

# L'hypochondrie entre croyance et certitude

Lille, 26 septembre 2008

Dominique Wintrebert

## RÉSUMÉ

Après avoir considéré l'histoire de l'hypochondrie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, l'auteur propose, à la lumière des travaux de Freud et Lacan, une lecture psychopathologique des phénomènes hypochondriaques.

**Mots clés :** hypochondrie, psychopathologie, pulsion de mort, condamnation, jouissance

## ABSTRACT

**Hypochondria between belief and certainty.** After having studied the history of hypochondria from antiquity until today, the author proposes a psychopathological reading of hypochondriac phenomena, in the light of Freud and Lacan's works.

**Key words:** hypochondria, psychopathology, death drive, condemnation, lust

## RESUMEN

**Hipocondria, entre creencia y certeza.** Despues de haber considerado la historia de la hipocondria desde la era antigua hasta hoy en día, el autor propone, a la luz de las obras de Freud y Lacan, una lectura psicopatologica de los fenomenos hipocondriacos.

**Palabras claves :** hipocondria, psicopatologia, pulsion de muerte, condena, goce

<dominique.wintrebert@ch-les-murets.fr>

**Tirés à part :** D. Wintrebert

## Définition de l'hypocondrie

Posant depuis toujours l'énigme du lien psyché-soma, l'hypocondrie se tient au carrefour de la médecine avec la philosophie. Bien au-delà des patients, elle interroge chacun d'entre nous sur son rapport avec son corps et son être mortel. Elle concerne en effet la réalité la plus intime, la plus secrète de notre corps : la sphère des viscères. Et l'on est surpris de constater le peu de place que lui consacrent les manuels de psychiatrie.

Rangée par Guelfi dans « les pathologies émotionnelles à traduction somatique » [1], et par le DSM-IV parmi les troubles somatoformes, soit les symptômes physiques que n'expliquent ni une affection médicale, ni un autre trouble psychiatrique, l'hypocondrie est définie par le *Petit Robert* comme un « état d'anxiété habituelle et excessive à propos de la santé ». [2] Nous lui préférons la définition donnée par Nikola Schipkowensky et citée par Henri Ey dans l'Étude n°17 du formidable ouvrage récemment réédité par le Cercle Henri Ey, les fameuses *Études psychiatriques* : « Estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé du corps » [3].

L'hypocondrie toucherait 5 % de la population, se répartissant équitablement entre les sexes.

## Histoire

On attribue à Dioclès de Caryste, élève d'Hippocrate au IV<sup>e</sup> siècle avant Jésus-Christ, la première description de l'hypocondrie. Il en fait un tableau s'apparentant à une gastrite. Galien lui reprochera d'avoir négligé ce qui apparente l'hypocondrie à la mélancolie : les souffrances de l'âme, et particulièrement la crainte et la tristesse déjà décrites par Hippocrate (-460, -377) et rapportées par lui à l'atrabile ou bile noire. La médecine antique, suivant en cela Hippocrate, pense en effet qu'un déséquilibre d'une des quatre humeurs (bile jaune, flegme, sang, bile noire, qui correspondent aux quatre éléments, aux quatre saisons, à quatre tempéraments), ici, un excès d'atrabile, a le pouvoir d'attaquer électivement la pensée.

Toute cette partie historique s'inspire pour beaucoup de l'excellent article [4] de Colette Guedeney et Catherine Weisbrot de la *Monographie de la Revue française de psychanalyse* consacrée à notre sujet. Elles voient dans cette circulation des humeurs l'amorce de la notion de cénesthésie qui ne verra le jour qu'au XIX<sup>e</sup> siècle [5]. L'hypocondrie, selon cette conception, est une maladie organique, le désordre de l'âme étant second, pour n'être que la conséquence de celui qui affecte les humeurs, même si Hippocrate, très attentif aux sphères affective et intellectuelle peut également soutenir que « la tension de l'esprit peut mener à l'idée fixe ». Appelons cela « se faire du mauvais sang ». Jackie Pigeaud considère qu'Hippocrate fait un coup de force en imposant le cerveau comme lieu de la pensée. Démocrite (-460, -370), son contemporain, pense,

lui, que c'est l'âme qui tourmente le corps et le rend malade [6]. Trouvons-y le reflet de nos débats contemporains sur la causalité de tels troubles, la sérotonine pouvant passer pour une variante moderne sophistiquée de l'atrabile.

