me sentir "contenue" »...

La proximité entre situation conjugale et celle incestueuse paternelle, rendait impossible certains débordements *psychiquement* enrichissants comme peut l'être *l'orgasme sexuel* dans ses composantes dynamiques et économiques.

Sa boulimie en était venue à compenser et suppléer une frigidité signe d'un Œdipe jamais réellement advenu et d'un Œdipe négatif porteur de l'impossible séparation d'avec l'objet maternel

primaire. Un narcissisme anal défensif empêchait tout « lâcher prise ». Ceci lui avait fait préférer le choix de ce que le pervers a pu représenter pour elle, à savoir un « père-mère », rétablissant un semblant de continuum entre le « contenant » narcissique primaire maternel du fait du climat incestuel-fusionnel proposé et celui paternel : elle s'en servait pour colmater ses brèches narcissiques.

Rappelons que dans un texte consacré à « l'emprise et la perversion », Tomassini [30] a relié les perversions à la massivité des angoisses de séparation et aux troubles d'identification primaire. Remarquant que la perversion est le fruit d'une résolution défectueuse ou d'une impossibilité d'élaboration des processus de séparation et de désidentification primaire, cet auteur insiste sur le fait que l'univers de la perversion est *dominé par la figure de la mère*. Il rappelle la position des Barande [31] qui ont avancé le concept de « *néoténie* » au point que, dans un jeu de mot, ils ont déclaré que *la notion de Père-version devrait être substituée par celle de Mère-version*.

Ainsi, derrière l'optique « patricentrique » freudienne (complexe d'Œdipe, angoisse et complexe de castration, parricide comme culpabilité originelle), se cacheraient, dans les perversions, des angoisses de séparation, voire de morcellement, que « colmaterait » le fantasme d'un pénis phallique maternel, lui-même dérivé du sein, substitut externe de l'utérus de la prime enfance (J. Chasseguet-Smirgel 1984) [32].

Serait-ce cela même que représente l'objet-nourriture pour la boulimie de Stéphanie ? L'oralité en jeu du symptôme n'était pas sans évoquer cette hypothèse.

On pourrait encore ici citer J. McDougall (1980) [33] pour qui la perversion se situe dans un continuum entre « le pôle de la sexualité archaïque, liée à l'homéostasie narcissique et le pôle de la sexualité œdipienne, liée à l'homéostasie libidinale ». La solution perverse, y compris ici dans la perspective de la pratique boulimique, permet de contenir et de contourner ces deux problématiques.

Pour elle, « *l'importance et l'étendue de l'agir pervers seront étroitement liées à la fragilité de son économie psychique et au poids que doit porter cet acte érotique* ». Le scénario pervers est alors une " néo-réalité sexuelle, nouvelle scène primitive " et l'intrigue se fait autour du thème de la castration, le rôle du partenaire étant d'incarner les images idéalisées pourvu de ce que le sujet croit manquant en lui.

L'investissement libidinal se faisant sur un « objet-chose » dans un contexte de clivage d'affect, voire parfois de véritable « alexithymie » et de pensée opératoire, l'activité boulimique pourrait dans certain cas, comme celui de Stéphanie, se situer volontiers à mi-chemin entre un auto-érotisme oral régressif et une auto-sensualité au plus près des procédés autocalmants décrit par C. Smadja et G. Szewec [34].

A ce moment de son travail analytique le processus analytique amena chez Stéphanie certains remaniements : apparut chez elle un mouvement dépressif dû largement à ce qu'elle appelait maintenant « *sa culpabilité envers elle-même* » :

« *Je n'ai pas su faire attention à moi en me laissant courtisée puis épousée par Yves. D'un côté je ne regrette pas les deux beaux enfants que j'ai, la belle maison, un certain sentiment de sécurité*

mais, vraiment, quelle cruche j'ai été ! Je n'ai pas su me protéger, me défendre, c'est de cela dont je me sens coupable aujourd'hui. C'est moins la honte, que la colère contre moi-même et contre lui car lui aussi est coupable ! Lui il l'est par rapport aux enfants de son précédent mariage dont il ne s'occupe que très peu, et coupable de s'en être pris à une gamine de 15 ans paumée quand il en avait trente. Et moi coupable envers moi-même de n'avoir pas su dire "non" »...

Cette culpabilité et cette honte pour elle de s'être « laissée faire », sa colère et sa rage narcissique face à Yves, amena alors Stéphanie à agir des fantasmes sado-masochiques sous jacents-comme elle avait « acté » le fantasme d'exhibition devant le plombier-, mais maintenant dans des relations devenues très conflictuelles avec son mari comme, parfois même avec moi, ratant plusieurs séances sans, à cette époque, m'en prévenir cherchant le cadre, la limite en provoquant chez moi des réactions contre-transférentielles plus affirmées et clairement surmoïques.

On le voit, l'excès affectif chez ces patientes, revigoré par un travail analytique en face à face, n'est pas sans mettre à l'épreuve le psychanalyste et son cadre.

Ces fantasmes sadomasochistes inconscients non encore accessibles pour Stéphanie aujourd'hui, trouvèrent à s'épancher, une fois encore dans la répétition agie [35]. Ces fantasmes furent par contre exhumés lors de la fin de sa deuxième année d'analyse chez une autre patiente, Madeleine, boulimique elle aussi et dont je vais dire un mot.

Vignette clinique n°2 : MADELEINE

MADELEINE a 35 ans : elle n'a eu qu'un rapport sexuel dans sa vie... il y a longtemps. Après sept ans de prise en charge psychothérapeutique par un psychiatre qui lui donnait des antidépresseurs, celui-ci lui conseille de faire une psychanalyse. Tout de suite je suis très alerté par sa capacité à avoir transféré très massivement sur son ancien thérapeute. En effet, depuis sept ans, hormis son travail qu'elle aimait beaucoup et qui lui prenait tout son temps y compris le WE, elle ne pensait qu'à ce psychiatre.

Elle me dit ainsi, dès les premiers entretiens, combien elle aurait voulu être son amie d'autant que ce médecin, avait commis l'erreur de lui raconter sa vie avec ses enfants, sa famille, ses intérêts. Madeleine vivait alors par procuration, « *cette vie bien agréable de médecin de province...* ». « *C'était assez affligeant* », ce furent ces termes car évidemment se produisit ce que devait : elle alla jusqu'à poursuivre ce psychiatre en lui téléphonant sans cesse sur son portable, y compris en vacances, pour lui dire son mal-être. Débordée, ce psychiatre lui donna mon nom en lui demandant de ne plus ni revenir, ni lui téléphoner.

C'est donc dans ce contexte passionnel et proche de l'érotomanie mais sans les éléments paranoïaques, mais passablement traumatiques, qu'elle arriva, paniquée à l'idée que je la rejette.

Elle insista tout de suite sur la boulimie qui faisait partie de ses symptômes qui lui procuraient beaucoup de honte. Il traduisait pour elle une faiblesse de caractère et de personnalité et donnait

à son corps une silhouette trop grosse, une consistance trop molle où toute féminité s'était effacée.

Fière pourtant d'être autonome financièrement, d'avoir un métier qui l'intéressait, d'avoir fait des études universitaires, elle était honteuse de cet embonpoint comme de sa quasi-virginité. Sur le plan privé, c'était un fiasco complet.

On s'en doutera son transfert s'avéra être d'emblée intensif, avide, oral : « *j'aime le câlin sonore des mots* » me répétait-elle bien souvent au début de la cure, « *les mots arrêtant [ici] la terreur d'errer dans l'informe* » (C. Combe, *op. cité*, p. 225) et délimitant alors une enveloppe face à un féminin-maternel engloutissant.

Les premiers mois furent difficiles tant les mouvements caractériels, la toute-puissance plus infantile que narcissique dominaient chez cette femme pourtant intelligente, sensible et cultivée. Elle ne supportait pas la dissymétrie du cadre analytique qu'elle avait pourtant acceptée, le paiement des séances où elle était absente, comme le fait que je ne réponde pas à ses questions. Elle pouvait bouger, remuer, sauter, tressauter, sangloter, crier sur le divan, rechignant bien souvent à se lever alors que moi-même, après lui avoir annoncé la fin de la séance, je me retrouvais debout devant le divan. Il fallut plus d'un an pour commencer à voir se résoudre ce type de réaction et que, de mon côté, je trouve ce que B. Brusset appelle, avec ce type de patiente, « la bonne distance » [36].

L'anamnèse révélait, sinon une accumulation de trauma, tout au moins deux traumatismes massifs. Dernière d'une fratrie de quatre, elle avait perdu sa mère à l'âge de 16 ans, celle ayant décédé après un

grave accident de voiture. Mais ce traumatisme là, de la perte en avait précédé un autre, celui, à 15 ans, de rencontrer un jour sa mère sortir d'un hôtel de la ville, bras dessus, bras dessous avec un homme autre que son père. De ce moment là jusqu'à la mort de sa mère, elle garda, à la demande de celle-ci, le secret de ce qu'elle avait vu, dans un pacte que nous dirions, vis-à-vis du père, « dénégatif ».

L'autre chose était son attachement disons excessif à l'imaginaire maternelle : c'était à ce point que pendant la première année d'analyse, des sanglots, voire des pleurs apparaissaient à chaque fois que le mot « mère » était prononcé avec, dans ces moments là, des sursauts du corps, celui-ci faisant de véritables bonds -impressionnants- sur le divan, tant l'affect était violent. Au bout d'un an j'appris pourtant que cette mère était perçue par la patiente elle-même comme « froide, n'aimant pas les câlins », ceux-ci étant prodigués jusqu'à la puberté par le père.

Il y avait ainsi chez elle, comme chez Stéphanie, et comme le note C. Combe dans cette clinique, « une passion pour une mère qui ne peut être avalée ou conservée » en tant qu'objet « secure » d'attachement (*op. cité*, p. 44). Mère déprimée, là aussi, du fait, avait-elle dit à Madeleine, d'un mariage malheureux sexuellement et par une position professionnelle déclassée par rapport à ses diplômes.

Si, dans le cas précédent de Stéphanie, le fantasme du meurtre d'œdipien de la mère, refoulé, avait pu se mettre en scène dans ses différentes grossesses, dans le cas de Madeleine, la mort de la mère à l'entrée de l'adolescence rendait aujourd'hui encore la difficile la mise en scène de ce fantasme. Le lien à l'objet primaire était « inaliénable ».

Se rendant progressivement compte que, concernant la boulimie, la cure analytique ne pouvait résoudre aussi vite ses effets sur son grossissement, elle prit la décision d'aller consulter un médecin nutritionniste. Sans que je ne rentre dans les détails, je dois dire, que cela aida à « tiercéiser » factuellement la relation à un moment où, visiblement, l'introjection du cadre analytique, conflictuel, mobilisait encore beaucoup de résistance.

J'eus de la chance car, sans connaître la technique de ce confrère, sa méthode fut parfaitement adaptée à la patiente. Le succès ne se fit pas attendre. Le régime plus le sport recommencé, elle perdit 20 kg en quelques mois.

