

Douleur et psychosomatique II

Cette conférence aurait pu s'intituler, en référence à notre thématique de cette année: «La douleur ... en-corps, encore», ce redoublement évoquant d'emblée les phénomènes de la répétition et de la jouissance.

Comme l'année dernière, je vais appuyer ma réflexion sur les cas de deux patients, rencontrés alors que je participais à la consultation du Centre d'algologie, le Centre anti-douleurs, à l'hôpital Pasteur.

Avant d'aborder ces observations, je souhaiterais revenir sur le concept d'holophrase, effleuré l'année passée. L'holophrase (du grec, holos: entier et phrasis: énoncé) signifie que toute une phrase va pouvoir être exprimée par un seul mot.

Comme je vous l'avais indiqué, Lacan introduit ce terme dès son premier séminaire, en 1953, sur «Les écrits techniques de Freud». Dans un passage où il s'interroge sur les origines du langage, il décrit «l'usage de certains peuples» ... où... «des phrases, des expressions... ne sont pas décomposables. Elles se rapportent à une situation prise dans son ensemble, ce sont les holophrases. On croit saisir là un point de jonction

entre l'animal, qui passe sans structurer les situations, et l'homme, qui habite un monde symbolique».

Lacan donne alors un exemple tiré d'un ouvrage ancien «L'Histoire du nouveau monde qu'on appelle Amérique» et il montre la façon dont les Fidjiens prononcent dans un certain nombre de situations la phrase suivante: «ma mi la pa ni pa ta pa»...Ce qui n'est pas une phrase de leur langage et n'est réductible à rien. Il poursuit: «Quelle est la situation dans laquelle se prononce l'holophrase en question? Il s'agit de la situation de deux personnes, chacune regardant l'autre, espérant chacune de l'autre qu'elle va s'offrir à faire quelque chose que les deux parties désirent mais ne sont pas disposées à faire.» L'holophrase vient donc constituer une expression permettant d'énoncer une phrase complexe, d'une façon particulièrement concise et compréhensible tacitement par les deux sujets.

Le problème du diagnostic, c'est la manière dont il vient suturer. Et là, effectivement, dans cette suture, quelque chose de la gélification de l'holophrase serait présent

Pour Lacan «nous trouvons là défini avec une précision exemplaire un état d'inter regard où chacun attend de l'autre qu'il se décide pour quelque chose qu'il faut faire à deux, qui est entre les deux, mais où aucun ne veut entrer. Il s'agit de quelque chose où ce qui est du registre de la composition symbolique est défini à la limite, à la périphérie...» Ultérieurement, Lacan placera ce concept au centre de son élaboration théorique sur le phénomène psychosomatique.

Si nous considérons la façon dont le corps vient à être capturé par le langage, il se produit une prise de l'organisme du sujet parlant, du parlêtre, dans la chaîne des signifiants, les S2. Le phénomène psychosoma-

tique se caractériserait par la présence d'holophrases, produisant une gélification de la chaîne signifiante, le sujet devient indétachable d'une sorte de concaténation, d'un monolithe S1S2.

Pour Roland Chemama, une telle coupure de la chaîne signifiante vient s'inscrire hors du corps symbolique (à la différence du symptôme hystérique), entre corps imaginaire et corps réel. Le symptôme surgissant à travers une sorte de langage binaire, soit il y a poussée morbide, soit il y a absence de poussée.

Quel statut théorique pourrait être attribué à cette holophrase? Faut-il l'aborder dans son aspect linguistique en la considérant comme une figure du langage, telles la métaphore ou la métonymie? Est-il envisageable de transposer, telle quelle, la structure linguistique sur le plan de la pathologie? Serait-il possible de repérer des holophrases dans le discours de nos patients, de pouvoir y déceler un mode d'expression clinique spécifique, assimilable aux mécanismes psychiques du refoulement, du déni ou de la forclusion...?

46

C'est une question que j'ai posée, ici même, tant à Roland Chemama, qu'à Houchang Guilyardi. Ce dernier m'avait répondu en prenant l'exemple du diagnostic donné au patient et qui viendrait jouer ce rôle de l'holophrase.

Il est bien évident qu'il y a une nécessité à passer par la nomination des maladies... Il n'est qu'à constater l'angoisse lorsqu'un trouble «fonctionnel» laisse les médecins sans «mots»... Pour y remédier, ceux-ci vont faire appel à des notions suffisamment floues pour rester ouvertes, telles la spasmophilie, la dépression, l'état limite...