Le regretté Georges Lantéri-Laura nous dirait que les paradigmes abandonnés continuent de courir dans les dessous. Constatons que, déjà à cette époque, et jusqu'à Pinel, l'hypocondrie se mélange jusqu'à se confondre avec la mélancolie, ce que la théorie des humeurs facilite, mais aussi parce que la clinique de la mélancolie l'autorise, nous y reviendrons.

Au Moyen Âge, l'hypocondrie perd son « h » et entre dans la langue commune. Assimilée à l'*acedia* (la paresse), la mélancolie devient, par l'influence croissante du christianisme, un péché contre la religion [7]. Le tempérament hypocondriaque est placé sous l'influence de Saturne, « un Dieu fort inquiétant » comme nous le chantait Brasens.

Peu avant sa mort (1673), Molière écrit sa dernière pièce, *Le Malade imaginaire*. Cette œuvre, plus tragique que bouffonne dépeint avec une ironie féroce les relations entre un hypocondriaque et un médecin qui n'a que faire des douleurs de son patient. C'est une nouvelle ère qui s'ouvre, la médecine se piquant de trouver la localisation des maladies, ce que souligne la fameuse réplique « le poumon ! ». On sait moins que *Le Misanthrope* avait pour sous-titre *L'Atrabilaire amoureux*.

En 1770, Boissier Sauvages de la Croix, dans sa nosographie méthodique, sépare hystérie et hypocondrie, cette dernière n'étant « qu'un égarement pur et simple de l'esprit, compromettant l'état organique surtout par l'abus des remèdes et par les exagérations des régimes auxquels sont entraînés les hypocondriaques » [8]. Retenons l'idée intéressante de cet aliéniste : l'hypocondrie, qu'il classe dans les véanies, serait une hallucination de l'homme sur sa propre santé. Apparaît avec lui la distinction entre hypocondrie simple et hypocondrie délirante [9]. C'est à cette époque que la théorie des humeurs laisse la place aux affections du système nerveux. C'est également à cette époque que naît la notion de cénesthésie dans le champ de la neurologie, notion dont les aliénistes vont s'emparer.

Pinel classe l'hypocondrie parmi les névroses, c'est-à-dire des affections du système nerveux, sans inflammation, ni lésion de structure et sans fièvre. Il est, pour lui, « très difficile de ne pas la confondre avec l'hystérie et la mélancolie » [10].

Esquirol la rangera, lui, dans la classe des lypémanies, l'associant définitivement à la dépression. Progressivement, l'hypocondrie majeure va être démembrée au fur et à mesure que la nosographie des délires s'affine, devenant un thème de délire comme un autre, tandis que l'hypocondrie mineure est assimilée à la neurasthénie.

Jean-Pierre Falret, un des aliénistes les plus clairvoyants, et notamment le découvreur de la psychose maniaco-dépressive qu'il appela « Folie circulaire », crée le terme

d'hypocondrie morale pour parler du tableau présenté par les mélancoliques sans délire : « ... ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues [...] ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue [...] ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants [11]. »

Le syndrome de Cotard, qualifié par celui-ci de délire hypocondriaque et complication de la mélancolie en 1880, avant d'être décrit en 1882 sous la forme aujourd'hui universellement connue comme « délire des négations », n'est que l'accentuation de cette hypocondrie morale et sa généralisation de l'esprit au corps lui-même [12].

La création du terme de *sinistrose* par Brissaud en 1908 [13] va permettre de désigner un tableau auquel sont conduits certains hypocondriaques procéduriers.

Dupré classe l'hypocondrie dans le 1<sup>er</sup> groupe de sa classification de 1919 : celui des déséquilibres de la sensibilité physique. Il met un accent sur les cénestopathies en tant qu'« hallucinations de la sensibilité commune » [14].

Ajoutons que S. Follin et J. Azoulay opposent en 1961 l'hypocondrie *cum materia*, perception anormale de troubles corporels réels, et l'hypocondrie *sine materia*. Ils signalent l'aspect de quasi-délire à deux que peut prendre la relation médecin-malade dans certaines situations [15].

Terminons ce rapide panorama en pointant l'hypocrisie moderne qui consiste pour beaucoup de nos confrères à qualifier de « fonctionnels » ou « d'anxieux constitutionnels » ces troubles hypocondriaques, troubles « hypo » comme les nomment les patients sur les forums Internet, cette apocope rendant plus justement compte de ce qui, en dessous, « hypo », motive lesdits troubles.

