

François Milbert

Douleur et psychosomatique

Le phénomène psychosomatique est constamment associé avec les symptômes de la douleur, que celle-ci soit physique ou morale, et je ne suis pas certain que les deux observations choisies pour cette conférence soient des « cas » aussi extrêmes que cela, même s'ils m'ont semblé particulièrement aptes à venir nous éclairer sur l'intrication du psychosomatique avec le masochisme et la pulsion de mort...

La psychanalyse a les plus grandes difficultés à aborder le somatique et ce d'autant plus que le texte freudien sur la question est inexistant. Freud, tout au long de son œuvre, se focalise sur le psychisme, l'inconscient, l'élaboration des structures - névroses, psychoses et perversions – laissant en friche toute élaboration concernant la survenue des maladies organiques ou la prise en compte de ce qui vient s'inscrire au niveau du corps. Ce qui nous laisse d'autant plus orphelins, dans notre penchant à venir psalmodier les propos du père fondateur.

Pour l'anecdote, Freud n'emploie le terme de « psychosomatique » qu'en une seule occasion, dans une lettre de 1923, adressée à Victor Von Weizsäcker... Ce qui n'empêche pas l'un des théoriciens de l'IPSO, Michel de M'Uzan de venir nous déclarer : « ...Groddeck, contrairement à ce que l'on pense souvent n'est pas le père de la psychosomatique, car le père véritable c'est Freud quand il a introduit la notion de névroses actuelles... ». Cette citation permet de mesurer à quel point il est embarrassant d'avoir à nous situer sans cette référence à Freud !

En ce qui concerne Lacan, on ne peut pas dire non plus que la psychosomatique soit au

centre de ses préoccupations théoriques ! Pour peu que vous disposiez des références bibliographiques, il est possible en quelques heures de lecture d'avoir fait le tour de tout ce qu'il a écrit sur le sujet. Cependant, comme à l'accoutumée, les quelques phrases distillées, çà et là, au décours des séminaires, sont autant de repères fondamentaux, de points de départ à nos réflexions, à nos recherches...

En effet, c'est dès le Séminaire I, en 1953, « Les écrits techniques de Freud » que Lacan, à un moment où il évoque l'ordre symbolique et l'origine du langage, va introduire le concept de l'holophrase (du grec, holos : entier et phrasis : énoncé ; terme qui signifie que toute une phrase va pouvoir être exprimée par un seul mot). Ce concept va devenir un mécanisme que Lacan placera, par la suite, au cœur du phénomène psychosomatique.

Dans le Séminaire II, il considère que ces phénomènes sont à la limite de nos élaborations théoriques. Il les situe au niveau du réel, à entendre ici comme étant le roc du biologique.

Enfin, en 1975, dans la conférence de Genève sur le symptôme, Lacan finit d'articuler le phénomène psychosomatique avec sa troisième topique du Réel, du Symbolique et de l'Imaginaire, lorsqu'il nous déclare : « Le psychosomatique est quelque chose qui est tout de même, dans son fondement, profondément enraciné dans l'imaginaire ». Le phénomène venant, par ailleurs, s'inscrire dans le corps, à la façon de traces écrites, d'une signature relevant du symbolique.

D'un point de vue clinique, Lacan distingue les réactions psychosomatiques et les phénomènes psychosomatiques. N'importe qui, n'importe quand, peut être affecté d'un phénomène que l'on appellera psychosomatique parce qu'il entraîne une lésion organique dont l'étiologie échappe au savoir médical.

Cette généralisation nous amène à considérer le caractère trans-structural du phénomène psychosomatique. Même si les auteurs ont des difficultés à se départir de leurs a priori : certains argumentant du côté de la névrose traumatique précoce, d'autres soulignant la proximité de la psychose, il semble avéré que le phénomène psychosomatique puisse survenir que le sujet soit névrosé, pervers ou psychotique.

Nous allons maintenant entamer l'observation de Mme. D., une femme d'une soixantaine d'années, d'origine espagnole. Elle vient consulter au Centre anti-douleurs, adressée par son médecin généraliste, pour un syndrome hyperalgique faisant suite à un zona et pour des douleurs articulaires et rachidiennes rebelles à tout traitement.