Même si sur le plan affectif la situation restait inchangée, Madeleine put faire pendant les vacances de Pâques puis d'été qui suivirent la fin de la première année de cure des voyages dans d'autres continents qu'elle voulait depuis longtemps entreprendre.

Une avancée dans l'analyse, par la perception de fantasmes en partie sous-jacents à cette boulimie, se produisit alors au milieu de la deuxième année. Cela vint après une période de vacances pour elle et où, revenue, elle feignit d'aborder la question du paiement des séances dues. Comme elle avait pour habitude de payer toutes ses séances en fin de semaine, j'observais donc que cette fin de semaine-là, seul apparaissait le paiement des 3 séances de la semaine et non les 2 manquantes de la semaine précédente.

La semaine suivante, il fut question d'un rêve assez long où était question d'éléments touchant à sa chambre d'enfant (avec sa sœur, puis son ancienne psychiatre), son adolescence, puis d'autres liés à une longue marche dans la ville. Cette marche était

suivie d'une visite dans un souterrain où elle ne rendait pas la monnaie à un monsieur qui ne faisait pas attention à elle. Je la laissais aller à ses associations qui, *in fine*, nous amenaient à cet homme du souterrain dont elle ne comprenait pas la présence.

J'interprétais alors que le fait de n'avoir pas payé ses séances manquantes à un homme qui vivait dans une espèce de souterrain, et dont elle pensait qu'il ne faisait pas attention à elle, renvoyait à moi-même, voire à son père.

Aussitôt ses résistances caractérielles [37], tout aussi apparentes que dans la manifestation pour elle de ne pas payer ses séances manquantes, s'exprimèrent violemment: « *Comment cela ? Vous « plaquez » toujours les choses en les ramenant à ce qui se passe ici, dans la cure, alors que, le rêve parle d'autre chose, d'autres époques de ma vie comme par exemple la chambre d'enfant ! Vous alors !!* ». La séance se termine sans qu'elle fasse écho à l'autre chose dite à savoir celle sur son propre père.

La séance suivante elle revint avec un rêve qui, visiblement, signalait une sorte de « naissance anale » : elle était dans un cercueil dans l'eau et ce cercueil, après pas mal de péripéties sur lesquelles je passe, était projeté sur un mur dans lequel un petit trou faisait office de sortie dans lequel il devait passer. La séance encore suivante, il y eut un autre rêve similaire : dans un avion « *ayant une forme de suppositoire comme le cercueil précédent* », dit-elle, elle devait franchir, après là encore beaucoup de péripéties, une montagne qu'elle réussissait, croyait-elle, à dépasser.

Enfin c'est après ces trois séances qu'apparut un affect dépressif, m'avouant qu'elle vivait maintenant très difficilement sa solitude

affective. C'est à ce moment là qu'elle me dit pour la première fois combien sa frustration sexuelle lui semblait insupportable et qu'elle me fit part de fantasmes apparaissant le plus souvent au moment du cycle où elle ovule: des fantasmes de punition, d'humiliation:

« On me frappe, non pour me faire mal mais pour me faire la morale car je suis une enfant qui a désobéi, j'ai fait quelque chose de mal. Je ne vois pas la tête de l'homme qui me fait ça mais il me gronde sévèrement et surtout il cherche à m'humilier ce que paradoxalement je cherche ! C'est un comble, moi si volontaire et caractérielle d'après ma famille, là, je suis toujours docile, consentante, soumise -le contraire de ce que je suis !- et j'aime ça au point, à chaque fois, d'y trouver de la volupté. Que cet homme nie mon corps, nie ce que je suis, cela me fait jouir... ». « Je crois que je me permets aujourd'hui de vous parler de cela car dans la séance du rêve où le monsieur à qui je devais de l'argent c'était vous, vous avez employé le mot « punition ». Ce mot a « décoincé » quelque chose ». Vous savez chez mes parents, jamais on ne m'a puni. C'était contraire à leur éducation. J'ai découvert la punition dans le métier en rapport avec la justice qu'est le mien même si, visiblement, la punition s'est toujours exercée dans mes fantasmes les plus secrets comme seule manière pour moi honteusement de jouir. »...

Après un silence elle ajoute : *« et même si je me sens honteuse de vous raconter cela, disons que je m'en sens maintenant moins coupable même si je ne comprends pas de où cela vient comme pour la boulimie : je fais ça pour me le reprocher après, c'est presque aussi fort et c'est toujours le corps qui prend. Peut-être que tout ça a un lien ? ».*

De la honte à la culpabilité

Il est ainsi intéressant de terminer sur la question du symptôme boulimique dans ses liens d'entrelacs avec la honte et culpabilité. Comme le remarque Freud dans « Le créateur littéraire et la fantaisie » (1908) [38], « *L'adulte a honte de ses fantaisies et les dissimule aux autres. Il les cultive comme sa vie intime et personnelle. En règle générale, il préférerait confesser ses manquements plutôt que de communiquer ses fantaisies* » (p. 36).

Aussi, communiquer l'ombre de la honte qu'entourent certaines fantaisies dans le cadre « bienveillant » de l'analyse, a été pour moi un signe de d'acceptation pour elle d'une forme de culpabilité - ravivée par la question du paiement des séances-, acceptation qui, du coup, devint un témoin du changement économique, topique et dynamique psychique en cours. N'oublions pas ici que ce fut le mot « punition » qui servit de déclic à notre patiente après un rêve où il était question d'un monsieur ne faisant pas attention à elle.

Ces fantasmes sadomasochiques s'inscrivaient bien entendu dans un transfert paternel vérifiant en quelque sorte l'analyse freudienne du fantasme auto-érotique « Un enfant est battu » [39]. Sans doute ce fantasme honteux, intime et secret, de pratiques sado-masochiques était, sous couvert d'un clivage, une réélaboration sexualisée de traumatismes narcissiques infantiles précoces (« mère froide ») visant à reconstruire un objet primaire perdu.

Il n'empêche que la honte semblait changer de statut et aller vers la voie d'une culpabilité « bien tempérée » (pour reprendre la

formule de Donnet, du divan « bien tempéré » [40]). Car si, à l'adolescence, les investissements narcissiques et objectaux connaissent des mouvements d'oscillations particulièrement intenses produisant alors des « collapses entre la honte et la culpabilité » (C. Chabert [41]), la cure commençait ici à « déplacer les lignes » de fixations. Se manifestait là une forme « dé-collaps » entre honte et culpabilité, contemporaine d'une décondensation entre sexuel et excrémental qui témoignait chez elle, à mon sens, d'une opérativité plus grande de l'analité et donc du dedans/dehors.

Enfin, cela renvoyait, au niveau topique, à l'existence d'une migration positive d'un Idéal du Moi se détachant de son Moi Idéal infantile -tellement impliqué dans la honte ! - pour aller vers un Surmoi plus œdipianisé.

Dans « l'acte » de parole psychanalytique, Madeleine, même « passivement » allongée, passait, du fait de cet acte, de la passivation contemporaine de la honte dans laquelle cet affect l'avait submergée et qu'elle avait jusque-là gardé secrète, à celle d'une reprise subjective, « actée » par la parole, de ce qui l'avait déssubjectivée et néantisée : la honte.

Honte, aux yeux de l'autre, de n'être que ce qu'il était, honte de ne pas être à la hauteur de ses valeurs et de son Moi idéal tyrannique, honte de se découvrir petite alors qu'elle s'était crue grande, faillible alors qu'elle pensait contrôler les choses.

Cette honte n'était sans doute que le signe de la resexualisation anale *après-coup* d'un affect contemporain de la défaite et la petitesse de soi devant le pouvoir et l'emprise du regard de l'autre : autre maternel dans les temps infantiles de la

dépendance, autre maternelle découverte avec son amant et qui lui avait interdit de parler, autre maternel que j'avais représenté depuis le début, mais plus seulement. Cette exposition anale passive de la honte à me livrer ses fantasmes suivait en effet, souvenons-nous, chez Madeleine un mouvement où s'annonçait un mouvement dépressif qui était mêlé de culpabilité.

Si « *la honte est toujours une déclaration de soumission au jugement prêté à autrui* » (J.C. Lavie [42]), la honte de me dire cela, du fait même de mon absence de jugement, rendait cette honte « décollable » de l'ombre du Moi-Idéal pris dans un transfert et une dépendance jusque là bien maternels.

Mon absence de jugement témoignait, à l'instar du père dans la dyade mère-enfant, de mon statut d'objet « tiers » et « à bonne distance » certes, investi pulsionnellement mais à visée antisexuelle (Cf. Green, 2003 [43]) , visée antisexuelle ne voulant pas dire anti-pulsionnel, à preuve le fantasme sadomasochiste transférentielle, mais aussi le fait que la libido narcissique elle-même, est, rappelons-le, pulsionnalisée.

C'est cet « espace tiers », voire « transitionnel », qui permit progressivement cette décondensation entre honte et culpabilité. Le trajet est celui qui allait du regard courroucé de la mère (et la « mère-analyste » pour elle) dont elle redoutait l'abandon d'amour (comblé par la boulimie et répété avec la psychiatre) à celui de la voix d'un père suffisamment subjectivante pour que se tissent les éléments érotiques permettant le déploiement du fantasme liant durablement l'amour et l'interdit œdipien : celui, masochique, d'un enfant est battu.

Nous passions d'une « honte primaire » selon C. Janin [44], honte

consubstantielle à l'être, à sa prématurité, une honte « ontologique » (« hontologie» du petit d'Homme : cf. Adam et Eve ?), exposition d'un défaut inscrit comme une marque indélébile tenant lieu de secret intime et de délimitation entre dedans/dehors (honte contenant [45]), honte d'un « état », après-coup « secondarisée » dans son lien à une féminité vécue comme manque et reliée à la faute maternelle, à une honte « après-coup » liée à une culpabilité. Cette honte « secondarisée » renvoyait à un « acte », certes fantasmé, mais qui signait une dynamique pulsionnelle sexuelle où l'objet, moins lié à la peur de l'abandon et l'anonymat, réanimait, par le jeu sado-masochiste d'un transfert aux accents un peu plus paternels, la sexualité génitale.