## La discussion *cum* ou *sine materia*

C'est une fameuse controverse : existe-t-il une « épine irritative » dans l'organisme qui justifierait la sensation ou pas ? Est-ce au départ une sensation parfaitement anodine auquel l'hypocondriaque prête un contenu extravagant ? Est-ce une hallucination cénesthésique ? Il nous semble que cette discussion prend le risque de reproduire celle qui fit rage sur la sensorialité des hallucinations : le malade les entendait-il ou pas ? La découverte des hallucinations intrapsychiques avait orienté ce débat avant qu'il fût, à notre sens, définitivement tranché par Lacan lorsqu'il fit du langage un parasite, ce que l'hallucination illustrait au mieux. Dans le cas qui nous occupe, ce n'est pas à partir de la constatation qu'il y a ou pas un trouble physique, voire une maladie réelle, que nous pouvons nous orienter. Par ailleurs, il est souvent ardu de savoir si la sensation physique existe ou si elle est de nature hallucinatoire. Enfin, quand il existe un trouble somatique identifié, on sait que le vécu cénesthésique qui accompagne ce trouble est fonction de nombreux facteurs chez tout un chacun.

Parfois la maladie crainte se déclare comme si l'hypocondrie avait eu une valeur prémonitoire. Dans certains cas, l'arrivée de cette maladie réelle entraîne une amélioration de l'état clinique, l'ennemi tant redouté étant enfin présent et donnant l'occasion d'un combat. Dans d'autres, elle vient authentifier la condamnation à laquelle le sujet se considérait exposé, dans d'autres encore, elle va nourrir le délire de préjugé, etc. La clinique, comme toujours, se juge au cas par cas.

## Hypocondrie simple ou délirante

Cette formulation nous semble mal choisie, bien qu'elle figure comme telle dans le corpus psychiatrique. Qui dit hypocondrie, à notre sens, dit délire. Il y a la sensation cénesthésique – qui peut être très discrète, voire imperceptible –, ou l'hallucination cénesthésique, et la conviction qui se greffe dessus : que cette sensation est l'indice du pire. Il s'agira plutôt de savoir si cette conviction délirante survient dans un tableau névrotique ou psychotique. C'est ici qu'entre en fonction le titre que j'ai choisi. Ce qui pourra nous guider, c'est de pouvoir distinguer s'il s'agit dans ce délire de croyance ou de certitude. Encore faudra-t-il situer avec précision cette question. Le sujet psychotique, « même quand il s'exprime dans le sens de dire que ce qu'il éprouve n'est pas de l'ordre de la réalité, cela ne touche pas à sa certitude, qu'il est concerné. Cette certitude est radicale » [16]. En suivant cette indication de Lacan, nous pourrions déterminer si la sensation cénesthésique est un phénomène élémentaire pour le sujet ou pas. Il y faut ce concernement absolument irréfutable qui inclue dans la sensation le fait qu'elle vise le sujet.

Le névrosé est lui dans une situation de contrainte identique à celle de tout symptôme : quelque chose de plus fort que soi dont on se plaint et dont on mesure l'aspect pathologique, mais auquel, plus mystérieusement on est attaché, comme, par exemple, peut l'être un obsessionnel à son rituel, étant tout à la fois assujéti à celui-ci et luttant contre lui.

Dans la névrose obsessionnelle, mais aussi dans certains cas de psychose, un symptôme très répandu, la nosophobie, souvent à l'origine de cérémonials de protection est comme l'illustration d'un temps précédent l'hypocondrie, l'aliénation sans la sensation, la hantise d'attraper la maladie mortelle et non l'angoisse, voire la certitude de l'avoir contractée. Le névrosé hypocondriaque sait que c'est absurde, il accepte d'en rabattre concernant les phénomènes dont il est la proie. Il se laisse rassurer à l'occasion par les résultats positifs d'un examen jusqu'à rebondir de plus belle. L'aspect compulsif, l'anxiété qui l'accompagne, les rituels de réassurance nous semblent établir un assez juste parallèle. Ainsi, cette femme, qui se rend chez son dermatologue et fait vérifier un à un ses grains de beauté, puis sort rassurée du cabinet du médecin qui n'a rien trouvé d'alarmant, jus-

qu'au moment où saisie par le doute, elle se dit qu'il y en a un qui a échappé au contrôle, que c'est justement celui-là...