Durant ce premier entretien, elle décrit ainsi 3 types de douleurs :

-Des brûlures intenses dues à un zona intercostal, celles-ci sont constantes depuis 18 mois et rendent le sommeil difficile.

-Des douleurs du genou droit, constantes, avec élancement, et là encore un retentissement sur le sommeil. Elle s'endort avec difficultés et la douleur la réveille fréquemment.

-Des douleurs cervico-dorsales, liées à de l'arthrose.

Elle poursuit alors son récit en me faisant l'exposé de toute une vie n'ayant été que douleurs. Elle a toujours été battue, maltraitée, frappée, depuis l'enfance (par son père, par sa sœur aînée, par les sœurs de l'orphelinat où elle avait été placée à 7 ans, et plus tard par son mari).

Lorsque les sévices corporels s'arrêtent (elle a quitté son mari depuis une dizaine d'années), le relais est pris quasi- instantanément par des douleurs liées aux opérations ou à la maladie. La transition dans le temps s'effectue d'une façon caricaturale entre l'un et l'autre mode d'apparition de la douleur.

Elle est issue d'une famille de 13 enfants. Son père est décrit comme alcoolique et violent. Sa mère décède de la lèpre alors qu'elle a 4 ans. Elle est régulièrement battue par ce père, qui manque les violer, elle et sa sœur jumelle, alors qu'elles ont 7 ans. C'est l'intervention d'une sœur aînée qui empêchera ce viol. Sa famille connaît une grande misère, durant la guerre

d'Espagne. Trois de ses frères seront arrêtés (l'un sera fusillé, les deux autres feront 20 ans de prison).

Elle même sera placée à l'orphelinat, qui sera un nouvel enfer, d'autant plus qu'elle était énurétique, ce qui fut à l'origine de punitions et humiliations multiples.

A 17 ans, elle se marie, avec un homme alcoolique et violent. Celui-ci est maçon et part travailler en France, la laissant avec 5 enfants, dans la misère. Elle travaille comme lingère et couturière. A 30 ans, elle vient rejoindre son mari. Les violences de celui-ci seront alors constantes jusqu'à leur séparation. C'est elle qui prend la décision de le quitter, malgré une très forte culpabilité, renforcée par le contexte culturel de son catholicisme. Ainsi, elle n'a toujours pas réussi à se résoudre à divorcer.

Elle ne voit plus que très rarement ses enfants, vivant près de leur père. Ceux-ci n'ont pas accepté la séparation de leurs parents, dont ils ont rejeté la responsabilité sur la mère. Elle n'a plus revu son mari mais continue de le redouter. Elle vit avec un homme plus âgé qu'elle et il n'est pas inutile de préciser que celui-ci ne la bat pas.

Cette femme me confiera également un autre phénomène où elle se retrouve confrontée à la répétition et à la trahison: elle s'est toujours fait voler le peu qu'elle possédait, son linge, ses quelques bijoux...

Durant ces dix dernières années, la douleur est donc venue s'inscrire dans son corps : elle a subi 8 opérations successives du genou droit jusqu'à la pose d'une prothèse totale, une opération digestive pour l'ablation d'un polype intestinal, une appendicectomie.

Elle souffre depuis 4 ans d'un zona intercostal. Ses douleurs sont devenues constantes, paroxystiques, insupportables au point que la patiente en a envisagé de se suicider. Tous les traitements médicaux proposés, les antidépresseurs, la neuro-stimulation, les cures thermales sont restés sans succès.

Lorsque je la revois pour un second entretien, une quinzaine de jours plus tard, ma prise de notes restera tout à fait simple et lapidaire : « tout va très bien »... La patiente me formulant

ainsi son refus d'envisager un quelconque travail de paroles.

Comment orienter nos réflexions, après l'exposé d'une telle sommation de catastrophes ? Dans un premier temps nous pouvons évoquer ce que Freud a décrit dans les névroses de destinée, chez ces sujets donnant « l'impression d'un destin qui les poursuit, d'une orientation démoniaque de leur existence ». Mais cette série d'évènements qui se répètent, qui insistent, malgré leur caractère déplaisant, ne serait-elle pas à replacer dans cet « au-delà du principe de plaisir » où Freud viendra épingle la pulsion de mort ?