Voilà qui commençait à orienter l'analyse de Madeleine sur un « vertex » moins archaïque.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 3 mars 2011

Notes et références

1. Vindreau C. (1991), « La boulimie dans la clinique psychiatrique », in *La boulimie*, Monographie de la Revue française de psychanalyse, Paris, PUF, pp. 63-79.
2. M'Uzan M. de (1984), « Les esclaves de la quantité », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, Gallimard : 129-138.
3. Marty P. (1976), *Les mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot ; (1980), *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot.
4. Célerier M.-C. (1977), « La boulimie compulsive », in *Trajets analytiques*, *Topique*, 18, ed. EPI, 95-115

5. Couvreur C. (1991) « Sources historiques et perspectives contemporaines », in *La boulimie*, Monographie de la Revue française de Psychanalyse, Paris, PUF, pp. 13-46
6. Brusset B. (1991), « Psychopathologie et métapsychologie de l'addiction boulimique », in *La boulimie*, Paris, PUF, Monographies de la Revue française de Psychanalyse, Paris, PUF, p. 105-132
7. Corcos M. (2000), *Le corps absent, approche psychosomatique des TCA*, Paris, Dunod. ; (2005), *Le corps insoumis*, Paris, Dunod.
8. Combe C. (2004), *Comprendre et soigner la boulimie*, Paris, Dunod
9. Pirlot G. (2010), *Psychanalyse des addictions*, Paris, Dunod, 3^{ème} édition, 2019.
10. Freud S. (1895), « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse » », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 15-39.
11. Brusset B. (1991) op. cité.
12. Jeammet P. (1991), « Dysrégulation narcissiques et objectales dans la boulimie », *La boulimie*, idem, pp. 81-104 (p. 86).
13. Green A. (1980), « La mère morte », *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, op. cité, 1983, pp. 222-253 (dédié à C. Parat).
14. Zuckerman M. (1971), « Dimension of sensation-seeking », *J.C. Clin. Psychol*, 36, (1), : 45-52.
15. Fédida P. (1977), « L'obésité : le corps et ses remodellements tectoniques au cours de la cure psychanalytique », in *Corps du vide et espace de la séance*, Paris, Ed. JP Delarge, pp. 291-306.
16. Brusset B. (2008), *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, Dunod (p. 80).
17. Gutton P. (1984), « Pratique de l'incorporation », *Adolescence*, 2, (2) : 315-338.
18. Kestemberg J., Kestemberg E., Decobert S. (1972), *La faim et son corps*, Paris, PUF; Kestemberg E. (1978), « La relation fétichique à l'objet », *Revue franc. de Psychanalyse*, 37, (2) : 195-214.
19. Braunschweig D. & Fain M. (1975), *La nuit, le jour. Essai psychanalytique sur*

le fonctionnement mental, Paris, PUF.

20. Khan M. (1979), *Figures de la perversion*, Paris, Gallimard.
21. Cela évoque la conception de Modell, en 1963, qui proposa pour les états-limite la métaphore du « porc-épic » pour caractériser un mode de relation anaclitique coexistant avec une « angoisse du rapproché ».
22. Green A. (1993), « L'analité primaire. Relations avec l'organisation obsessionnelle », in *La pensée clinique*, Paris, O. Jacob, 2002, pp. 111-147 (p. 144).
23. Décivant chez ces patients une « bitriangulation » (ceci posant le problème de la constitution de l'espace psychique [cf. infra]) Donnet et Green précisèrent : « Les relations ne sont pas duelles, mais triangulaires, c'est-à-dire que le père et la mère sont représentés dans leur structuration œdipienne. Mais ces deux objets ne sont distingués ni par leur sexe, ni par leurs fonctions [...], l'absence ne peut se constituer, elle reste non symbolisable », Donnet J.L. & Green A. (1973), *L'enfant de ça*, Paris, Ed. Minuit, p. 264.
24. Green A. (1969), « Le narcissisme moral » (conférence à la SPP du 18 avril 1967), *Revue française de Psychanalyse*, Tome XXXIII, n°3, pp. 341-371.
25. Ferenczi S. (1933), « Confusion des langues entre les adultes et l'enfant, le langage de la passion et de la tendresse », *Psychanalyse 4, Œuvres Complètes 1927-1933*, Payot, 1982, pp. 125-135.
26. Freud S. (1908), « Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité », *Névrose, Psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 149-155.
27. Bayle G. (1996), Rapport du 56^{ième} Congrès des psychanalystes de langues romanes : « Les clivages », *Revue française de Psychanalyse*, 60, n° spécial Congrès, pp. 1303-1547.
28. P. Mérot avance que la honte est « l'ombre de l'abjecte qui tombe sur le Moi » ; cf. Mérot P. (2003), « La honte : « si un autre venait à l'apprendre », *Revue française de Psychanalyse*, LXVII, 5, 1742-1756 pp. (p. 1747).
29. Freud S. (1912), « « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse », in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1982, pp. 55-66. D'ailleurs, Freud,

dans ce texte, évoque une addiction proche de la boulimie, l'alcoolisme, pour illustrer cette « faim d'excitation » (p. 64), fréquente dans la vie amoureuse mais qui sait, dans l'addiction, se reporter, du fait de refoulement porté sur des objets barrés par l'interdit sexuel, sur des objets telle que la boisson.

30. Tomassini, M., (1992) « Désidentification primaire, angoisse de séparation et formation de la structure perverse », *Rev. franç. Psychanalyse*, 61, 1541-1614.
31. Barande, I., Barande, R. (1987), *De la perversion*, Lyon, Ed. Clé.
32. Chasseguet-Smirgel, J., (1984), *Éthique et esthétique de la perversion*, Paris, Champ Vallon.
33. Mc Dougall, J., (1980), *Essai sur la perversion*, In : *Les perversions*, Paris, Tchou.
34. Smadja C., « Les procédés autocalmants ou le destin inachevé du sadomasochisme », *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF., n°8, 1995, pp. 57-89. Szwec G. (1993), « Les procédés autocalmants », *Revue française de psychosomatique*, Paris, PUF., p. 27-51.
35. Freud S. (1914), « Remémoration, répétition et élaboration », *La technique psychanalytique*, Paris, P. U.F. 1953, 105-115.
36. Brusset B. (1991), « Conclusions thérapeutiques », in : *La boulimie*, op. cité, pp. 133-142 (p. 137).
37. « *Ce qui semble commun à toutes les résistances caractérielles c'est qu'elles surviennent comme une tentative de se dérober à la règle fondamentale* » F. Villa, (2009) *La notion de caractère chez Freud*, Paris, PUF (p. 64).
38. Freud S. (1908), Le créateur littéraire et la fantaisie, in : *L'inquiétante étrangeté et autres textes*, Paris, Gallimard.
39. Freud S. : (1919) : « Un enfant est battu », *Névrose, psychose et perversion*, PUF, 1978, pp. 219-244.
40. Donnet J.L. (1995), *Le divan bien tempéré*, Paris, PUF, « Le fil rouge ».
41. Chabert C. (1993), « Entre honte et culpabilité, l'hystérie à l'adolescence », *Adolescence*, XI, n°1.
42. Lavie J.C. (2002), « La honte m'habite ! », *L'amour est un crime parfait*, Paris, Gallimard, pp. 65-73.

43. Green A. (2003), « Enigme de la culpabilité, mystère de la honte », *Revue française de psychanalyse*, p. 1639-1653 (p. 1652).
 44. Janin C. (2003), « Pour une théorie psychanalytique de la honte », *Revue française de psychanalyse*, LXVII, n° 5, 1657-1742 et (2007), *La honte, ses figures et ses destins*, Paris, PUF « Le fil rouge ».
 45. La honte est en effet une valeur que l'on apprend tôt dans l'éducation et protège du rejet de l'autre maternel, du groupe : en ce sens elle peut être appelée « honte-signal » selon la dénomination de C. Janin.
-

Corps érotique, corps souffrant dans l'hystérie

Auteur(s) : Christian Seulin

Mots clés : action - affect (et conversion hystérique) - aphonie - complaisance somatique - conversion - corps (érotique) - hystérie - innervation - régression somatopsychique - sexualité (troubles) - souffrance (du corps)

Racine de la vie mentale, le corps en est aussi l'un des modes privilégiés d'expression. Il n'y a pour ainsi dire aucun trouble psychopathologique qui ne mette en jeu le corps. Posture, gestuelle, mimique, parole et comportement sont sollicités différemment selon les conjonctures cliniques. Certes, la dramatisation, la séduction, l'hypersensibilité et l'exubérance affective sont des traits de la personnalité et du comportement hystérique mais ce dont je voudrais traiter aujourd'hui concerne

les symptômes physiques de l'hystérie. L'hystérie se distingue en ceci que le corps y est souvent l'espace privilégié de mise en scène des conflits sexuels inconscients et du retour du refoulé. Le corps chez l'hystérique donne à voir et à comprendre ce que tait la parole et ce qui se soustrait à la conscience. L'usage du corps que fait l'hystérique s'étend de façon assez vaste. Si la conversion, depuis Freud, spécifie les manifestations corporelles de l'hystérie, certains symptômes corporels se situent en deçà, du côté de l'aversion, du rejet essentiellement sexuel, d'autres au-delà car ils s'apparentent à des troubles neuro-végétatifs à proximité de perturbations somatiques.

L'hystérie de conversion n'a pas disparu mais emprunte des formes en rapport avec la culture dans laquelle vit le sujet. C'est aussi l'influence des modes, des valeurs et des idéologies dominantes dans une société qui détermine les lieux où la demande et l'expression des manifestations conversives vont se révéler.

Dans notre monde occidental actuel, les manifestations bruyantes décrites jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle sont moins fréquentes même si nombre de patients cherchent auprès de divers médecins, en particulier des neurologues et des services de médecine interne un soulagement de leurs troubles conversifs. Les grandes attaques d'hystérie observées à la Salpêtrière au temps de Charcot ne se voient plus. Les paralysies motrices, l'astasié-abasie, les rétrécissements du champ visuel mènent rarement chez l'analyste.

L'hystérie de conversion est langage du corps où, comme l'écrit Augustin Jeanneau l'affect se fait action dans l'innervation. L'hystérique dans la conversion donne à voir et montre

plastiquement sa jouissance comme sa souffrance. Cette souffrance pose le problème du plaisir de la souffrance proprement masochiste dans certains cas. Ailleurs, elle serait plutôt liée à l'ignorance et au rejet violent du désir inconscient issu de la sexualité infantile. Enfin, il faut mentionner ici qu'une douleur dépressive est fréquemment sous-jacente.

* * *

Freud en décrivant et en nommant la conversion hystérique, a participé au travail considérable de délimitation entre les troubles organiques et les manifestations de l'hystérie qui fut effectué à la fin du XIXème siècle.

Le mot de conversion qu'il a introduit, signifie qu'en lieu et place d'affects pénibles, car se rattachant à des représentations de nature sexuelle inconciliables avec le moi du sujet, se développe un phénomène d'innervation moteur, sensoriel ou sensitif dans le corps. Il s'agit du corps et non du soma car la fonction atteinte n'obéit pas aux lois anatomiques et qu'elle est choisie en raison de sa signification, reliée associativement au conflit. C'est sur un aspect de la représentation inconciliable que va se condenser l'investissement. La part de la représentation, objet de la condensation, est choisie du fait de sa correspondance associative et signifiante avec la région du corps ou la fonction corporelle susceptible de la représenter. Cette association peut reposer sur un souvenir inconscient, sur une correspondance temporelle entre divers événements, sur une relation de contiguïté ou encore sur une signification symbolique collective.

Classiquement, le conflit se situe entre une tendance sexuelle refoulée et son interdit, la fonction atteinte exprimant de façon

condensée le désir et son interdit.