Nous pensons également qu'une partie conséquente de ce qui se présentait à l'époque freudienne sous forme de conversions hystériques s'est déplacée avec les avancées du discours de la science dans le champ de la cénesthésie et de ses troubles.

## L'hypocondrie comme symptôme

Partant de l'idée que l'hypocondrie est un symptôme trans-structural qui peut survenir dans toutes les pathologies, nous avons à cœur de rappeler ici une orientation qui nous semble trop peu partagée aujourd'hui : le symptôme remplit toujours une fonction dans une économie subjective. Ce symptôme dont le sujet se plaint, nous postulons qu'il y est attaché sans pouvoir se le dire pour des raisons qui lui échappent et que nous devons conjecturer.

Nous donnerons plus loin des éléments de psychopathologie qui permettent d'éclairer certaines de ces raisons. Mais, nous pouvons déjà avoir l'idée qu'une hypocondrie peut être une solution pour certains cas de psychose au sens où la sensation vient fixer quelque chose dans le corps, au même titre, pour établir un parallèle, que la phobie permet, en fixant l'angoisse d'ordonner un monde.

Nous devons également, en mettant l'accent sur la promesse de catastrophe implicite au phénomène hypocondriaque (plutôt le cancer chez les femmes, plutôt l'accident cardiaque chez les hommes), nous dire que la sensation hypocondriaque donne du grain à moudre au sentiment inconscient de culpabilité et au besoin de punition qui en est la conséquence. Citons Freud ici : « L'importance pratique de cette trouvaille ne le cède en rien à son importance théorique, car ce besoin de punition est le pire ennemi de notre effort thérapeutique. Il est satisfait par la souffrance qui est liée à la névrose et qui s'accroche, pour cette raison, à l'état de maladie [17]. »

## Diagnostic différentiel

L'hypocondrie peut être l'essentiel du tableau clinique ou s'agréger à tout type de pathologie, mais on la distinguera d'autres tableaux cliniques.

Elle est différente de la conversion hystérique en raison de trois critères principaux : Il n'y a pas la belle indifférence mais au contraire une souffrance entraînant une préoccupation exagérée, la signification symbolique du phénomène hypocondriaque est difficile à cerner, la conversion enfin altère les fonctions corporelles.

L'hypocondrie peut être une forme évolutive d'une névrose d'angoisse

L'hypocondrie est à distinguer des convictions délirantes concernant la forme même du corps, son apparence, et

non les sensations corporelles tels que signe du miroir, dysmorphophobie, transsexualisme, etc.

Nous l'avons par ailleurs déjà différenciée de la nosophobie.

Il manque la lésion des organes pour en faire un trouble psychosomatique.

## Complications

Nous passerons rapidement sur les conséquences sociales et familiales de cette affection. L'hypocondriaque n'épuise pas seulement les médecins, il finit par désespérer ses proches.

Nous évoquerons quatre tableaux évolutifs possibles en cas de psychose repris de la description qu'en donne Ey dans ses *Études* [18].

1. S'il s'agit d'un paranoïaque, la malveillance attribuée à l'autre va possiblement conduire à l'idée de préjudice avec le risque d'un tableau de sinistrose. J'ai dû intervenir une fois pour un patient souffrant d'un cancer de la prostate et qui avait menacé de mort son cancérologue. C'est ce qu'Henri Ey appelle le délire hypocondriaque de préjudice corporel (« Étude 17 », p. 457).

2. S'il s'agit d'une psychose hallucinatoire chronique, nous verrons volontiers la sensation cénesthésique donner la matrice d'un délire de possession, et on peut ranger dans ce créneau le syndrome d'Ekbom, ces malades persuadés d'avoir des bestioles sous la peau et qui vont consulter les dermatologues, mais aussi les démonopathies, lycanthropies et autres possessions en tous genres. Ey appelle cette catégorie le délire de possession, de zoopathie et de grosse.

3. Dans le registre mélancolique, nous devons faire une place à part au syndrome de Cotard. Ey le range dans une troisième catégorie : le délire hypocondriaque de transformation corporelle où l'on trouvera négation d'organes, métamorphoses touchant au vécu corporel (os en bois, cœur en caoutchouc, corps en carton, etc.), mais aussi cadavérisation et pourriture mettant à nu l'identification mélancolique au déchet.

