

# A propos d'un cas de recto-colite hémorragique chez un patient psychotique

*Dr Georges BEGUIN*

Exposé présenté le 3 Juin 1999 dans un séminaire sur le lien dans le cadre du C.H.S de La Queue en Brie, repris et complété dans le cadre du séminaire d'Houchang GUILYARDI (1<sup>er</sup> trimestre 2000)  
Dr Georges BEGUIN – Psychiatre, psychanalyste.

## 1 – Présentation du cas

Le patient, Denis, est le fils unique d'une mère française et d'un père tunisien ; celui-ci a au moins vingt ans de plus que la mère. Ils vivent en France, séparés de la famille tunisienne, et plus ou moins distants de la famille française - du vivant du père. Ces éléments de généalogie me seront rapportés et commentés uniquement par la mère, Denis se gardant bien de dire quoi que ce soit sur lui-même ou sur l'un des membres de la famille.

Traçant à grands traits l'histoire de son fils, Madame L. évoque ses premières années en ces termes : « *Quand je l'attendais, je désirais une fille. D'ailleurs, quand je promenais D. au Luxembourg, dans sa poussette les promeneurs qui se penchaient sur mon bébé s'exclamaient : quelle jolie petite fille vous avez !* ». La mère ne contredisait pas.

« *A quatre ans, comme il ne parlait pas encore, je l'ai mis chez les bonnes-soeurs où il n'y avait que des filles, dans une institution où il n'y avait que des malentendants : là, il s'est mis à parler sans arrêt. Il avait attrapé une telle logorrhée qui ne s'adressait à personne que j'ai dû « couper net le robinet » (sic !).*

La coupant alors là-dessus, je lui faisais remarquer qu'elle était venue pour me parler de son fils qui, disait-elle, avait été coupé dans sa vie de beaucoup de choses.

Je l'orientais vers la consultation d'un confrère pour elle et lui demandais de m'adresser son fils seul.

Peu après, le fils, Denis, vint me rencontrer, non au cours d'une consultation individuelle classique, mais dans un club du samedi matin au dispensaire, où une équipe psychiatrique diversifiée assez informelle dont j'étais, se consacrait à l'accueil des patients.

Ce grand garçon, d'environ 20 ans, garde les yeux baissés, se montre fort peu loquace, marmonnant entre ses lèvres un charabia incompréhensible. Il n'entra en contact avec aucune des personnes du groupe, mais accepta une proposition d'écoute de disques de musique puis de peinture au doigt. Cette dernière proposition, faite par une collègue et moi-même, avait pour but de favoriser « l'entrée en matière », si je puis dire, qui, au bout de quelques mois dut être stoppée pour tournage en rond, verbalement constaté par moi-même et ma collègue déclarant à Denis notre vaine attente d'une greffe d'une position subjective qui s'adresserait à nous en paroles.

Une amorce transférentielle supposée acquise, il viendra désormais en consultation individuelle auprès de moi, tous les quinze jours ou tous les mois. C'est alors seulement que j'apprends de lui qu'il a commencé à voir des psychologues à l'âge de douze ans. Ceci est annoncé avec un étrange sourire, sans plus.

Sa mère qui est allée consulter mon collègue dans l'autre dispensaire de secteur, revient à la charge pour me parler de lui, sans lui, en passant par le détour de l'assistante sociale de l'époque. Elle confia à cette assistante sociale que son fils avait été suivi par des psychologues, bien avant l'âge de 12 ans, et qu'entre 12 et 16 ans il avait été suivi à

Etienne Marcel par des gens très biens, dont Françoise Dolto, puis elle change de registre, dit sa crainte que son fils ne ressemble à un frère du père ou à un premier fils du père ou à un neveu, ne sachant pas lequel était malentendant ou atteint de troubles psychomoteurs.

Sur les conseils de l'assistante sociale, la mère revient me contacter pour me préciser que les relations entre le père et le fils ne sont pas facilitées, du fait que son mari, âgé de 64 ans, fatigué, voyage de moins en moins pour son métier, et se trouve souvent à la maison.

Lasse de cet état de tension conflictuelle chronique, la mère me demande un traitement médicamenteux pour son fils. Denis, entendant cela, refuse, disant qu'il n'a pas besoin de médicaments.

Je ne lui en prescris pas mais lui demande de passer au dispensaire s'il ne se sentait pas bien.

Il dit alors qu'on lui a proposé d'aller en hôpital de jour, mais qu'il ne veut pas y aller.