Sur le plan clinique, nous ne pouvons que nous interroger sur ce passage de la souffrance physique et morale à la souffrance somatique. Le surgissement des phénomènes douloureux d'origine organique se présenterait comme un besoin de punition venant satisfaire au sentiment de culpabilité.

C'est ce que Freud a décrit en 1924, dans « Le problème économique du masochisme » : « Il est également instructif d'apprendre que, contre toute théorie et toute attente, une névrose qui a défié tous les efforts thérapeutiques peut disparaître quand la personne est tombée dans la détresse d'un mariage malheureux, a perdu sa fortune ou a contracté une redoutable maladie organique. », « une forme de souffrance a ici été relayée par une autre... il ne s'agissait que de pouvoir maintenir une certaine quantité de souffrance ».

Serait-il possible d'envisager ici l'élaboration, durant l'enfance, d'un véritable masochisme, tant érogène que moral ? Les retrouvailles avec une certaine « liberté » ne sont plus possibles et les processus auto-destructeurs vont s'emballer, comme si le sujet ne pouvait se passer de ce carcan masochiste de l'éprouvé douloureux.

Ceci nous introduit au concept de « jouissance » et à l'indication clinique posée par Lacan : « C'est par la réalisation de la jouissance spécifique qu'il a dans sa fixation, qu'il faut toujours aborder le psychosomatique ».

Pour sa part, Juan- David Nasio nous propose le terme de « formation de la jouissance » pour désigner diverses formations psychiques

qu'il vient opposer aux « formations de l'inconscient » représentées par les lapsus, les actes manqués, les rêves...

Ce terme de « formation de la jouissance » s'appliquerait aux manifestations psychosomatiques, mais aussi aux passages à l'acte ou encore aux hallucinations. Toutes ces manifestations viendraient s'inscrire hors du cadre symbolique et résisteraient ainsi tout particulièrement à l'action d'une interprétation. Ils témoigneraient d'une présence massive de la jouissance faisant éclater le système symbolique et conduisant le sujet à s'exprimer soit par des actions impulsives, soit par des lésions corporelles.

Si la survenue du phénomène psychosomatique reste le plus souvent obscure et d'une origine qui semble être pour le moins pluri-factorielle, dans l'interaction entre l'organique, le biologique et le psychisme, les circonstances de déclenchement apparaissent presque toujours contemporaines d'évènements divers : séparations, deuils, évènements de la vie scolaire, professionnelle ou amoureuse, venant toujours instaurer une perte.

L'évènement apparaît souvent comme un impératif, dans ce que Sami Ali a conceptualisé sous le terme de « situation d'impasse », une situation où le choix est impossible, où aucune solution n'est valable : ainsi pour Mme. D, rester avec son mari, frappée, battue, n'est plus possible; le quitter, divorcer, parler de l'insupportable ne l'est pas plus... Elle parvient à se décoller, à s'enfuir, mais cet éloignement se fait au prix du surgissement dans son corps d'une kyrielle de phénomènes somatiques douloureux.

Nous allons maintenant aborder le cas de Madame B, une femme d'une trentaine d'années, qui vient me consulter pour une symptomatologie dépressive survenant dans un contexte de douleurs abdominales paroxystiques, attribuées à une endométriose utérine. Cette observation repose sur un suivi d'une durée d'environ 5 mois seulement.

Lors du premier entretien, elle présente un état dépressif majeur accompagné d'une fatigue intense, d'un désintérêt, la laissant prostrée des journées entières dans un comportement de repli sur elle-même, allant jusqu'à me faire

évoquer une conduite d'allure phobique, tant elle ne sort pratiquement plus de chez elle...

Elle vit seule, son amant (un homme marié) l'a quittée il y a quelques mois, alors même qu'ils envisageaient d'avoir ensemble un enfant, en dépit de la situation de leur couple. Il faut noter la grande importance pour elle de ce désir de grossesse.

Elle a en effet subi, deux ans auparavant, une première opération chirurgicale abdominale visant à « nettoyer » les adhérences dues à l'endométriase. Une deuxième opération s'en était suivie avec ablation de la trompe et de l'ovaire gauche, ne cessant de faire progresser le risque de stérilité.