4. Dernière variété, le délire hypocondriaque d'agression corporelle. Il s'agit de sensations en règle proprioceptives vécues hallucinatoirement et projetées par les patients sur le monde extérieur. On les martyrise, ils sont sujets d'expérience, objets de sévices. Abraham décrit un cas très éclairant de cet ordre.

Henri Ey signale qu'on trouve ce type de troubles y compris chez les épileptiques et les déments, autant dire chez tout un chacun.

## Théories causales

Le temps manquant pour passer en revue les différentes théories, nous évoquerons certaines très succinctement

pour nous attarder sur celles de Freud et donner un point de vue lacanien dont j'espère qu'il vous aidera à situer logiquement de quoi il retourne.

### Les théories mécanicistes

Elles considèrent qu'il s'agit d'un trouble basal à situer soit du côté de la perception, soit de la somatognosie ou encore de la sensibilité protopathique. Elles reposent sur l'idée d'une lésion : elles sont *cum materia*. Prenons l'exemple des troubles cérébro-spinaux de la sensibilité. On rendra compte du délire de négation par un défaut d'affichage cérébral des zones considérées. Les lésions du Tabès ont inspiré une conception spinale aujourd'hui abandonnée. On a aussi imaginé des algies viscérales réflexes, notamment du système sympathique, mais cette conception n'est plus retenue aujourd'hui. Enfin, on s'est inspiré des théories du schéma corporel (Paul Schilder) soit en l'hypostasiant dans un syndrome cortical, soit en imaginant des fixations à des stades précoces du modèle postural du corps.

### Des modèles psychogénétistes

Ils sont, eux, plutôt *sine materia*. Pour Dubois de Berne, le ressort de l'hypocondrie est une sorte d'auto-intoxication du sujet par une idée fixe.

Hesnard, premier psychanalyste français à publier une observation sur ce thème, recherche la racine inconsciente de l'hypocondrie. Ferenczi, fidèle à la théorie initiale de Freud fait de l'hypocondrie une stase de la libido. Mélanie Klein y voit le mauvais objet introjecté devenu persécuteur. André Green utilise le concept d'hallucination négative pour en rendre compte.

Pierre Fédida nous intéresse davantage lorsqu'il énonce que l'hypocondrie tient un rôle pivot entre paranoïa et mélancolie, qu'elle est une défense contre des menaces de décomposition et de cadavérisation. Lorsqu'il soutient que l'organe peut jouer « le rôle de représentant d'un ancêtre absent dont la protection tutélaire ne serait accordée qu'au prix de cette énigmatique remémoration constante de la douleur », il est moins convaincant [19].

Je conseille à ceux qui s'intéresseraient à cette conception de lire la nouvelle de Poe intitulée *La Vérité sur le cas de M. Valdemar* [20]. Lacan s'en sert pour théoriser l'entre-deux-morts [21].

### Les modèles mixtes

Au premier rang d'entre eux l'organo-dynamisme d'Henri Ey entend protéger la psychiatrie comme branche de la médecine d'une psychanalyse à l'époque hégémonique, volontiers structuraliste, et considérée comme négligeant l'ancrage dans l'organisme des troubles psychiques. Croyant ainsi sauver la psychiatrie, il précipite au contraire son naufrage dans l'athéorisme anglo-saxon et son corollaire normatif de rééducation des troubles mentaux. Du moins est-ce la thèse de Paul Bercherie, dont force est de

constater la pertinence. Par ailleurs, la conférence d'Ey sur l'hypocondrie est admirable d'érudition, mais il est bien difficile d'y trouver une logique à même d'éclairer la question.

Nous considérons que le stigmate actuel dans notre champ de l'organo-dynamisme est le fameux être bio-psycho-social qu'on nous sert à toutes les sauces, sorte de tautologie oecuménique bien à même elle aussi de semer la confusion sous prétexte de répondre à la complexité des phénomènes.

## Avec Freud et Lacan

### Avec Freud

Il y a trois clés chez Freud qui permettent d'avancer, mais avant d'y venir, je voudrais vous rappeler sa première théorisation, quasi mécaniciste, et la bascule que représente la conceptualisation du narcissisme.