Sur sa demande, l'assistante sociale et moi nous l'aidons à rédiger sa demande d'admission au Directeur de l'Elan Retrouvé, lettre qu'il postera lui-même.

Les deux mois suivants, la mère insiste pour que je lui donne une ordonnance médicamenteuse pour son fils. Je refuse encore et demande que le père se manifeste avec le fils, hélas en vain!

Finalement, Denis sera admis en atelier de menuiserie à l'Elan où le confrère, le Docteur F., lui conseillera de venir me voir seul, ce qu'il fera régulièrement. Il fréquentera cet atelier de manière assidue pendant plusieurs mois.

En 1976, environ deux ans après le début de notre première rencontre, je fus étonné mais peu surpris d'apprendre par la mère que, sur les conseils de son médecin généraliste à elle, elle avait conduit Denis à la consultation d'un gastro-entérologue de l'A.P. Celui-ci examina Denis, qui depuis quelque temps, présentait de petits saignements ano-rectaux persistants qui se révélèrent à son examen d'origine recto-sigmoïdienne. Il lui avait prescrit un traitement local, par lavements biquotidiens avec une poire, de solution à la cortisone.

Naïf que j'étais, je pensais de bonne foi que la compétence du spécialiste gastro-entérologue ne pourrait être mise en doute et que Denis s'appliquerait le traitement par lui-même.

Peu de temps après, je vis arriver la mère accompagnant son fils à ma consultation, me racontant cela avec une certaine jubilation et ajoutant « *c'est pire qu'avant ! Il passe des heures à la salle de bains ! il n'y en a que pour lui... Heureusement que c'est moi qui lui fais les lavements ! il n'est pas capable de les faire lui-même... mais j'ai l'impression que plus je lui en fais, plus il saigne abondamment* ». Ahuri de cette révélation, je m'exclame : « *Arrêtez Madame ! je téléphone demain matin au spécialiste, donnez-moi ses coordonnées* » et j'ajoute : « *Vous avez donc réussi à imposer à votre fils un traitement médicamenteux que vous appliquez avec la complaisance du médecin prescripteur* ». Telle fut ma réponse à sa demande à elle. Le lendemain, je joignis le confrère gastro-entérologue au téléphone :

1 - je découvris qu'il n'avait pas prononcé de diagnostic précis, si ce n'est d'inflammation rectale

2 - qu'il n'avait pas été mis au courant des antécédents psychiatriques de Denis

3 - il accepta mon étonnement et ma supposition qu'il pouvait bien s'agir d'une recto-colite hémorragique en raison des antécédents psychiatriques

4 - il accepta de revoir le patient pour, à ma demande de cessation d'intrusion de sa mère sous prétexte thérapeutique, y substituer une prescription modérée de médication par voie haute, orale et non plus anale.

Peu après Denis fut hospitalisé en service libre trois fois pour des courts séjours - 8 à 15 jours - suivi à la sortie de retour à la consultation médico-psychologique au dispensaire.

La 1<sup>ère</sup> hospitalisation : Ce fut après un accès de révolte hurlante de Denis contre le passage sur le dos de crème solaire par sa mère, au bord de la mer.

La 2<sup>ème</sup> hospitalisation : Après la mort du père, événement dont il n'a jamais pu parler : cela le laissait apparemment indifférent, n'en ayant rien à nous dire, si ce n'est une étrange attitude de rumination solitaire.

La 3<sup>ème</sup> hospitalisation : Elle s'articula au surgissement d'une situation d'intolérance pour lui à la présence récente de sa grand-mère maternelle chez sa fille. On ne saura rien de ce qui s'est passé là. Après coup, on peut se demander quelle place cette grand-mère venait prendre pour Denis auprès

de sa fille. Ceci autour du 1er anniversaire de la mort du père.

Après ces hospitalisations, je prescrirai à Denis en les renouvelant tous les mois, un traitement médicamenteux à visée psychiatrique, c'est à dire comprenant Dogmatil 200 (3 par jour - neuroleptique), Artane 2 (3 par jour) pour les effets secondaires et Melleril 50 (3 par jour - sédatif anti-caractériel), tout en sachant que son généraliste en accord avec le spécialiste gastro-entérologue et moi-même, avait accepté de modifier la prescription et lui donnait du Celestene 2 mg (3 per-os par jour) et un peu de Fumafer transitoirement.