Freud a complété sa description en invoquant une nécessaire et mystérieuse complaisance somatique (je mentionne ici que les nouvelles traductions donnent le terme de « prévenance somatique »), permettant de rendre compte de l'aptitude d'un organe ou d'une région du corps à modifier son innervation pour devenir le siège de la conversion. Il s'agissait dans son esprit d'une modification fonctionnelle sans lésion organique, mais il a avancé l'idée, parmi un certain nombre de possibilités, de modifications constitutionnelles ou consécutives à une maladie organique. Sandor Ferenczi, de son côté, a évoqué une régression somato-psychique à une unité première, permettant des modifications physiologiques du corps propre, ce qu'il a appelé l'autoplastie. Bien plus tard, Ronald D. Fairbairn a émis l'hypothèse de frayages fonctionnels en rapport avec le mode et la nature des premiers soins corporels donnés par la mère au nourrisson. Cette hypothèse s'accorde bien avec ce que la clinique des conversions nous montre souvent, à savoir une atteinte de fonctions corporelles qui auraient nécessairement dû être précocement l'objet d'une attention maternelle.

L'existence de la complaisance somatique permet le déplacement du conflit psychique dans le corps et un même symptôme, du fait du nombre limité de régions corporelles complaisantes, pourra exprimer différents conflits en même temps, c'est la surdétermination, ou exprimer successivement dans le temps des conflits distincts, comme Freud l'a montré dans le cas de Dora.

Après ce bref examen des conditions somatiques permettant ou facilitant le phénomène de conversion, il convient de se pencher sur les conditions psychiques nécessaires à son effectuation. Le

conflit en jeu implique une tendance sexuelle inscrite dans la problématique œdipienne, refoulée car inconciliable avec le moi du sujet. C'est bien son rejet dans l'inconscient qui permet à l'affect de se libérer pour être innervé et à la représentation d'être soumise aux processus primaires de l'inconscient. Les caractéristiques des processus primaires, circulation énergétique libre, déplacement, condensation, figurabilité, coexistence des contraires, intemporalité, facilitent l'association de cette représentation avec d'autres représentations, en particulier celles de la zone ou fonction corporelle complaisante. Représentations de choses et représentations de mots traitées en processus primaire pourront s'associer parfois par un seul trait commun, rapprochement formel, assonance, proximité dans une trace mnésique qui réunit le corps, l'objet et la représentation sexuelle, communauté de désir avec un autre sujet, recours à la symbolique collective. Grâce à ce fonctionnement inconscient dynamique, la pensée, le langage comme les souvenirs peuvent se traduire en langage du corps et ce dernier pourra exprimer au travers d'un même symptôme des tendances diverses voire opposées. Un même symptôme par exemple viendra signer l'identification partielle et ponctuelle à un rival ou bien au contraire à l'objet d'amour. Ailleurs, ce sera l'identification par communauté de désir à une personne étrangère ou à un groupe humain. Dans ces derniers cas, on peut songer aux épidémies d'hystérie des siècles passés, qu'il s'agisse de « choréiques » ou de « possédés ».

Ainsi, pour que se réalise une conversion hystérique doivent être réunis :

- le facteur de complaisance somatique ou de prévenance somatique

- la modification de l'innervation traduisant la conversion de l'affect
- La valeur de représentance du symptôme derrière lequel se cachent les représentations inconscientes de désir œdipien et l'interdit.

Le résultat de la conversion est l'atteinte d'une fonction qui, de façon habituelle, n'intervient que de façon marginale ou pas du tout dans la sexualité adulte, alors qu'elle peut tenir une place de premier plan dans la sexualité infantile prégénitale. Ainsi en est-il par exemple de l'appareil oro-digestif, de la vision et de l'audition, de l'appareil loco-moteur. Cette fonction, normalement au service des intérêts du moi dans son rapport à la réalité (l'auto-conservation) se trouve détournée de ses buts, sexualisée. Elle devient l'enjeu déplacé du conflit sexuel où se condense son champ d'expression.

En clinique, ce modèle théorique de la conversion hystérique est souvent très incomplètement retrouvé.

D'une part, il est nécessaire de prendre en compte l'hétérogénéité du fonctionnement mental des patients, la coexistence de mécanismes de défense névrotiques, au premier chef le refoulement, avec d'autres mécanismes plus drastiques tels que le déni et le clivage.

D'autre part, l'évolution des connaissances psychanalytiques nous a permis de mieux appréhender les soubassements du complexe d'Œdipe et le rôle pathogène des perturbations dans les premières relations comme dans l'organisation du narcissisme. La dimension dépressive de la symptomatologie mérite donc d'être prise en compte, incluse ou exclue de l'hystérie selon les auteurs.

Pour ce qui concerne la conversion proprement dite, la clinique nous offre des manifestations que nous pourrions situer sur un gradient selon le degré de mentalisation des conflits. Cela apparaissait déjà en filigrane dans les observations de Freud dans *Les études sur l'hystérie* où d'un côté la souffrance diffuse, plastique, expressive et érotique de certaines hystériques semblait correspondre à une problématique inconsciente mentalisée plus riche que certains troubles et douleurs plus circonscrits, certes symboliques mais à rapprocher des troubles fonctionnels voire somatiques.

Je vais vous proposer plusieurs vignettes cliniques brèves qui, je l'espère, illustreront le gradient des manifestations corporelles hystériques (depuis l'aversion sexuelle jusqu'aux troubles fonctionnels proches des somatisations) et le mixte d'hystérie et de dépression bien souvent rencontré.

* * *

Une jeune femme, mariée depuis quelques années, consulte pour un « blocage sexuel » avec son mari. Elle ne peut supporter qu'il la touche entre le ventre et les cuisses, dans une région qu'elle montre sans pouvoir la nommer. Les rapports sexuels, quand ils ont lieu, c'est-à-dire très rarement, sont douloureux et source de dégoût. L'hypersensibilité douloureuse du vagin et l'inversion de l'affect viennent signer une symptomatologie hystérique. Le motif de la consultation est la conscience de quelque chose d'anormal par rapport aux valeurs sociales mais c'est aussi sous la pression de son mari qu'elle consulte. Ce dernier vit en effet très mal cette situation. Elle, « elle n'y peut rien » et si le symptôme par son retentissement la gêne, elle n'éprouve aucun conflit, aucune angoisse et vit ses difficultés comme extérieures à elle. « Je

voudrais bien mais c'est impossible ». Se glisse là une sorte de « belle indifférence » où, si ce n'était le symptôme, le trouble de la sensibilité et les affects pénibles de dégoût, tout irait bien. Cet aspect du symptôme tendrait à le rapprocher d'une conversion.

Les mots même de la sexualité sont difficilement prononçables et lorsque, après un effort et un certain nombre de séances, elle peut les dire, se peint sur son visage une expression mêlant jouissance et horreur. C'est comme si elle était salie par les mots sexuels eux-mêmes. Le travail de thérapie mettra à jour l'existence de jeux sexuels de l'enfance et son attrait pour le pénis qu'elle répugne à évoquer. Elle évoque le souvenir de sa curiosité sexuelle dans l'enfance, mais apparaîtra aussi une constellation familiale extrêmement difficile et douloureuse. Une fixation incestueuse à un père malade et tyran domine, alors même que la mère peu protectrice et fragile l'a placée en position de principale interlocutrice et partenaire de celui-ci.

Un jour, en séance, comme si de rien n'était et surtout comme s'il n'y avait aucun lien avec son symptôme, elle rapporte un phénomène habituel chez elle. Elle est très myope et porte des lunettes. Dans sa maison, sur une petite table, il y a, encadrée, une photographie de son mariage sur laquelle elle est au bras de son mari. Elle raconte alors que lorsqu'elle enlève ses lunettes, elle « voit » son père avec elle sur la photo. Elle est gênée de cela et s'en offusque même, ça la dégoûte. Des raisons qui semblent indépendantes de sa volonté et surtout liées aux troubles psychiques de son père avec qui elle avait une relation passionnelle jusqu'à ses 17 ou 18 ans, ont conduit à une rupture avec lui au moment de son mariage. Il n'y est pas venu et depuis lors, il n'existe plus de contact entre eux. Le symptôme de

dyspareunie et le dégoût sexuel, qui affleuraient avant, se sont brutalement manifestés avec le mariage. Le désir inconscient de relations sexuelles avec le père, refoulé de longue date et combattu, d'autant plus fortement que les liens se sont douloureusement brisés, s'exprime avec son interdit dans la perturbation de la fonction sexuelle. L'association inconsciente du père et du mari scelle le symptôme. La patiente manifeste aussi par son symptôme la perte d'amour qu'elle a subi. Le refoulement apparaît très réussi au sens où il n'y a aucune trace de conflit psychique ni d'angoisse. Le travail analytique mettra en lumière l'importance des fixations orales, le souvenir de fantaisies de l'enfance où transparait le sens d'un désir oral pour le pénis du père, ce qui n'est pas sans lien avec une quête du sein et la carence dans les soins maternels précoces que l'investissement précoce et massif du père avait tenté de pallier.

Le symptôme en lui-même condense le refus inconscient de la sexualité (Freud avait parlé chez l'hystérique du refoulement du surmoi), l'expression négativée du désir sous forme de dégoût, mais aussi la trace du désir du désir de l'autre car le père à travers ce qu'elle en dit, véhiculait une horreur du féminin et leur relation avait longtemps été dominée par un climat sado-masochiste où s'érotisait le refus, l'opposition, le « non ».

On imagine comment dans le transfert se sont à la fois déployés, la quête maternelle et homosexuelle comme le transfert paternel avec la recherche de l'instauration d'une relation de refus, négative mais aussi la résistance profonde à la mise à jour coupable des désirs sexuels.

Dans ce cas d'hystérie assez pure, la problématique œdipienne avec fixation génitale et orale comme aux objets incestueux était

au premier plan, le symptôme incarnant les fantasmes sexuels inconscients refoulés et le rejet de la sexualité. Les séances ont permis de lever l'amnésie infantile comme de dévoiler la sexualité infantile, mais comme souvent, lorsqu'un symptôme est installé depuis un certain temps, elles eurent une action lente et partielle sur lui, d'autant que la dimension masochiste des troubles tenait une place importante.

Ici, le facteur de complaisance somatique est en rapport avec l'érogénéité de la zone génitale dont la sensibilité est modifiée. Mais elle s'étend, comme par diffusion, bien au-delà.

* * *

Dans d'autres cas, une réelle atteinte organique fait le lit de la complaisance somatique. Un autre exemple va vous montrer l'association par concomitance d'une atteinte somatique et du conflit psychique, à l'origine d'une conversion douloureuse et motrice. Ce cas, comme bien d'autres, soulève aussi la question du mixte d'hystérie et de dépression. Ici, la conversion peut être envisagée sous deux perspectives combinées : celle de l'expression d'un conflit sexuel, celle de l'expression de la perte d'amour mais aussi de la perte d'un objet narcissique, incorporé et comme figuré dans le symptôme corporel, une mélancolie limitée dans le moi corporel en quelque sorte.