L'hypocondrie est une des trois névroses actuelles avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse. Ces névroses actuelles sont des pathologies de la libido [22]. La particularité de ces névroses actuelles est l'absence de conflictualité interne : elles s'opposent ainsi aux névroses de transfert. Névrose d'angoisse et hypocondrie sont liées à un excès de libido dû à la continence sexuelle. Dans l'hypocondrie, l'angoisse qui résulte de cet excès de libido non satisfaite se fixe sur des sensations corporelles. La neurasthénie à l'opposé, est une déperdition de libido causée par la masturbation. Il est remarquable que ces névroses actuelles soient, chacune, mises en relation avec une maladie, comme si elles en étaient l'embryon : la névrose d'angoisse avec l'hystérie, la neurasthénie avec la névrose obsessionnelle, et l'hypocondrie avec la paraphrénie.

La querelle avec Jung pousse Freud à théoriser le narcissisme et à s'intéresser de nouveau à l'hypocondrie en en reconsidérant le mécanisme. Avec l'appui du narcissisme, considéré comme un retour sur le moi de la libido d'objet sous l'influence de facteurs extérieurs, Freud va opposer l'angoisse névrotique, liée au partenaire du sujet et à la libido d'objet, et l'angoisse hypocondriaque, liée au corps propre et à la libido du moi. Suivons Freud. Il démarre son étude sur le narcissisme par la constatation que, dans la psychose, on trouve conjugué le délire de grandeur – la mégalomanie – et le fait de se détourner du monde extérieur [23]. Il en déduit que la libido retirée du monde extérieur a été apportée au moi. Il poursuit : « L'hypocondriaque, comme la maladie organique – celle-ci avec une évidence particulière –, retire intérêt et libido des objets du monde extérieur et concentre les deux sur l'organe qui l'occupe [24]. » Le modèle de l'organe douloureusement sensible, c'est l'organe génital en état d'excitation.

Donc, première clé, il y a l'excitation dont le modèle est la turgescence pénienne. Deuxième clé, cette excitation qui a fait retour sur le corps propre peut se déplacer selon la

grammaire des pulsions, l'érogénéité devenant le caractère de tous les organes. Troisième clé, Freud est conduit à théoriser une fois posé le narcissisme : c'est la pulsion de mort. Certains patients ne veulent pas guérir, ils ont un besoin inconscient de punition : « Les personnes chez qui ce sentiment de culpabilité inconscient est hyperpuissant se trahissent dans le traitement analytique par la réaction thérapeutique négative, si fâcheuse pour le pronostic [25]. » Sans cette troisième clé, l'aspect central de la phénoménologie de l'hypocondrie – la condamnation – resterait obscur.

### Avec Lacan

Pour parler de cette excitation libidinale qui fait retour sur le corps propre, Lacan invente le terme de jouissance. La jouissance subsume plaisir et déplaisir. Elle rend compte du fait clinique choisi par Freud comme un des trois exemples pour postuler la pulsion de mort : la réaction thérapeutique négative. On peut souffrir d'un symptôme, s'en plaindre et ne pas vouloir en être débarrassé.

Posons que le symptôme est ce qui dérange le silence du corps. La condition pour que la santé soit le silence des organes, c'est que le corps soit débarrassé de la jouissance, « que la libido n'envahisse pas le champ perceptif ». [26] Le corps doit devenir un désert de jouissance. Eh bien, c'est ce qu'opère la castration freudienne : elle extrait l'objet et appareille le corps à cet objet désormais perdu. C'est ce que Freud appelle libido d'objet en l'opposant à la libido narcissique. Et du même pas, la castration, lorsqu'elle opère, donne une signification phallique à la jouissance.

Identifions donc l'angoisse hypocondriaque, la cénestopathie, à un phénomène de jouissance, à une faillite de cette opération de nettoyage qu'est la castration symbolique. Cette jouissance, avec son critère de déplaisir qui peut aller jusqu'à l'impossible à supporter et pousser au passage à l'acte, est désarrimée du symbolique tout en étant un formidable appel à des contenus de pensée. C'est ici que vont se greffer les significations délirantes, fournissant des raisons imaginaires à ce qui n'en a pas, permettant par là même une certaine pacification de l'excitation corporelle.

Nous proposons d'organiser à grands traits ces significations délirantes selon trois axes.

1. Dans le premier, qui suit l'appareillement de toujours de l'hypocondrie à la mélancolie et la belle invention par Falret de l'hypocondrie morale, nous aurons comme axe la culpabilité délirante et son corollaire de punition méritée. Disons, la pathologie du surmoi. On pourrait y voir une modalité de persécution du sujet par son propre corps.