Quelques mois après l'institution de ce traitement, plus adapté a cette situation de consensus, les symptômes hémorragiques rectaux de Denis s'estompèrent peu à peu pour disparaître complètement au bout d'une paire d'années.

Des trois médecins consultés, (gastro-entérologue, généraliste, psychiatre) aucun n'osa interrompre ce traitement bipolaire à visée psychiatrique et à visée somatique, qui représentait un facteur de stabilité au long cours, du moins telle était ma conviction.

Si le symptôme ano-rectal hémorragique s'estompa, que peut-on en dire trois ou quatre ans après ? Denis n'en dit jamais rien, comme si son corps ne lui appartenait pas. On peut poser que la mère, omniprésente, en a fait son objet fétiche, utilisant Denis, à la fois dans le cadre d'une maîtrise perverse d'une jouissance anale, et comme écran défensif face à l'impossible d'un échange avec ce fils, ce produit du déni (Denis) de sa castration (à elle).

Lui, Denis, continuait à vivre chez et avec sa mère, dans une position ambivalente mieux acceptée de part et d'autre, comme un « vieux couple », expression utilisée par l'observation de l'assistante sociale

A propos du social, l'assistante sociale n'a jamais pu rencontrer la parole singulière de Denis mais seulement celle de la mère qui, depuis l'enfance de son fils, a toujours parlé pour lui et à sa place. Denis, porte-parole en actes d'un discours qui n'était pas le sien, passa d'un langage somatique apaisé à une autre façon de jouer sur le « faire » mais cette fois, sur le plan social, peut-être là, à ce

moment aurais-je pu utiliser cette capacité de jouer en l'introduisant au psychodrame ?

Introduit au début de la prise en charge psychiatrique par ce qu'il avait - ô rareté ! exprimé son désir d'activité à l'hôpital de jour l'Elan Retrouvé, il ne l'investit que quelques mois, puis l'abandonna pour des raisons obscures, puis après quelques hésitations fit des essais dans plusieurs C.A.T., puis fut enfin accepté au C.A.T. d'une commune voisine, réputé alors moderne et ouvert. Il était censé s'y rendre tous les matins pour essentiellement des activités encadrées de collage, étiquetage, emballage, stockage. Tout se passait apparemment bien ou du moins sans histoire, pendant plusieurs années, lorsque l'assistante sociale de notre C.M.P. et moi-même fûmes avertis par la mère que Denis « *n'avait plus envie de continuer à aller à ce C.A.T.* ».

Après un petit temps d'observation, nous fûmes interpellés au téléphone par une collègue psychiatre vacataire, attachée à ce C.A.T., nous transmettant l'inquiétude qu'elle partageait avec le moniteur d'atelier de Denis, sur l'absentéisme de plus en plus fréquent et de plus en plus important de Denis.

Informé de cette question par l'assistante sociale et moi-même au dispensaire, Denis accepta les remarques et rencontra plus souvent la psychiatre du C.A.T. mais ne changea rien à sa façon de faire avec le temps de l'activité au C.A.T.

Il finit par se faire exclure du C.A.T. ; ce qui mit ainsi fin à la tolérance de ses retards et manquements. On lui laissa entrevoir une prise en charge ultérieure en « foyer occupationnel de jour », foyer qui s'est révélé introuvable depuis ! Peut être pouvons nous voir ici la répétition inconsciente du réel tenace dans le transfert maternel vis-à-vis de la psychiatre du C.A.T., celle-ci s'obnubilant sur la dimension du travail.

Ma prise de retraite arriva. Je proposais à Denis, au bout de ces 20 ans de suivi centré sur le C.M.P. de secteur, de continuer à y venir consulter le jeune collègue psychiatre (malheureusement absent ce jour) ainsi que l'assistante sociale qui le connaissait. Le jeune collègue absent ce jour-là, mais récemment rencontré, m'a confié qu'un essai à l'hôpital de jour de Nogent fut un échec au bout de deux mois et que Denis est actuellement suivi pour une activité hebdomadaire de dessin au C.A.T.T.P. (au même lieu que le C.M.P.).

*Post Scriptum* : La mère de Denis est venue demander pour son fils en ce lieu, le C.M.P. pour adultes, un renouvellement d'Allocations aux Handicapés... pour un enfant. Le jeune collègue psychiatre me signala alors que Denis parlait actuellement de son père mort comme s'il était encore vivant. Il consulte régulièrement et semble également investir un peu mieux son traitement.