La maladie nommée devient un objet, un avoir. «J'ai un ulcère... j'ai un eczéma... j'ai eu Hodgkin (comme disait une patiente de Houchang Guilyardi)»... Parfois cette nomination envahit tout l'être du sujet «je suis séropositif». Le problème du diagnostic, c'est la manière dont il vient suturer. Et là, effectivement, dans cette suture, quelque chose de la gélification de l'holophrase serait présent.

Dans le Séminaire VI, Lacan réduit strictement l'holophrase à l'interjection: «Ce n'est pas douteux, l'holophrase a un nom, c'est l'interjection». L'interjection se définit comme «un

mot invariable, pouvant être employé isolément pour traduire une attitude affective du sujet parlant» (sic! Le Robert) Elle a pour synonyme l'exclamation, une parole brusque qui jaillit spontanément. L'interjection rapproche, captive, met en connivence immédiate. Roman Jakobson la fait relever de la fonction émotive: «elle vise à une expression directe de l'attitude du sujet à l'égard de ce dont il parle».

Dans le Séminaire I, Lacan nous déclare: «Ecoutez bien la conversation de vos contemporains, et vous verrez combien elle comporte d'holophrases. Vous verrez aussi que toute holophrase se rattache à des situations limites, où le sujet est suspendu dans un rapport spéculaire à l'autre.»

A ce propos, ne pourrions-nous considérer comme exemple d'interjection, d'holophrase, le «Oui» de l'analyste, voire son grognement, son «hum, hum»... ce «oui» qui est certes un assentiment, un acquiescement «oui, vous avez raison», mais aussi un simple «oui, je vous écoute» ou «oui, je vous comprends», «oui, je suis là...», «oui, je vous entends, je ne dors pas»...

Parfois, ce «oui» vient rompre notre silence et sa simple présence ou son absence souligne la véracité attribuée au discours du patient... «oui, vous dites la vérité».

Pour conclure, provisoirement, nous conviendrons que ce qu'ajoute Lacan à la définition linguistique et qui fait de l'holophrase un concept psychanalytique, c'est l'effet structurant de cette modalité relationnelle sur le sujet.

Je vais maintenant aborder un premier cas clinique. Il s'agit de monsieur C., un homme d'une quarantaine d'années, adressé dans le service par une clinique de rééducation fonctionnelle, pour des douleurs bilatérales, situées au niveau des tendons d'Achille.

Trois ans plus tôt, en 1990, ce patient a présenté une rupture totale du tendon d'Achille droit, alors qu'il disputait une partie de tennis. Il est opéré et les suites sont bonnes. Cette première intervention chirurgicale ne laissera aucune douleur séquellaire.

Il s'écoule un intervalle libre de deux années, lorsque survient un accident de travail

sur un chantier, lors d'une chute en montant un escalier. Celle-ci provoque une rupture totale du tendon d'Achille gauche. Le patient est opéré, avec une suture à gauche, mais le chirurgien, durant l'opération, décide de faire une reprise à droite, sous prétexte d'un début de fibrose.

Le patient se réveille donc avec ses deux jambes plâtrées et il restera immobilisé pendant deux mois. Les suites opératoires sont catastrophiques: il ne peut plus marcher. Au bout d'un an de rééducation, il parvient à nouveau à se déplacer, mais les douleurs sont permanentes. En fait, son talon d'Achille gauche est maintenant trop court d'un centimètre.

Lorsque je vois ce patient pour la première fois, je suis alarmé par le tableau dépressif sévère présenté par celui-ci, exprimant des idées suicidaires et des angoisses majeures.

Il présente une insomnie importante, ne parvenant à dormir que trois à quatre heures par nuit, avec un réveil angoissé et des douleurs présentes aussitôt. Il fait des cauchemars où se pose la problématique de son rapport à l'autorité, des rêves professionnels où l'immeuble qu'il a construit s'effondre, où il n'est pas payé pour ses chantiers... Par ailleurs, dans la journée, pour oublier la présence permanente de la douleur, il se réfugie dans l'imaginaire, dans des rêveries presque toujours envahies de souvenirs de travail. Cette vie onirique souligne la situation d'impasse dans laquelle se trouve Monsieur C. Il ne peut plus exercer son métier; or celui-ci, avec son activité physique, corporelle lui était indispensable. Il lui est d'ailleurs proposé de se recycler dans l'informatique, mais il y a un rejet du travail intellectuel, toute occupation nécessitant la présence du corps.

Cette impasse s'accompagne d'ailleurs, depuis quelques mois, d'une efflorescence de phénomènes psychosomatiques, avec le surgissement d'un eczéma localisé au niveau des pieds et de l'entrejambes, des migraines très fréquentes, des brûlures gastriques d'allure ulcéreuse.