2. Dans le second, référé à la paranoïa, nous pourrions ranger sous la bannière du préjugé et de la malveillance de l'Autre tous ceux qui par le biais d'un mécanisme de projection imaginaire, au lieu de prendre la faute sur eux, dans le cas précis sur leur corps, la projettent sur le monde extérieur.

3. Dans le troisième enfin, celui de la schizophrénie, nous aurons ceux dont la structure de langage est tellement

désorganisée qu'ils n'arrivent pas davantage à structurer leur corps qu'à construire un délire systématisé qui les protégerait de l'invasion de jouissance.

Voilà donc le jardin à la française que nous vous proposons pour loger ces phénomènes hypocondriaques qui n'épargnent personne, Freud le premier, qui soulignait la « lucidité » du mélancolique et qui témoigne dans ses lettres d'une lutte pour pouvoir se soustraire lui-même à l'hypocondrie. Alors, me direz-vous, sommes-nous tous des victimes potentielles de ce type de préoccupation ? Eh bien non, il y a un tableau clinique qui pourrait incarner l'exception qui confirme la règle. Pas d'hypocondrie dans ce tableau, pas de culpabilité, pas de condamnation, l'euphorie règne en maître. Vous l'avez reconnu, c'est l'état maniaque. Mais, asymptotiquement, ne pourrait-on considérer que c'est au contraire l'acmé de l'hypocondrie : le maniaque n'est plus qu'excitation et la condamnation est passée dans le réel. À force de brûler ses vaisseaux, l'urgence médicale, véritable ici, n'est pas loin.

### Références

1. Guelfi, *et al. Psychiatrie*. Paris : PUF, 1987.
2. *Le Nouveau Petit Robert*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2001.
3. Ey H. Conférence n°17, « Hypocondrie ». In *Études psychiatriques*, volume II. Paris : Crehey, 2006 p. 454.
4. Guedeney C, Weisbrot C. « L'histoire de l'hypocondrie ». In Aisenstein M, Fine A, Pragier G (dir.) *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, « l'hypocondrie ». Paris : PUF, 1995 : 29-49.
5. *Ibid.* p. 33.
6. *Ibid.* p. 37.
7. *Ibid.* p. 38.
8. *Ibid.* p. 43.
9. *Ibid.* p. 43.
10. *Ibid.* p. 44.
11. Cité par Cotard dans son texte de 1882, « Le délire des négations ». In Jacques Postel (dir.) *Textes essentiels de la psychiatrie*. Paris : Larousse, 1994.
12. *Ibid.* p. 311-28.
13. Guedeney C, Weisbrot C. « L'histoire de l'hypocondrie ». *Op. cit.* p. 48.
14. Dupré E. « Les déséquilibres constitutionnels du système nerveux ». In *Textes essentiels de la psychiatrie*. Paris : Larousse, 1994.
15. Follin S, Azoulay J, cité par Guedeney C, Weisbrot C. « L'histoire de l'hypocondrie ». *Op. cit.*
16. Lacan J. *Le Séminaire*, Livre III, « Les psychoses ». Seuil, 1981.
17. Freud S. « Angoisse et vie pulsionnelle ». In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : NRF, Gallimard, 1984 p. 146.

18. Ey H. *Op. cit.* p. 457-8.
19. Fédida P. « L'hypocondriaque médecin ». In *Monographie de la Revue française de psychanalyse*. Paris : PUF, 1995.
20. Poe E.A. « La Vérité sur le cas de M. Valdemar ». In *Histoires extraordinaires*. GF-Flammarion, 1965.
21. Lacan J. *Le Séminaire*, Livre II, « Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Paris : Seuil, 1978.
22. Freud S. Manuscrits B (1893) et K (1896). In *La Naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1956. « Les psychonévroses de défense » et « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense ». In *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, 1973, par exemple.
23. Freud S. « Pour introduire le narcissisme ». In *La Vie sexuelle*. Paris : PUF, 1977 : 82.
24. *Ibid.* p. 89.
25. Freud S. «angoisse et vie pulsionnelle ». In *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : NRF, Gallimard, 1984.
26. Miller JA. « Les prisons de la jouissance ». In *À quoi sert un corps ? La Cause freudienne n° 69*. Navarin, 2008.