La patiente me fait alors le récit d'une trajectoire de vie dramatique. Son enfance de fille unique est marquée par les violentes disputes de ses parents, les multiples fugues ou tentatives de suicide de sa mère, devant un père indifférent... Elle suit une éducation religieuse, chez les sœurs, jusqu'à l'âge de 12 ans.

A 13 ans, elle est la victime d'un viol, dont elle ne parvient pas à parler à ses parents. C'est son gynécologue qui signale à sa mère, dans une trahison du secret professionnel, qu'elle n'est plus vierge. Ses parents refusent de la croire, quant au viol. C'est le déshonneur de la famille, ils ne lui parlent plus, elle reste enfermée dans sa chambre, traversant une période de dépression et d'anorexie... Je signale qu'elle ne me donnera aucun détail sur les circonstances de ce viol et qu'elle ne m'en reparlera plus...

A 14 ans, une amie de sa mère lui propose un travail dans la parfumerie d'un aéroport. Elle commence alors une véritable double vie : au collège elle est rangée, discrète ; au travail elle est en tailleur, hyper maquillée, séductrice. Elle remplace cette femme, très occupée par ses amants ! Elle manque ses cours de plus en plus, alors que ses parents ne semblent plus se préoccuper d'elle.

Vers 14 ans elle rencontre son premier amant, un homme marié... puis toute sa vie amoureuse ne sera plus qu'une répétition d'aventures avec des hommes toujours mariés... elle ne les compte plus... une quarantaine, une cinquantaine... parfois elle a jusqu'à quatre amants en même temps. Cette sexualité

étant, bien sûr, frappée du sceau de la frigidité, de l'absence complète de plaisir. Elle se retrouve systématiquement coincée dans des situations triangulaires, où elle tient le rôle de la maîtresse, tout en étant parfois complètement intégrée dans le couple, où elle est devenue la meilleure amie de la femme ou de la fille. Elle considère cette position comme celle d'un sacrifice : « ma vie a toujours dépendu d'hommes »... « je vis pour l'autre »...

Toute cette observation pourrait s'arrêter là, se limitant aux classiques démêlés existentiels d'un sujet hystérique... mais, il nous faut maintenant aborder l'histoire de la douleur.

Celle-ci vient en effet se manifester très précocement, du fait d'une double scoliose entraînant une déformation considérable de sa colonne vertébrale qui présente la forme d'un Z. Elle connaît ainsi, depuis l'âge de 7 ans, des douleurs rachidiennes, des sciatalgies, des cruralgies évoluant par crises « épouvantables ».

Elle a refusé l'opération comportant la pose d'une armature de tiges métalliques. Le port d'un corset ou de chaussures orthopédiques lui est souvent nécessaire.

Dès l'adolescence, elle présente une attitude masochiste vis-à-vis de sa souffrance, décrivant des parties de tennis, durant des heures, où elle s'accroche, luttant avec elle-même, continuant à jouer tout en pleurant de douleur.

L'endométriase débute vers 22 ans et elle est d'emblée douloureuse. Elle en parle en termes « d'adhérences », « c'est du lierre », et elle établit un parallèle avec son mode relationnel vis à vis des hommes, sa dépendance, la façon dont elle s'accroche à eux...

Cette année de ses 22 ans est également marquée par deux tentatives de suicide médicamenteuses, toutes deux réactionnelles à des trahisons masculines, à des promesses de mariage annulées. Une troisième tentative, vers 27 ans, aura lieu dans des circonstances similaires. (Notons ici le phénomène de répétition transgénérationnel : la mère de la patiente a effectué, elle aussi, de nombreuses tentatives de suicide et elle avait également subi plusieurs opérations chirurgicales gynécologiques.)

Enfin, pour conclure ce tableau déjà édifiant, c'est un ulcère duodénal qui va apparaître au

décours de ses échecs amoureux, entraînant une crise douloureuse presque chaque année.

Pendant la thérapie, elle me fait part de crises douloureuses inouïes, des heures de souffrance intolérable. Le problème auquel ses médecins sont confrontés réside dans le fait que, parallèlement, les examens les plus sophistiqués (endoscopie, échographie, hystérographie) sont normaux ! Comme si l'endométriase, le support organique à la douleur, avait disparu alors que le psychisme, lui, restait intoxiqué, pris dans l'accoutumance au phénomène douloureux.