Quelques difficultés de déglutition font surgir des craintes hypocondriaques de cancer de la gorge. Cette impasse existentielle ne fait que renvoyer à l'impasse thérapeutique à laquelle est confrontée l'équipe médicale.

Tous les facteurs cliniques qui auto-entretiennent la douleur chronique sont du reste retrouvés chez ce patient: le stress, l'insomnie, l'inactivité, le retentissement affectif majoré par l'incertitude de l'évolution.

Monsieur C est le dernier né d'une fratrie de six enfants comportant quatre garçons et deux filles. Sa famille est issue de milieux très modestes. Son père, âgé de 92 ans, d'origine musulmane, était mineur. Sa mère, âgée de 77 ans, était, elle, d'origine italienne.

Tous les enfants, sauf une fille, ont changé de nom à leur majorité, abandonnant le nom du père pour prendre celui de leur mère. Monsieur C me confie ceci sous le sceau du secret. Il a changé de région et personne n'est au courant.

L'enfance est marquée par l'échec scolaire, par une dyslexie et par une grande violence extérieure; il se trouve en butte au racisme, au rejet, à l'exclusion. A onze ans, il passe un an dans une classe spéciale de rattrapage, pour sa dyslexie. Il la décrit comme la seule période agréable de sa scolarité. Puis il reprend un circuit normal et il est de nouveau confronté à l'échec, jusqu'à une tentative de suicide, à quatorze ans, dont il ne veut plus se rappeler et sur laquelle il refusera de donner le moindre détail.

Suit un apprentissage dans le bâtiment, où son très fort désir de réussite sociale l'amène à la position de chef de chantier. Son travail est hyper investi, il est hyperactif, menant trois, quatre, cinq chantiers en même temps. Il est pris dans l'agir, constamment en déplacement. Il n'a pas d'horaire, travaille le dimanche, ne prend jamais de vacances.

Durant ses quelques loisirs, c'est encore le corps qui est exclusivement investi avec la pratique intensive de multiples activités sportives: ski nautique en compétition, ski alpin, tennis, golf...

Il s'est marié et a eu une fille. Il divorce en 84, ou plutôt il répudie sa femme à laquelle est reproché son manque d'ambition. Toujours en 84, va survenir un éclatement familial, suite à des malversations financières d'un de ses frères qui travaillait avec la mère. Celle-ci se retrouve

endettée de façon importante; or ce sont, lui et les autres frères et sœurs qui ont dû payer. Cependant, la mère, comme le père, ont conservé leur affection pour ce fils. Depuis ils ne se parlent plus, ne se voient plus.

C'est encore en 84, qu'il se porte caution solidaire d'un ami dont l'entreprise fait faillite. L'ami s'enfuit en laissant un passif de 27 millions de francs, pour lesquels il est toujours poursuivi en justice, dans l'attente d'un jugement.

Nous observons ainsi, une fois de plus, une succession de trahisons: la trahison des parents, de l'ami et enfin du chirurgien... Mais cette répétition ne viendrait-elle pas faire écho à sa trahison à lui, lors de l'abandon du nom de son père? Nous pourrions ainsi envisager une sorte de valeur rédemptrice, de «prix à payer», de la douleur par rapport à la culpabilité inconsciente. Le problème d'identité, d'identification de ce patient viendrait alors constituer son «talon d'Achille».

Lorsque je le revois, il m'explique qu'il a deux solutions: soit une nouvelle intervention (la sixième), suivie de 45 jours de plâtre, puis de six mois de rééducation, pour un résultat des plus aléatoires. Il s'exclame alors: «Arrêtez le massacre». Soit le port de chaussures orthopédiques, ce qu'il assimile au statut d'handicapé. Sa marge de manœuvre apparaît comme bien étroite...

Lors de son dernier rendez-vous, il avait finalement opté pour la première «solution» et il était dans l'attente d'une décision opératoire.

A travers l'éclairage apporté par cette observation se pose la question de savoir s'il est pertinent d'envisager une articulation entre un trouble s'exprimant au niveau du corps et un phénomène de langage. Le corps aurait-il la possibilité, dans certaines conditions, de prendre le relais de la parole du sujet quand celle-ci vient à lui faire défaut?

Cette rupture des tendons d'Achille est-elle à entendre sur un plan métaphorique? A-t-elle une valeur holophrastique? Ces deux événements mécaniques (au sens où une force, une tension provoque une rupture) ont-ils un sens dans ce qui pourrait être assimilé à une «écriture du corps», à l'écriture d'un texte dont nous

aurions à déchiffrer la lisibilité?