Une femme, sans doute selon ses dires, très belle dans sa jeunesse, a mené une vie insouciant marquée par de nombreuses histoires sentimentales, dans une sorte de tourbillon séducteur l'empêchant d'éprouver pleinement l'effet d'évènements et de situations traumatiques graves. Épisodiquement, elle a présenté des symptômes à type de lipothymies, de malaises divers dont la

durée était brève et qui surgissaient lors de vécus d'impasses affectives dans ses relations amoureuses. Elle n'est pas parvenue à construire de relation stable et se présente dans une dramatisation hystérique de conte de fées tragique comme ayant atteint la maturité, perdu sa beauté, condamnée à rester seule et sans enfants. Des symptômes somatiques, en rapport avec une arthrose cervicale apparaissent. Lors du mariage de son frère aîné auquel elle assiste, elle ressent de plus vives douleurs et ne peut plus porter sa tête. C'est là que débute une symptomatologie convertive étayée sur l'arthrose. Elle souffre, n'a plus de force dans le cou, ce qui l'invalide, la conduit à interrompre son travail et à consulter en vain de nombreux médecins.

Un travail de thérapie fera très lentement disparaître la conversion, en même temps que sera mise à jour, derrière une défense par un transfert amoureux, une fixation amoureuse à son frère, plus âgé qu'elle, qu'elle a toujours admiré et qui se révélera être l'objet de rêves érotiques nocturnes, sources d'un certain embarras. Le contenu de ses rêves permettait de se représenter la sexualité infantile de la patiente et se rattachait également à des traces de souvenirs.

Mais cette fixation incestueuse la protégeait surtout d'un vécu de dépression intense en rapport avec des séparations précoces d'avec ses parents, en particulier un vécu d'abandon par une mère narcissique et rejetante. Le frère plus âgé, substitut du père dans une configuration familiale singulière, l'avait beaucoup étayée lorsqu'elle était enfant. Mais ce garçon, enfant préféré de la mère, avait été le support déplacé d'une quête d'amour maternel. La fragilité de l'assise identitaire de la patiente ne lui permettait pas d'affronter une rivalité avec son frère, et elle en avait fait, comme

sa mère avant elle, son objet d'élection, s'identifiant ainsi au désir de sa mère, son véritable objet.

Le symptôme conjugait en les condensant les dimensions hystérique et dépressive. La douleur et le fait de ne plus pouvoir porter sa tête exprimaient la dépression et la menace d'effondrement par perte d'objet. Mais cette faiblesse musculaire dans le cou la « décapitait » en quelque sorte, signant le vécu de castration, indiquant le plaisir et le désir phallique de la sexualité infantile et son interdit, comme la perte d'amour.

* * *

J'ai remarqué que dans plusieurs cas d'aphonie hystérique chez des femmes, la perte de la voix correspondait à une blessure objectale et narcissique condensée avec la dévalorisation du féminin, interprété en termes de châtré dans l'opposition inconsciente phallique - châtré de la sexualité infantile. Ces femmes avaient été blessées par une trahison conjugale, ne se sentaient plus aimées. Elles avaient brutalement perdu l'usage de leur voix. L'humeur était dépressive, et ce qu'elles exprimaient par le corps reflétait des pensées négatives sur elles-mêmes. « Je ne peux être entendue, faire valoir mes droits, j'ai perdu ma fonction, ma place ». A la blessure narcissique s'ajoutait le refus du féminin et la demande d'amour par l'exhibition d'une castration déplacée vers le haut, ce déplacement étant favorisé par d'importantes fixations orales. L'aphonie avait également été choisie comme symptôme car la voix, dans l'histoire relationnelle de ces patientes, tenait une place particulière. Ainsi pour l'une d'elles, la rivale à laquelle son mari s'était attaché chantait dans une chorale. L'aphonie, jamais complète, s'exprimait par une voix dont l'intensité et le timbre fluctuaient, tantôt comparable à un

soupir douloureux, tantôt à un chuchotement confidentiel porteur de secrets inavouables. Chez l'une des patientes qui avait de fortes fixations homosexuelles, l'aphonie s'associait à d'autres symptômes, réalisant un tableau de conversion complexe. Je mentionne que tous les bilans somatiques avaient été négatifs. Cette femme, encore jeune, souffrait d'une dyspnée. Elle bloquait sa respiration, le tableau imitant un trouble asthmatiforme. Il apparut que cet aspect du symptôme correspondait à une identification à une parente asthmatique, le motif en était une communauté de désirs inconscients avec cette parente. Mais il y avait aussi un autre symptôme, une toux survenant par quintes. Ce symptôme manifestait quant à lui une identification à son grand-père maternel auquel elle avait été très attachée lorsqu'elle était enfant. Ce dernier souffrait d'une affection respiratoire chronique responsable d'une toux semblable à celle de la patiente. Dans ce cas, se trouvait illustrée la nature bisexuelle des identifications hystériques, en même temps que le relais de l'investissement érotique par une identification.

Je vais vous rapporter une séance avec cette femme dans le courant de sa deuxième année d'analyse qui illustre l'aptitude à la conversion comme l'envie du pénis et la dévalorisation du féminin dans l'opposition infantile phallique châtré. La cure avait fait en grande partie rétrocéder le symptôme d'aphonie même si la toux et la dyspnée persistaient.

La patiente débute la séance par la narration d'un rêve où elle fait intrusion chez un de ses collègues, ce qui, par le détour associatif d'une erreur concernant une invitation qu'elle avait cru à tort qu'on lui avait faite, la conduit à l'idée de s'être sentie déplacée. Elle associe alors, à partir d'un intérêt commun avec le

protagoniste de l'invitation, sur les peintures pariétales de la préhistoire dont elle a vu des reproductions dans un musée. Elle pense alors à une peinture réalisée par son père sur la porte de la chambre des parents dans leur maison de campagne quand elle était enfant. Sur la peinture, il y avait représenté un troupeau de taureaux au-dessus de quelques personnages. Elle pense à la porte de la chambre des parents et au monde imaginaire de son père. Je lui dis « accéder aux objets du père ? » Après un silence, la patiente dit que le mot objet la fait penser au corps et au sexe de son père, à son intimité, puis très vite, elle me dit qu'elle ressent des « vibrations » dans les mains et dans les jambes, très fortes tout à coup. Elle se demande ce qui se passe. Je lui dis « des manifestations de pensées inconscientes ? » Elle se dit que oui, c'est des « raideurs », une « contraction » dans les mains. Ces mots mêmes lui paraissent ambigus et elle pense à son désir d'avoir un sexe d'homme, son regret de n'être pas un homme. Non en fait elle voudrait les deux, homme et femme. Souvent elle s'habille de façon masculine. Puis elle revient aux objets du père, pense à un placard où il gardait ses objets. Je dis « les mains pour attraper les objets » Oui, elle pense à son ours quand elle était enfant et dit « il me manquait un bras à mon ours ». C'était « une perte irrémédiable, mais c'était comme ça ».

Cette séance, outre la thématique phallique avec la théorie sexuelle infantile de la castration, met aussi en lumière, à travers le symptôme conversif de raideur des mains, l'activation des traces mnésiques inconscientes de la masturbation infantile et de la culpabilité en rapport avec des fantasmes concernant le père.

* * *

La frontière entre conversion hystérique et trouble somatique

n'est pas toujours aisée à définir. P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan et C. David, reprenant le célèbre cas de Dora ont montré outre la problématique adolescente de la patiente, la dimension psychosomatique d'une partie de ses symptômes.

En clinique, certains symptômes, en particulier douloureux survenant par crises, correspondent à des troubles fonctionnels neuro-végétatifs ou somatiques derrière lesquels ne se retrouve pas la richesse associative et représentative qui vient attester du conflit objectal et sexuel. Dans ces cas, la blessure narcissique domine ainsi que l'objet investi narcissiquement, la thématique est dominée par l'effraction traumatique, l'atteinte du moi, la perte conjointe d'une zone du moi corporel et de l'objet narcissique indifférenciés.

Freud, dans les *Études sur l'hystérie* décrit un cas de ce genre, celui de Frau Cecilie M. qui souffre d'algies faciales que l'on peut rapporter à une névralgie du nerf trijumeau ainsi que d'autres douleurs. Il convoque alors l'hypothèse d'une conversion par symbolisation car ces douleurs peuvent dans le cours du traitement être comprises comme l'expression symbolique de scènes où la patiente fut offensée, giflée moralement par son mari, percée du regard par sa grand-mère. Ici, selon Freud, le langage retournerait à ses racines corporelles et la conversion par symbolisation serait la plus typiquement hystérique. Freud montre le lien entre l'offense et l'image d'un « coup reçu en plein visage », ce que le langage du corps traduirait par une névralgie faciale. Mais dans le même cas, il est aussi question de douleurs thoraciques, ressenties comme des « coups au cœur » qui sont reliés à des vécus d'agression. D'autres affronts « impossibles à avaler » détermineraient une gêne pharyngienne à la déglutition.

La monotonie de la thématique, la pauvreté associative, la délimitation nette des symptômes conduisent cependant à différencier ces troubles des conversions hystériques mieux mentalisées et où l'objet comme la thématique sexuels tiennent le devant de la scène.

Dans la pratique quotidienne, il n'est pas rare de rencontrer de semblables situations. Dans ces cas, c'est la pensée associative de l'analyste dans sa fonction d'étayage de la mentalisation de l'analysant qui permettra le déploiement d'une activité représentative chez ce dernier. L'enjeu dans ces situations est avant tout celui des premières relations avec l'objet primaire qui furent traumatiques.

Une patiente d'une trentaine d'années souffrait de crises douloureuses thoraciques intercostales sous forme d'un point de douleur exquise qui lui bloquait la respiration et durait de 24 heures à plusieurs jours. L'intensité de la douleur comme son retentissement l'empêchait souvent de sortir de chez elle pendant la crise, incapable de travailler, de dormir ou même de s'alimenter. Aucune cause organique n'avait été décelée à ces crises qui évoluaient depuis l'enfance, c'est-à-dire plus de vingt ans. Les conditions de survenue des crises de douleur étaient toujours les mêmes. La veille de la crise une dispute ou une vive contrariété était arrivée lors d'un échange avec l'un de ses proches, le plus souvent sa mère. Dans ce cas, l'analyse a permis d'inférer à partir de l'analyse du transfert et du contre-transfert de sévères perturbations de la relation maternelle primaire dès les premiers échanges entre l'infans et la mère, à l'origine d'une fragilité des limites du moi corporel. Le symptôme douloureux put être compris à la fois comme la trace de l'effraction par l'objet sur

le moi naissant se répétant mais aussi et peut-être surtout comme effet de la répression et du retournement contre soi du mouvement pulsionnel impossible à élaborer. Le rejet de l'objet de par son caractère effractant était à l'origine d'une tentative d'effacement de l'objet dans une dynamique désobjectalisante et d'un retour de son effet douloureux sur une région du corps propre du sujet indifférenciée d'avec lui. Les traces traumatiques inélaborées étaient responsables d'une haine violente de l'objet, inextinguible, réprimée et retournée contre soi. De minimes événements actuels réactivaient ces traces et conduisaient à une répétition au delà du principe de plaisir d'un conflit primaire sous forme de crises douloureuses. La douleur intercostale réalisait une sorte de source pulsionnelle artificielle où disparaissait moi et objet.