Nous allons maintenant reprendre trois séquences cliniques de cette observation.

A de nombreuses reprises, la patiente va décrire le surgissement incontrôlable de sa pensée. Elle pense tout le temps, elle est assiégée par des pensées négatives « c'est noir... c'est emmêlé ». Les pensées surgissent de son inconscient, elles s'imposent à elle, venant envahir son psychisme.

Cette espèce de bombardement par la pensée inconsciente pourrait nous évoquer l'élaboration théorique centrale de l'IPSO, l'Institut de Psychosomatique, dont les chefs de file- Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Christian David - décrivent une carence du préconscient. Pour ma part, cette option théorique me semble constituer un présupposé beaucoup trop pessimiste. Ce qui m'a semblé observable serait plutôt une fonction protectrice présente, mais trop perméable, à la façon d'un filtre qui laisserait trop passer. Le préconscient maintient son rôle de pare- excitations, mais son effraction survient de façon excessive.

Le deuxième point sur lequel je souhaiterais insister concerne le rêve : au moment où Mme. B vient me consulter, elle ne rêve plus depuis des mois. Ce blocage de la vie onirique, ce « refoulement réussi de la fonction de l'Imaginaire », en référence à Sami Ali, constitue un marqueur clinique, voire diagnostique, fondamental dans l'observation du sujet psychosomatique.

Mme. B évoque bien des rêves anciens, des rêves de grossesse, d'accouchement... mais depuis qu'elle est prise dans l'étau de ses nuits de souffrance et d'insomnie, les rêves ont dispa-

ru... alors qu'elle se réveille au matin, en larmes, avec les marques de ses propres dents inscrites sur ses avant-bras...

Durant toute sa thérapie, elle va me rapporter un rêve : « son ami arrive chez elle... il a un pistolet... « je vais te tuer »... elle n'a pas peur... elle s'approche de lui, calme, elle lui arrache l'arme... c'est lui qui s'avance... « si tu avances, je te tue »... il n'a pas peur, il s'approche... elle lui met le revolver dans sa bouche... c'est la tête de son père... elle appuie... la tête gonfle... c'est comme dans le film « Allô, maman... »... la tête explose, il y a comme du métal... de la poussière... ».

La patiente ne parvient pas à associer. Sa seule association, incluse dans le récit du rêve, est donc l'allusion au film « Allô, maman... », comme un message à l'adresse de sa mère : « Allô, maman,... j'ai tué papa »...

Plusieurs niveaux d'interprétation sont présents dans ce rêve : d'une façon archaïque, nous observons cette violence avec le surgissement de l'oralité. Sur un autre plan apparaît la problématique du miroir, de la non- distinction entre soi et l'autre, repérable dans la symétrie du rêve. Ceci nous introduit à la question de la différence des sexes, avec cette interrogation sur qui possède le revolver?... Qui a le phallus?... Ce qui nous amène au niveau œdipien avec la figure de l'amant qui devient le père. Sans oublier la dimension transférentielle agressive, cette thérapie se déroulant en face à face.

Le troisième moment important survient alors que la patiente présente un état dépressif au long cours. Brusquement, en une occasion, va avoir lieu un virage maniaque. Mme. B se sent soudain pleine d'énergie, d'une gaieté exubérante, elle se met à chanter... Elle va alors jouer au tennis, seule, pendant une heure, frappant contre un mur de toutes ses forces. Ce qu'elle enchaîne en nageant 1 km de piscine, puis en allant suivre deux cours de danse d'affilée, jusqu'à l'épuisement.

Cette incapacité à percevoir les limites de son effort physique constitue un élément clinique primordial du sujet psychosomatique pris dans l'agir, dans une hyperactivité excluant la vie fantasmatique, pouvant aboutir, à l'extrême, au concept de « vie opératoire ».