De nombreux auteurs envisagent ainsi l'hypothèse d'un dysfonctionnement archaïque, survenant chez le tout jeune enfant, dès les premières acquisitions. Il s'agirait d'affects divers d'angoisse, de rage, de terreur, d'excitations excessives, de perte, d'abandon dont la valeur traumatique, débordant le pare-excitation, n'a pu être élaboré psychiquement. Seul le corps continuerait à en porter la trace et, lui seul, serait à même d'exprimer ces affects restés hors langage, hors mémoire.

Je vais maintenant aborder une deuxième observation, concernant une femme d'environ cinquante ans, présentant un syndrome algodystrophique situé au niveau du pied et de la cheville gauches.

L'algodystrophie survient à la suite d'un traumatisme, parfois totalement insignifiant. Il s'installe alors une impotence douloureuse de la main ou du pied. Si les radios objectivent une déminéralisation osseuse prononcée, les médecins sont pour autant bien démunis pour traiter cette affection dont l'évolution spontanée est censée évoluer favorablement dans un délai de quelques mois à deux ans.

L'histoire de cette patiente débute également par un accident sur son lieu de travail, lors d'une chute dans un escalier, occasionnant un traumatisme crânien et une fracture du talon gauche. Cette fracture va nécessiter plusieurs interventions. C'est lors de la troisième qu'apparaissent des douleurs du pied et de la cheville très importantes, à type de fourmillements, de brûlures.

Depuis, la douleur est devenue permanente et invalidante. La patiente se déplace avec beaucoup de difficultés. Elle reste en arrêt de travail depuis plus de deux ans. De multiples traitements lui ont été proposés, mais sans succès.

Madame A. est une employée de banque, divorcée, vivant avec sa mère et sa fille âgée de dix sept ans. L'entretien ne retrouve aucun antécédent particulier sur le plan médical, mais lorsque j'aborde le domaine chirurgical, elle devient alors intarissable. Elle avance le chiffre d'une quinzaine de fractures, en me précisant «

je me casse facilement». L'énumération commence vers 7-8 ans où des chutes de vélo occasionnent plusieurs doigts cassés. A 14 ans, en courant, elle heurte une chaise et se fracture deux orteils. Une fracture du poignet survient au ski. Deux orteils à nouveau, sur une marche. Encore un poignet, en tombant d'un train. A trente cinq ans survient un accident de mobylette avec le trauma d'un genou, nécessitant une méniscectomie. A trente huit ans, une chute dans un escalier, provoque une fracture du sacrum. Elle conclut, non sans humour: «j'attends le col du fémur. Il faut vivre avec l'espoir!»

Comment expliquer une pareille accumulation, une aussi étrange quantité de malheurs, s'abattant, sans causes décelables, sur une même personne? Est-ce que le hasard d'un mauvais destin, de la malchance, du «mauvais œil» pourrait justifier cette récurrence? En effet, ce dont viennent témoigner nos patients lorsqu'ils évoquent le destin, à travers les divers avatars de leur existence, nous amène à cette observation: il s'agit souvent d'un destin qui présente la particularité d'être tenace!

Freud, pour sa part, a postulé l'existence d'une «névrose de destinée», un concept élaboré en 1920, dans un contexte où la spéculation sur la pulsion de mort est à son acmé. Il évoque ainsi ces sujets qui «donnent l'impression d'un destin qui les poursuit, d'une orientation démoniaque de leur existence». «La vérité est que cet éternel retour du même ... nous impressionne plus fortement dans les cas où la personne semble vivre passivement quelque chose sur quoi elle n'a pas d'influence; et pourtant elle ne fait que revivre toujours la répétition du même destin».

Lors de notre première rencontre, je note que le contact est bon, même s'il existe un fond d'agressivité contenue. L'histoire de la patiente est d'ailleurs difficile à établir, tant celle-ci se révèle peu coopérante.

A la naissance, ils étaient des triplés. Un frère est décédé immédiatement, un autre frère est professeur à l'étranger.

Son père était médecin, d'origine anglaise. C'est lui qui la soignait, enfant, lorsqu'elle était malade. Il est décédé brutalement d'une crise cardiaque, alors qu'elle avait trente ans.

Sa mère, était professeur de mathématiques. L'histoire familiale est elle aussi émaillée d'accidents peu ordinaires puisque la mère, lors d'un malaise, chute d'un balcon situé au premier étage et se fracture le bassin. Il y a cinq ans elle se fracture le fémur, ce qui l'amènera à venir vivre avec Madame A. Durant le suivi, c'est la fille qui se casse la jambe. Une fracture grave, déplacée, survenue dans sa chambre, dans des circonstances mystérieuses sur lesquelles Madame A se révèle incapable de donner un éclaircissement.