## 2. Questions théoriques

Dans cette relation de cas, on peut voir à l'œuvre la toute puissance du discours maternel. Y répondent l'absence de discours paternel et la pauvreté du discours du fils. Cette répartition discursive particulière est symptomatique d'un lien pathologique.

La généalogie, où l'on repère la place imaginaire « héritée » d'un oncle paternel ou d'un premier fils du père, malentendant ou déficient psychomoteur, l'invite faite par la mère à occuper la place d'une fille, témoignent de curieuses identifications proposées au fils.

La « parole coupée » de Denis ne fera irruption que lors de trois épisodes de colère qui motiveront les hospitalisations : colères vite rentrées sous forme de propos délirants la travestissant au point d'interroger une structure psychique d'allure psychotique.

Si les coupures dans la réalité du lien pathologique à la mère déclenchent des moments de fécondité où s'expose la clinique du Réel, de l'Impossible, de l'Indicible, l'effet en était fugace au profit d'un retour impensable au silence du sujet Denis.

A propos du nom propre du père, ce nom transmis par le père, avait-il ce caractère "intouchable" accordé au nom propre par un sujet normal ou névrosé, ou était-il réduit à un nom commun ouvert à toutes les significations, comme on peut le voir chez un sujet psychotique ou pervers ?

En tout cas, il n'en fut rien dit de particulier mais le prénom Denis peut se prêter à un fantasme incestueux (deux-niant le père).

### A propos des phénomènes psychosomatiques (P.P.S.)

Plutôt que de me référer au volume II de psychiatrie de l'Encyclopédie médico-chirurgicale, (page 37400 C10 - Juillet 1980) où sont abordées les questions théoriques de l'Ecole de

psychosomatique de Paris (article écrit par C. Dejours, P. Marty, De M'uzan, R. Herzeberg, Polonieska), je me référerai aux propos de Christophe Dejours (enseignant au CNAM) que j'ai eu l'occasion d'entendre lors d'un exposé qu'il intitula "Corps et sexualité en psychosomatique".

Pour l'essentiel, ce dernier insista sur le non-sens des maladies somatiques, sur la causalité psychique plus que psychosomatique, sur l'importance de la structure de personnalité plus que l'événement ou la conjoncture, sur l'analyse essentiellement sollipsiste de l'intra-subjectivité plutôt que référence à l'intersubjectivité. Il mit en avant la prédominance de l'économique sur le dynamique, se traduisant par débordement de quantité d'excitations et des défenses y afférentes. Les événements déclencheurs invoqués étant : la perte de l'objet, une détresse grave et le manque d'utilisation de la force de l'autre (étayage).

Existe-t-il une vulnérabilité structurale ? L'environnement peut donner des excitations massives.

Attention à la toute puissance du concept psychosomatique ! La causalité psychique vient dans la faille de l'ignorance des causalités biologiques.

Un bon équilibre de fonctionnement psychique ne protège pas toujours contre les maladies somatiques.

Il existe des cas d'association entre P.P.S. et névrose ou psychose (le cas Denis en est). Il y a un rapport distinctif entre crise et chronicité avec poussées évolutives scandées par des événements psychiques, l'état mental ayant un impact sur les processus de guérison ou de stabilisation ou d'aggravation dans les maladies initialement accidentelles.

L'établissement d'une relation à l'autre nécessite un engagement intersubjectif. La place du corps dépend de la rencontre de deux psychés soit de deux affectivités : ce qui débouche sur identité ou identification (où le regard de l'autre est nécessaire à se reconnaître).

La continuité liée aux affects : se sentir aimer, éprouver, s'éprouver, pâtir, c'est vivre psychiquement ; la dimension érotique est présente, il faut un corps pour pâtir, il est incontournable dans la vie qui s'éprouve.

Le rapport entre mon corps et le corps de l'autre est essentiel dans le commerce érotique : passivité dans le fait de sentir l'effet du corps de l'autre sur soi et dans l'activité, mise en scène et dramaturgie où se lit l'excès des corps sur les mots.

A propos de colère ou d'agressivité, il faut montrer sa limite, en mobilisant son corps en réponse à l'autre, c'est l'agir expressif. Ce corps érogène c'est le corps de la relation à l'autre, différent du corps biologique. Laplanche explicite par la notion d'étayage la façon dont se construit le corps érogène : il y a invitation de la mère du nourrisson au jeu oral du sein ou de la tétine. Par là, l'enfant fait savoir à sa mère, par sa sexualité orale, qu'il accepte le jeu ; ainsi la fonction se décolle de la pulsion. Par là, le parent transmet aussi à l'enfant des messages dont il ne connaît qu'une partie ; l'autre partie est soit rejetée, soit vouée au refoulement.