Le travail de la cure analytique permit une liaison signifiante de ce symptôme avec des souvenirs et des fantasmes où les mots piquûre, couteau, ciseaux, coup de poing, se reliaient symboliquement à lui, permettant le déploiement d'une activité représentative et de l'affectivité à partir de l'effraction douloureusement ramassée sur le point thoracique.

Dans ce type de cas, c'est la cure qui fait naître en quelque sorte la dimension expressive du symptôme, facilitant progressivement une conflictualité objectale et sexuelle qui, au départ, est surtout virtuelle et en tout cas inopérante dans l'économie d'un sujet avant tout pris dans une problématique narcissique. Nous sommes là à mon sens aux confins de l'hystérie et des troubles somatiques. Mais il faut rappeler qu'un certain nombre d'auteurs ne distinguent pas franchement les mécanismes des troubles somatiques des mécanismes de la conversion hystérique. On peut

penser à l'école de psychosomatique de Chicago avec Franz Alexander mais aussi à des auteurs comme Michaël Balint ou comme en France Jean-Paul Valabrega. A contrario, l'école de psycho-somatique de Paris dont la figure de proue fut P. Marty, oppose les symptômes hystériques caractérisés par leurs mécanismes, leur sens inconscient et l'absence de lésion organique aux symptômes des affections psycho-somatiques qui associent lésion organique et défaut de sens inconscient avec faillite de la mentalisation.

* * *

Les troubles hystériques sont donc envisageables comme recouvrant une palette très étendue de manifestations corporelles. Il me semble qu'il convient d'en restreindre le mécanisme à des modifications fonctionnelles des organes qui ne vont pas jusqu'à l'atteinte organique lésionnelle. Les tableaux eux-mêmes sont extrêmement variés, empêchant une description systématique quelconque. Avec les brèves vignettes cliniques présentées, j'espère avoir pu donner une image de l'éventail de troubles auxquels l'analyste d'aujourd'hui se voit confronté dans sa pratique quotidienne. Elles illustrent le refus de la sexualité et en particulier du féminin chez l'hystérique, la place centrale du refoulement d'une sexualité infantile active dans l'inconscient avec ses fixations orales et phalliques et la multiplicité des identifications partielles et bisexuelles chez l'hystérique. Dans les cas de conversions hystériques, il faut noter la fréquence de la souffrance dépressive et des achoppements dans les premiers liens à la mère comme leur sexualisation oedipienne. Cet ensemble rend compte du double niveau de nombre de problématiques hystériques, archaïque et génital. Mais c'est aussi

le motif des difficultés dans un certain nombre de cas pour délimiter certaines hystéries graves de pathologies dites limites.

* * *

Les Anciens rapportaient dans l'antiquité l'hystérie de conversion comme les crises d'hystérie à la migration de l'utérus dans le corps. Je ne vous ai parlé que de cas féminins. Cela veut-il dire qu'il n'existe pas de conversions chez l'homme ? Je ne crois pas. Il m'a été donné d'observer des manifestations conversives chez des hommes hystéro-phobiques. Il s'agissait de troubles discrets quoique invalidants. Je pense au cas d'un homme qui souffrait de crises inexplicables de faiblesse musculaire symétrique dans les deux jambes s'accompagnant d'un sentiment de malaise. Ces crises duraient plusieurs heures et ont donné lieu à des bilans tous négatifs. Au cours de la consultation, j'appris que ces crises survenaient toujours dans des circonstances particulières qui, assez clairement, s'avéraient être des situations évocatrices de fantasmes sexuels inconscients de nature incestueuse en lien avec la problématique oedipienne. Un autre patient souffrait de curieux états de malaise intérieur difficilement descriptibles. Il y avait des paresthésies, des bourdonnements d'oreille, un abattement et un besoin d'expirer l'air avec force et avec bruit. Il reliait ces malaises qui duraient plusieurs semaines aux changements de temps disait-il. C'était un homme de la campagne, accoutumé dès son plus jeune âge à observer les phénomènes naturels. Outre ces épisodes bizarres, il était agoraphobe, ce qui l'entravait beaucoup dans son quotidien. Dans ces deux cas, la composante anxieuse et phobique était importante ainsi que la dimension dépressive. De façon générale cependant, les troubles des conduites et du comportement sont plus fréquents que les conversions chez les

hommes hystériques.

Conférences d'introduction à la psychanalyse, 24 mars 2011

2010-2011 : Le corps en psychanalyse

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

Quand le psychanalyste d'enfant rencontre les parents : où est le père ?

2011-2012 : Visages de mères

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

Quand le psychanalyste d'enfant rencontre les parents : où est le père ?

Les cliniques de l'extrême

Auteur(s) : Simone Korff-Sausse

Mots clés : Bion (Wilfred) - contre-transfert - déficience mentale - extrême (cliniques de l'-) - handicap - procédés littéraires

Mes recherches sur l'enfant handicapé m'ont amenée à dégager un certain nombre d'aspects cliniques et théoriques que j'ai étendues à ce que j'appelle maintenant les cliniques de l'extrême.

Dans l'extrême, je rassemble des champs cliniques (les traumatismes, le handicap, la maladie somatique, les soins palliatifs, la maladie d'Alzheimer, la périnatalité, les grands prématurés, le vieillissement, les déportés, la torture, les traumas de guerre, les cérébro-lésés, la précarité sociale, les SDF, la grande criminalité etc) dont le point commun est la notion de l'extrême, c'est-à-dire ce qui nous amène aux frontières :

- de ce qui est pensable,
- de ce qui est symbolisable ou subjectivable,
- de ce qui est partageable,
- ou encore et surtout : aux frontières de l'humain, car c'est bien la question qui traverse comme un fil rouge ces cliniques, qui interrogent inévitablement l'appartenance à l'humanité et évoquent la question du post humain

Approche psychanalytique du patient atteint d'une déficience mentale

La présence d'un handicap mental chez le patient pose de manière aiguë la question des ressemblances et des différences, les convergences et les divergences aussi bien psychiques que culturelles. Le traitement amène un certain nombre de réflexions techniques et théoriques, au moyen desquelles les analystes pourront comparer leur approche selon les horizons culturels et de références psychanalytiques différentes elles aussi.

Peu de recherches psychanalytiques ont été consacrées aux patients atteints de handicap et/ou de déficience mentale, comme si l'impact d'une réalité irrémédiable et envahissante ou d'une

corporalité traumatisée et traumatisante, produisaient une butée de la pensée. Ces cliniques sont négligées par les psychanalystes, blessés dans leur narcissisme par ces patients qui obligent à des identifications qu'ils peuvent éprouver comme déshumanisantes. Porteur d'une atteinte extrême, ces patients ont franchi une frontière, ils ont transgressé les règles de l'humain, ils ont dépassé un tabou. Ils sont scandaleux. C'est pourquoi on veut les éviter (fuite du regard), les éloigner (exclusion, difficultés de l'intégration), les annuler (stérilisation des femmes handicapées), voire les supprimer (prévention du handicap, eugénisme, euthanasie).

Cas clinique

Pascal est un jeune adulte atteint de trisomie 21, âgé de vingt ans que sa mère m'amène pour des entretiens psychothérapeutiques. Je vois arriver un jeune homme assez trapu, l'attitude ramassée, l'air renfrogné, la posture replié, mais de cette présence massive et tassée, surgit un regard vif et observateur, qui me scrute par-en dessous, même un peu narquois, en tout cas interrogateur. J'entends une mère très attentive, ayant de grandes capacités de comprendre la vie psychique de son fils handicapé, en s'appuyant sur sa propre expérience psychanalytique, très investie, qui lui permet d'imaginer et de soutenir l'idée qu'il pourrait bénéficier lui aussi d'une psychothérapie. Cette alliance et ce respect ne se démentiront pas au fil des années. Les symptômes justifiant la demande sont des crises de violences, des colères difficiles à contrôler, des troubles du langage, des difficultés à s'adapter au CAT (Centre d'Aide par le Travail, actuellement ESAT). Au cours du premier entretien, je ressens un très fort mouvement contre-transférentiel, un de ces moments marquants, qui constitue la

matrice de surgissement d'une pensée clinique (André Green) et le moment inaugural d'un processus psychothérapeutique.

Nous voici assis tous les trois et la mère commence à me faire l'historique de toutes ces années, vingt ans de "parcours du combattant" selon la formule habituelle dans le milieu du handicap, formule particulièrement - et douloureusement - juste. (Korff-Sausse, 2005). Je l'écoute... Ou plutôt une partie de moi l'écoute, la partie névrosée, rationnelle, secondarisée, intégrée ; mais une autre partie est à l'écoute de ce que j'entends - ou de ce que je n'entends pas, plutôt faudrait-il dire ce que je perçois - de Pascal.

Au début de l'entretien, Pascal a répondu aux questions qui lui étaient posées, tant bien que mal, car il a une articulation très déficiente. Je ressens très fort à quel point participer à une conversation entre adultes valides et parlants est pour Pascal d'un très grand embarras qui demande une immense application et ne peut qu'inspirer un sentiment d'échec. D'ailleurs au fur et mesure de l'entretien. Pascal parle de moins en moins, Je le vois s'affaisser sur son fauteuil. Ses yeux clignent et il s'endort.

Face à cette configuration, je me dis de deux choses l'une : il me faut choisir, choisir entre ces deux modes de communication si antinomiques l'une de l'autre et qui font résonance en moi à des registres psychiques hétérogènes. Le discours maternel, aussi bienveillant soit-il, m'empêche d'entendre Pascal. En s'endormant, Pascal me signifie que ce discours, bien qu'il s'agisse du récit de sa vie, ne le concerne pas. Cette version langagière de son existence lui reste étrangère et le dépossède de sa subjectivité. « Tout être humain, aussi démuné soit-il, et même s'il ne dispose pas du langage, a quelque chose à dire de sa position subjective

dans le monde ». C'est le principe que je me suis donnée dès le départ dans mes travaux sur le handicap (Korff-Sausse, 1996) et qui, selon pour moi, fonde la possibilité d'une approche psychanalytique de personnes très démunies. Forte de cette conviction, je propose d'arrêter là cet entretien, où Pascal n'a pas une place de sujet parlant et pensant, et je l'invite à venir seul pour des séances hebdomadaires. Par cette rupture, je m'expose au risque d'écouter un patient qui parle, mais dont je ne comprends pas un mot.