La rupture de la thérapie survient d'ailleurs lorsque je découvre que le cours de danse auquel elle se rend chaque semaine (pratiquement sa seule sortie avec ses séances) consiste en une danse de couple, en vue de la compétition, une véritable séance de torture exécutée sous les aboiements d'un professeur particulièrement exigeant, venant, en quelque sorte, personnifier son instance surmoïque sadique. Mon intervention, pointant son masochisme, lui sera insupportable et viendra précipiter l'arrêt d'une thérapie dont le déroulement n'avait jamais été facile, la patiente ne cessant de scander : « C'est dans mon corps que je souffre, pas dans ma tête... »

Il est certain que ces patients ont beaucoup de difficulté à se laisser aller à pouvoir dire ce qui leur passe par la tête, à s'autoriser à suivre la règle fondamentale de libre association, à fortiori à envisager que cela puisse présenter le moindre intérêt dans l'évolution de leurs troubles. La réticence à associer, la réaction thérapeutique négative, les fréquentes difficultés à établir la relation transférentielle nécessitent une capacité constante à pouvoir aménager le cadre de la cure...

Lors de sa conférence de Genève, Lacan doit répondre à une question d'un psychanalyste du public : « Avez-vous eu l'occasion de toucher de près de grands patients psychosomatiques ? » Lacan réplique : « Il est certain que c'est dans le domaine le plus encore inexploré... Enfin, c'est tout de même de l'ordre de l'écrit. Dans beaucoup de cas nous ne savons pas le lire... (Lacan emploiera même, plus loin, le terme de hiéroglyphe). Tout se passe comme si quelque chose était écrit dans le corps, quelque chose qui est donné comme une énigme. »

Le malheureux psychanalyste s'accroche et lance une nouvelle question : « Mais comment leur faire parler ce qui est écrit ? »... C'est bien là toute notre difficulté à venir nous confronter à quelque chose qui est venue s'inscrire dans le corps, à ces phénomènes qui ne « parlent » pas mais nous exposent au risque de vouloir parler à leur place. Comme nous l'indique Lacan, nous sommes ici à la limite de nos élaborations théoriques et en tout cas à la limite de ce que nous pouvons proposer lors de nos interprétations. Il est peu probable, en effet, que jouer de l'équivoque signifiante, comme nous en usons

dans l'éclairage du symptôme névrotique, nous amène à un quelconque résultat...

Il me semble donc indispensable de rechercher, dans les effets de la cure, la possibilité pour le sujet de reprendre en considération son histoire, de renouer avec son passé, autrement que par l'énumération d'une suite d'événements relatant sa vie quotidienne. Et lorsque survient la réapparition d'une activité onirique ou fantasmatique, alors une étape essentielle de la thérapie a été franchie...

BIBLIOGRAPHIE

Cahiers de recherche du champ freudien : « Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse ». Analytica 48. Navarin 1986

De M'Uzan M. « Constitution du symptôme psychosomatique, constitution du destin psychosomatique », in Psychiatries n° 124-125. Octobre 1998. Revue de l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé. Congrès Psychosomatique 1997

Freud S. « Au-delà du principe de plaisir » in « Essais de psychanalyse ». Petite Bibliothèque Payot. 1984

Freud S. « Le problème économique du masochisme » in « Névrose, psychose et perversion ». PUF. 1973

Lacan J. Le séminaire, Livre I. « Les écrits techniques de Freud » p. 251. Seuil

Lacan J. Le séminaire, Livre II. « Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse » p.120. Seuil. 1978

Lacan J. Le séminaire, Livre III. « Les psychoses » p.352. Seuil. 1981

Lacan J. Le séminaire, Livre VI. « Le désir et son interprétation » inédit, texte ronéotypé, Leçons du 3 décembre 1958 et du 7 janvier 1959

Lacan J. Le séminaire, Livre XI. « Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse » p.180 à 230. Seuil. 1973

Lacan J. « Le symptôme », conférence à Genève, 1975. Le bloc- notes de la psychanalyse, n°5, Genève. Atars. 1985

Mazeran V. et Olindo-Weber S. « L'holophrase et la métaphore primitive. Un modèle pour les somatisations », in Psychiatries n° 124-125. Octobre 1998. Revue de l'Association Française des Psychiatres

d'Exercice Privé. Congrès Psychosomatique
1997

Nasio J.-D. « Freud est-il actuel ? », in Abstract
Neuro-Psy, n°208-209, novembre-
décembre 1999

Sami-Ali Le banal. Gallimard 1980

Sami-Ali Penser le somatique. Imaginaire et
Pathologie. Dunod. Bordas 1987

Le Trimestre Psychanalytique n°5 Sur la
psychosomatique. Actes des journées de Paris.
30-31 janvier 1988.