Quand je l'interroge sur son mariage, son divorce, elle refuse de répondre et devient très agressive. «Je ne relis jamais deux fois le même livre».

Elle ne me parlera pratiquement pas de sa vie affective, ne laissant filtrer qu'une phrase sibylline: «Au bout de huit ans, quand je l'ai retrouvé, j'ai divorcé».. évoquant un abandon lors de la naissance de sa fille.

Il me semble important de souligner le changement du mode de vie entre avant et après l'accident. Avant, elle se décrit comme très active, hyper- organisée, sur un mode obsessionnel. Elle faisait de la gymnastique, prenait des cours de langue. Son activité favorite est la marche. Elle a fait des multiples voyages avec le comité d'entreprise: Thaïlande, Turquie, Russie, Amérique du Nord, Amérique du Sud...

Actuellement, elle ne sort plus, ne marche plus, ne voyage plus. Ses activités sont la lecture et les mots croisés.

Je serai amené à suivre l'évolution de cette patiente pendant plusieurs mois, au rythme d'un entretien mensuel, sans que son état ne présente d'amélioration significative.

Quand elle marche les douleurs ne font que s'amplifier. Son pied se gonfle d'œdème: «un pied glacé qui la brûle». Je note un lapsus, à un moment où elle évoque des hyperesthésies et où surgit le mot «hyperectasy». Elle n'arrive pas à expliquer ses troubles, à leur donner une quelconque représentation. Elle met en cause la troisième intervention: «on a trifouillé», «à force de le toucher, dès qu'on l'approchait, je sentais la douleur», «ils disent que c'est un truc ner-

veux...c'est au pied que j'ai mal, pas à la tête».

Elle est agressive, elle en a marre. Parfois elle craque, elle pleure, mais se ressaisit très vite. Elle relativise ses difficultés, dans une phrase qui revient souvent:

« il y en a des plus malheureux: le cancer, le sida...». Elle dort mal, se réveille vers 4 heures du matin et ne se souvient pratiquement jamais de ses rêves. Par deux fois, elle rêve qu'elle marche sans douleurs, normalement, ce qui la remplit de contentement.

Son mode de structuration de l'espace a pu être abordé ainsi que les éventuels problèmes de latéralité, chers à Sami- Ali, si fréquemment retrouvés dans les phénomènes psychosomatiques. Elle est droitrière, mais aime faire les choses de la main gauche, comme cuisiner, par exemple. Son père était ambidextre, son frère jumeau était gaucher, de même que sa fille. Elle n'a aucun sens de l'orientation.

L'impasse thérapeutique conduit ses médecins à la placer sous morphinique, pendant une semaine «à l'essai». Lors d'une brève amélioration, elle reprend toutes ses activités d'une façon si brutale que la rechute survient quasi instantanément...L'essai se poursuivait depuis plus de trois mois, lorsque je l'ai perdu de vue.

Elle projetait de reprendre son travail à la banque, en utilisant des semelles orthopédiques. A long terme, elle souhaitait retourner vivre en Angleterre, où elle aurait pris sa retraite à la campagne pour y faire de la marche. Elle sou-

haitait «se casser» et il est certain que dans un contexte analytique l'énoncé du début «je me casse souvent» aurait pu être pointé dans son ambiguïté signifiante.

Lors de son dernier entretien, elle est de nouveau très agressive. Elle en a «marre de la vie, toujours aussi monotone, une vie qui est devenue un cauchemar». Elle ressent le fait de venir parler comme la mettant en danger.

Nous mesurons combien cette patiente se retrouve seule, face à cette douleur devenue chronique et qui reste intraitable. Qu'est-ce qu'un abord psychanalytique pourrait prétendre apporter à ces patients? Un travail de parole me semble rester possible, visant d'abord à la reconstitution d'un lien protecteur, en reconnaissant le caractère déstabilisant de la douleur qui vient altérer la qualité de vie.

Parfois, comme nous l'indique Roland Chémama: «La lésion de l'organe ou de la fonction garde une dimension imaginaire dans sa forme ou son allure qui autorise une tentative de déchiffrement». Il évoque également: «l'affrontement progressif du sujet au mur du langage par lequel il est amené à prendre en compte la dimension de l'impossible.» Bien souvent, nous sommes en effet amenés à conduire le sujet à pouvoir faire le deuil de sa recherche de guérison et à apprendre à vivre, à apprendre à faire avec le symptôme.