Il faut donc une conviction, celle de penser que l'anormalité a quelque chose à nous enseigner. Cette position était déjà celle de Freud lorsqu'il a montré que le pathologique nous instruit sur le fonctionnement psychique normal et qu'il a fait le pas inaugural et révolutionnaire de ne pas produire un discours objectif sur les hystériques pour faire place à leur parole subjective. Sans cette conviction, il ne saurait y avoir de traitement psychanalytique avec un patient atteint de déficience mentale. Bion a été un pionnier dans ce domaine, lui qui parlait de foi, lui qui s'intéressait autant à la vie psychique des grands génies que des personnes mentalement très atteintes. Bion montre l'analogie des processus de pensée à l'œuvre dans ces deux cas apparemment opposés. « Les difficultés éprouvées par le patient qui souffre d'un « trouble de la pensée » ne sont pas différentes de celles rencontrées par les savants » (Bion, 1962). Les mécanismes de la pensée dans leur origine et leur déroulement se trouvent éclairés aussi bien (ou mieux : de manière conjointe) par les deux extrêmes : d'une part les œuvres intellectuelles et artistiques de haut niveau, d'autre part la psyché dans ses balbutiements et son inachèvement.

Il y a un décalage entre nos outils de connaissance, et en particulier le langage, et la chose à connaître. Pour les patients ayant un handicap mental, ce décalage est accentué. L'analyste doit alors lâcher le langage pour faire place à la communication non-verbale. Laisser advenir de l'inconnu, de l'insolite, dans la perspective de Bion qui considère l'inconscient comme « le non-découvert ou le non évolué » (1965, p.192).

Je prends donc le pari d'écouter Pascal. Écouter ? Quel sens donner à ce mot dès lors qu'il s'agit de recevoir des messages en partie incompréhensibles ? En d'autres termes, les paroles de Pascal ne rencontrent pas chez moi. Ces paroles, je les reçois néanmoins et leur laisse faire leur chemin en moi. Quels chemins ? Avec quoi je l'écoute ?

Pour me retrouver dans cet univers éclaté, fragmenté, où les paroles surgissent, circulent, disparaissent, où les phrases se chevauchent, se télescopent, je vais m'appuyer sur des expériences esthétiques et en particulier certaines formes littéraires modernes, qui me viennent à l'esprit spontanément au cours des séances. Après tout, me dis-je, on lit bien Finnegans Wake qui plonge le lecteur dans un univers où le sens se dérobe et doit se déchiffrer. Après tout, on rencontre chez Beckett des personnages qui pratiquent l'absurde et délitent le sens.

En effet, le discours de Pascal est structuré selon des procédés littéraires connus dans la littérature moderne, se déroulant souvent selon un fil d'énumérations et de formules répétitives. Refrains, reprises, rythmes. Plutôt que de les considérer uniquement dans leur valeur défensive, je préfère y voir des modalités originales de communication. C'est comme une phrase sans virgules, une page sans paragraphes. Comme certains

écrivains modernes, Pascal ignore la ponctuation du texte. C'est un flot de paroles dont je ne capte pas le sens, comme une langue étrangère, ou une langue relevant de la poésie, car, comme le disait Marcel Proust, le poète est celui qui parle sa langue maternelle comme une langue étrangère. On a pu dire que l'analyste doit rêver la séance (Ogden), ici il me faut peut-être écrire la séance comme le poète écrit un poème.

Néanmoins je remarque à plusieurs reprises qu'un élément significatif se cache dans une énumération qui paraît dénué de sens. Quelque chose se donne à décrypter. Peu de situations vérifient autant que les cliniques avec handicap la proposition bionienne de « pensées à la recherche d'un penseur ». Pensées errantes, sauvages, sans propriétaire, qui vagabondent et virevoltent, auxquelles le thérapeute va donner un abri temporaire. Ainsi dans la liste des chanteurs que Pascal écoute et qu'il aime reviennent de manière répétitive Georges Brassens Coluche, Claude François, Jacques Brel, c'est-à-dire des morts ... Est-ce sa manière d'amener dans le matériel clinique une préoccupation relative à la mort ? D'évoquer le souhait de mort que tout enfant handicapé suscite dans son entourage ? Il ne peut ignorer qu'à l'heure actuelle se met en place un dispositif de prévention du handicap qui consiste précisément à détecter la trisomie 21 in utero afin de permettre aux parents de pratiquer une IMG (interruption médicale de grossesse). De plus, on sait que l'espérance de vie des trisomiques était jusqu'à récemment assez réduite, mais Pascal fait partie d'une nouvelle génération qui est appelé à traverser l'âge adulte, aborder le vieillissement et vivre au-delà de la mort de leurs parents.

A cette évocation de la mort, fait écho le rappel régulier qu'il fait

de sa date de naissance. A quoi correspond ce besoin de poser les bords de l'existence, le début et la fin, les frontières de la vie humaine ? C'est comme si pour Pascal son histoire était réduite à ses extrémités, mais que faire du présent, de ce temps entre les deux ? Rappeler la date de sa naissance ne serait-ce pas une manière de revenir en arrière pour se soustraire à cette obligation douloureuse de l'inscription dans l'ordre humain. pour celui dont l'identité est menacée et menaçante, afin de retrouver le champ sans bornes d'avant le miroir, dont Lacan a montré qu'il implique non seulement la jubilation, mais aussi une part de nécessaire mutilation aliénante.

« **Rien à dire** »

Dans ces situations extrêmes, on peut avoir l'impression qu'il ne se passe rien. Mais ce rien n'est pas rien... Écoutons les poètes, qui comme le disait déjà Freud en savent plus long que nous et le disent plutôt mieux

« Il est plus beau de n'être rien et il y faut plus de ferveur que d'être quelque chose » (Robert Walser)

« *Je ne suis rien*

Je ne serai jamais rien

Je ne peux vouloir être rien

À part ça, je porte en moi tous les rêves du monde. »

(Fernando Pessoa, *Fragments d'un voyage immobile*)

Parfois Pascal termine une séance par un « rien à dire » qui semble clore l'entretien pour ce jour-là. Il a alors une tonalité assez dépressive, qui tranche avec la jovialité un peu maniaque qui marque habituellement les séances. N'est-ce pas une

dénégation ? Je me hasarde : « Il semble y avoir là pour vous quelque chose qui est difficile à dire... » Après une hésitation, il lance deux mots : « sexualité... trisomie ». Si l'économie des moyens au service de la richesse du message est une des caractéristiques des grands créateurs, on ne peut qu'admirer ici la capacité de Pascal à effectuer le passage d'un presque rien à un message hautement significatif.

Deux mots pour soulever la question existentielle de tout être humain, celle de la sexualité, mais qui pour un être né avec une anomalie chromosomique, réveille toujours des fantasmes de filiation fautive, de transmission dangereuse et de procréation interdite.

La formule revient : tantôt « rien à dire », tantôt « rien dire ». D'une part « je n'ai rien à dire », et d'autre part « il ne faut rien dire ». D'un côté l'incapacité à dire d'un homme atteint d'une déficience mentale qui déprécie ou annule ses propres opinions, pris dans une image réductrice projetée sur lui et qui ne peut accorder aucune valeur à ses productions psychiques. De l'autre côté, l'interdiction de parole, et même plus radicalement de pensée, en ce qui concerne les souhaits, les oppositions, les conflits, d'où cette réduction de la vie fantasmatique et l'impossibilité de se projeter, d'espérer, de rêver, d'anticiper, qui souvent dans ces cas cliniques rend l'univers terne, immobile, sans issue. La difficulté de parole, la lenteur idéique créent les conditions d'un appareil psychique-éponge, qui absorbe les projections de l'autre. Pascal se trouve envahi de pensées qui ne sont pas les siennes, de paroles qu'il reproduit venant des autres mais qu'il ne s'approprie pas.

Aspects spécifiques du contre-transfert

L'impact émotionnel immense du handicap sur la relation thérapeutique mobilise des aspects particuliers, spécifiques, intenses, archaïques du contre-transfert. Les paramètres qui caractérisent le handicap font obstacle à l'identification : l'organicité, le caractère irrémédiable, la déficience des moyens intellectuels, le retard, l'absence ou l'anomalie du langage, le corps déformé par des mouvements incontrôlés, l'anomalie ou la déficience de l'organisation de la pensée. C'est une clinique qui incite à des réactions excessives - l'horreur ou la banalisation, le rejet ou la fascination, la fusion ou l'indifférence - et fait facilement basculer d'un évitement sans nuances à une affectivité sans limites. C'est pourquoi le traitement de ces patients oblige le psychanalyste à un travail très rigoureux sur les aspects spécifiques du contre-transfert qui mobilisent la toute-puissance, la haine, la fusion archaïque, le rejet violent, l'illusion réparatrice et l'idée de meurtre. Cela revient à se demander quelle fonction a pour le thérapeute la relation avec un être si blessé, vulnérable, irrémédiablement atteint dans son intégrité, car l'une des caractéristiques du processus transférentiel/contre-transférentiel dans le domaine du handicap est l'asymétrie. En effet, si toute relation thérapeutique est marquée par définition par l'asymétrie, celle-ci est accentuée par le handicap. Asymétrie entre un psychanalyste armé de son outillage théorique et si versé dans les raffinements et les nuances de la vie affective et un enfant ou un adulte déficient qui ne dispose ni du langage, ni d'aucun contrôle de sa vie émotionnelle, ni de la maîtrise de son corps. Comment aborder les aspects érotisés de la relation transférentielle ? C'est une question extrêmement difficile et qui est probablement à l'origine de la réticence de beaucoup d'analystes à recevoir des patients handicapés.

Compte tenu de ces difficultés, quelles sont les conditions de possibilité, mais aussi les obstacles, à une écoute analytique de patients handicapés ? On sait que le contre-transfert n'est utilisable que comme effet du transfert. Le clinicien doit donc être à l'écoute du transfert, c'est à dire se laisser pénétrer, altérer par le transfert du patient. Le handicap peut entraver ce processus à cause de la difficulté à se représenter la vie psychique de la personne handicapée. En effet, face au handicap, la sidération amène une méconnaissance de la vie psychique de la personne handicapée, et donc une méconnaissance de la relation transférentielle. Pour plusieurs raisons, la situation est rarement envisagée du point de vue de la personne handicapée elle-même, et de ce qu'elle pourrait dire de son expérience singulière. Face à cet être qui suscite une inquiétante étrangeté, et fait un effet de miroir brisé (Sausse, 1996), le mouvement d'identification est mis en échec ou demande un effort qui en décourage plus d'un. Ensuite, il s'agit d'une personne très démunie dans ses capacités de pensée et d'expression, ce qui ne fait qu'accentuer la difficulté à s'identifier à lui. Puis surtout, il y a une anomalie, un écart à la norme, ce qui décourage encore plus toute tentative d'identification.

L'évolution de la psychanalyse est étroitement liée à l'approfondissement du travail contre-transférentiel. On connaît les étapes de cette évolution que je ne ferais qu'esquisser pour mémoire. À partir de *Constructions en Analyse* (Freud, 1937), l'accent se déplace du fonctionnement psychique du patient vers le travail psychique de l'analyste, qui en devient l'indicateur et le révélateur. C'est Ferenczi qui a donné une grande place au contre-transfert. Le problème du contre-transfert s'ouvre devant nous « comme un gouffre », écrit-il dans son *Journal Clinique* au

cours d'un propos critique à l'égard de Freud (1932, p. 148), à qui il reproche d'avoir reculé devant ce gouffre. Ferenczi, lui, s'y engage malgré les mises en garde de Freud. Ferenczi passe outre, il s'éloigne de la neutralité analytique freudienne et fait du pôle contre-transférentiel le moteur de l'analyse, qui devient à partir de là l'outil principal de la méthode psychanalytique, en tout cas dans sa version contemporaine. Paula Heimann (1955) l'instaure comme l'outil principal du psychanalyste. « Je soutiendrai l'hypothèse que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient à l'intérieur de la situation analytique constitue son outil de travail le plus important. Le contre-transfert de l'analyste est un instrument de recherche à l'intérieur de l'inconscient du patient. »

Dans une conception contemporaine du contre-transfert, le but de la cure ne sera plus tant de dévoiler - et interpréter - des représentations inconscientes que de constituer du psychique là où il n'y en a pas, ou de manière incomplète ou défailante. Donald Meltzer (1984) a donné de ce type de travail analytique, essentiellement basée sur le contre-transfert, la description suivante à laquelle j'adhérerai volontiers. « Un autre psychisme humain, disponible de façon très particulière : prêt à exercer une attention minutieuse et à recevoir des projections susceptibles d'être extrêmement perturbatrices et douloureuses ; capable et désireux, à propos de ses observations et des projections qu'il reçoit, de penser inconsciemment. »

Des contenus psychiques, paroles mais aussi communications non-verbales, s'exprimant dans une relation transférentielle, sont reçus par un analyste, prêt à recevoir les projections et de les soumettre à son activité psychique transformationnelle. Les

informations que l'analyste reçoit de son propre psychisme en écho au psychisme du patient peuvent alors emprunter des formes qui ne sont pas forcément des représentations, mais des formes perceptivo-hallucinatoires ou psychosomatiques, entre autres. Une thérapeute rapportait qu'elle sortait d'une séance d'analyse avec un patient athétosique en éprouvant de fortes courbatures... D'autres signes somatiques - fatigue, nausées, céphalées - sont fréquents.

La réciprocité

Une autre caractéristique du processus psychanalytique avec le patient handicapé concerne la réciprocité. La construction de l'appareil psychique, selon le modèle bionien de la fonction, implique que le sujet rencontre un autre sujet contenant qui va recevoir ses projections, et les lui restituer transformées, digérées, psychisées. Un sujet pensant, qui pense quelque chose à propos de l'autre, mais surtout qui le considère aussi pensant.

C'est le modèle de la réflexivité, qui postule que le sujet humain se constitue en miroir, et donc en double de l'autre, dans un lien de réciprocité. Comme se le demande René Roussillon (2004), la réciprocité n'est-elle pas mise en danger dans les cliniques de l'extrême, lorsque « les conjonctures transférentielles sur lesquelles doit porter l'analyse comportent, de manière centrale, un trouble de l'identité, un trouble important de la régulation narcissique. » Le handicap, surtout la déficience mentale, introduit ici une difficulté. Même si moi je pense, est-ce qu'il pourra penser avec moi ? Pourra-t-il se penser pensant, et peut-il me penser pensant ? Mais d'abord est-ce que moi je le pense pensant ? La capacité réflexive permet de se situer par rapport aux autres et les autres par rapport à soi, dans un mouvement de

dédoublément du moi : le moi qui perçoit les autres et le moi qui est perçu par les autres. Une défaillance de la réflexivité, que ce soit pour des raisons cognitives et/ou identitaires entrave ce dédoublément et provoque un « collage » à l'autre. Les objets externes sont sur-investis, si les objets internes ne sont pas solidement établis, car ceux-ci sont soit trop fragiles soit fragilisés par les attitudes dévalorisantes et disqualifiantes de l'environnement. Infantilisation par l'entourage et dépendance interne vont de pair ; ils s'alimentent et se renforcent l'un l'autre. Chez les patients atteints de déficience mentale, on rencontre ainsi souvent une difficulté dans l'organisation de la réflexivité, c'est-à-dire l'organisation du « miroir interne » du Moi.

L'identité et la subjectivation sont mises en danger. Est-ce parce que le sujet handicapé ne se voit pas qu'il ne voit pas les autres ? Et que du coup le thérapeute se sent mis à mal parce qu'il a l'impression de n'être pas vu ? Ou est-ce parce que le sujet n'est pas vu par les autres qu'il ne se voit pas ? En réalité l'un ne va pas sans l'autre puisque sujet et objet se constituent mutuellement dans le même mouvement intersubjectif, où chacun est à la fois sujet et objet de l'autre. Faute de cela, la personne déficiente mentale oscille entre le renoncement dépressif à être sujet et la quête avide d'apports narcissiques, jamais suffisants. Le thérapeute sera le lieu de réception de ces projections transférentielles contradictoires, ce qui nécessite un travail contre-transférentiel particulier, obligeant de recourir à des niveaux de fonctionnement psychique différents. Sollicité à la fois à être très actif comme un moi auxiliaire qui assure les fonctions défaillantes du Moi du patient, mais aussi à se mettre dans un état de réceptivité passive extrêmement attentive, afin de pouvoir capter les messages archaïques, inachevés, fragmentaires, non

secondarisés, qui émanent du patient.

Or la clinique du handicap a comme caractéristique d'être envahie par la réalité : réalité de l'organicité, des soins et des appareillages, le savoir médical, les pratiques rééducatives etc. La réalité matérielle ne laisse que peu de place à la réalité psychique. Cet envahissement fait obstacle à l'écoute, c'est-à-dire l'écoute des enjeux psychiques des événements, l'écoute des fantasmes inconscients liés à la réalité envahissante et traumatisante du handicap. Le savoir fait écran.

C'est pourquoi, dans ces cas, auprès du patient, il faut abandonner toutes les théories, comme le recommande Bion, car avec elles nous imposons des césures infranchissables, « nous sécrétons simultanément une sorte de calcification qui transforme ces pensées davantage en prison qu'en une force libératrice » (1977, p.24). Ces situations requièrent une ouverture, une disponibilité, dans l'esprit de la « capacité négative » de Bion. La capacité négative, c'est l'aptitude à tolérer l'inconnaissable, soit en soi-même soit dans sa relation avec l'autre avec une attitude d'attente prête à recevoir une pensée émergeant de cette zone d'incertitude et de turbulence. Lorsque l'analyste s'offre ainsi contre-transférentiellement, c'est-à-dire se propose à recevoir les messages du patient, il y a souvent un effet spectaculaire par le simple fait (pas si simple que cela en réalité ...) que les séances attribuent existence et valeur aux productions psychiques du patient puisqu'ils peuvent être exprimées transférentiellement et reçues contre-transférentiellement, ouvrant des espaces symboligènes, permettant une appropriation subjective de ces contenus psychiques dévalorisés, voire discrédités.

Conférences de Sainte-Anne

28 novembre 2011

BIBLIOGRAPHIE

- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF 1979.
- Bion W.R. (1965), *Transformations*, Paris, PUF, 1982
- Bion W.R. (1977), *Séminaires italiens, Bion à Rome*, Ed. In Press, 2005.
- Eliade M. (1963), *Aspects du mythe*, Paris, Gallimard
- Ferenczi S. (1908-1931), *L'enfant dans l'adulte*, Paris, Payot & Rivages (2006), avec une préface de Korff-Sausse S., *De l'enfant terrible au nourrisson savant*.
- Ferenczi S. (1933), Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, *Psychanalyse* 4, Paris, Payot, 1982, p.125-138. Réédité en Payot & Rivages, 2004.
- Ferenczi S., (1932), *Le traumatisme*, avec une préface de Korff-Sausse S. *Ferenczi, un pionnier méconnu*, Paris, Payot & Rivages, (2006).
- Heimann P. (1955), A propos du contre-transfert, In: *Le Contre-transfert*, Paris, Navarin Ed.
- Klein M., Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, In : *Développements de la psychanalyse*, PUF, Paris, 1966.
- Korff-Sausse S. (2003), Le visage du monde. L'autoportrait et le regard de la mère, *Rev. Franç. Psy*, 2003/2, pp.627-646.
- Korff-Sausse S. (2004 a), Les corps extrêmes dans l'art contemporain. Entre perversion et créativité, *Champ Psychosomatique*, Esprit du Temps, 2004, N° 35, pp. 61-75.
- Korff-Sausse S. (2005), Un exclu pas comme les autres. Handicap et Exclusion, *Cliniques Méditerranéennes*, N° 72, Erès, 2005
- Korff-Sausse S. (2006), Contre-transfert, cliniques de l'extrême et esthétique, *Rev. Franç. Psychanal.*, 2/2006, pp.507-520.
- Meltzer D. (1984), Les concepts d' « identification projective» (Klein) et de « contenant-contenu» (Bion) en relation avec la situation analytique, *Rev. Franç. Psy*, 2/1984, p.443-462.
- Michel De M'Uzan (1976) Contre-transfert et système paradoxal, In: *De l'art à la mort*, 1976

Roussillon R., (2004), La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double », *Rev. Franç. Psychanal.*, vol. 68, N° 2, pp. 421-439

Sausse S. (1996), Le miroir brisé. In : *L'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*, Paris, Calmann-Lévy.

Winnicott D. W. (1947), La haine dans le contre-transfert. In : *De la Pédiatrie à la Psychanalyse*, Paris, Payot, 1971, p.72-83.

Winnicott D. W. (1986), *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, 1988.

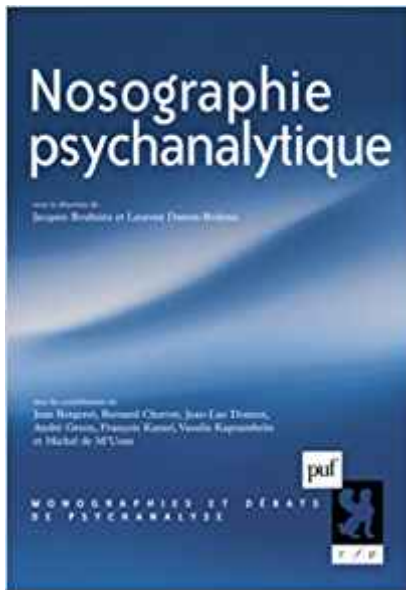
Nosographie psychanalytique - Juillet 2011

Auteur(s) :

Mots clés :

Accueil

Nosographie psychanalytique - Juillet 2011



Sous la direction de
Jacques Bouhsira, Laurent Danon Boileau

Auteurs

André Green, Bernard Chervet, Danielle Kaswin-Bonfond,
François Kamel, Jean Bergeret, Jean-Luc Donnet,