Dans le P.P.S., il y a subversion des fonctions biologiques pour les mettre au service de la sexualité. La pulsion devient une exigence de « travail » créée par son origine somatique.

Qu'est-ce que la maladie vient bouleverser dans le corps érogène ? Comment travailler le corps, avec la maladie, dans le transfert ? Comment est-il présent ou absent ?

C'est seulement quand le travail de perlaboration par le rêve a été fait que le sujet peut s'approprier l'intra-sujetif. C'est alors que le somatique s'apaise.

Cette notion va à l'encontre du concept de « pensée opératoire » de l'I.P.S.O., en tant qu'elle est dévalorisante du sujet malade vu comme incapable de cette perlaboration par le rêve, ou même d'exprimer ses fantasmes. Cette notion de pensée opératoire sert à justifier l'étayage des psychothérapies où abondent les « perfusions narcissiques ».

Bien que l'approche psychosomatique s'adresse à tous les malades quelle que soit la maladie, cela implique toujours la reconnaissance préalable d'une lésion somatique, ce qui introduit à la distinction d'avec le phénomène de conversion hystérique ou d'hypocondrie. Le niveau mental et le niveau biologique sont tous deux à la fois recherchés pour que l'on sache « par où ça passe ». Voilà pour l'essentiel les propos de C. Dejours et les références à l'I.P.S.O.

Je ne ferai que citer les précurseurs des théories psychosomatiques, c'est-à-dire, Freud, Groddek, Alexander et Dunbar.

C'est Freud qui parle le premier, dans son écoute active des névroses, d'une intuition concernant le défaut de parre-excitations, vis-à-vis d'excitations externes (traumas) et internes.

Difficulté, selon lui, voire impossibilité de lier par des processus secondaires, des excitations des processus primaires, ceci pouvant déboucher sur une angoisse automatique, liée à la persistance ou réactivation d'un état de détresse biologique, pendant les premiers mois de la vie. L'angoisse de castration est encore peu active à cette époque, car le Moi est non encore structuré. (Cf. "L'esquisse" et "Au delà du principe de plaisir")

Ajoutons, chez Freud, l'importance du fantasme fondamental "on bat un enfant" et "je suis battu par le père" et d'autre part le développement qu'il a fait du "masochisme érogène", pour comprendre les mécanismes éventuels des symptômes névrotiques mais aussi psychosomatiques qui alimentent le désir d'être aimé par le père.

Actuellement la médecine psychosomatique continue sur le registre de la bi-partition psychésoma, distinguant les "fonctionnels" d'une part et d'autre part les "organiques" dont l'affection est rythmée par les conflits. Les médecins utilisent volontiers, pour le traitement des P.P.S., l'hypnose ou des psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

La cure psychanalytique classique est rarement proposée par les médecins. Par contre l'approche de la relation médecin-malade par le biais de groupes "Balint" a le mérite d'aider au moins les médecins à y voir plus clair.

Je ne parlerai pas du courant existentialiste, fondé sur le principe du Dasein.

### La psychosomatique selon Lacan

Bien que, selon l'I.P.S.O., Lacan a récusé toute théorie psychosomatique, il n'empêche que celui-ci pense qu'on ne peut aborder le P.P.S. que **dans le discours** psychanalytique, pour essayer d'y trouver un sens **épistémologique-somatique**, c'est à dire un discours sur le corps, lieu de liens complexes où s'expriment les trois grandes catégories de l'Imaginaire, du Symbolique et du Réel. Ces catégories fondamentales ne sont pas mentionnées

par les auteurs de l'I.P.S.O., dans une certaine méconnaissance du travail de Lacan sur le rapport du corps à la jouissance (cf. table ronde auprès des médecins de la Salpêtrière - lettre numéro un de l'École Freudienne).

Citons seulement la Conférence de Genève sur le symptôme en 1975 où J. Lacan évoque quelques aspects typiques du symptôme épistémomatique, à savoir :

- une dialectique signifiante marquée par une gélification S1/S2
- une absence d'aphanasis du sujet
- la survenue particulière d'unités linguistiques du type holophrase.

Pour Lacan, le P.P.S. serait sur le corps, comme dans l'écriture hiéroglyphique, un cartouche qui déclinerait de façon énigmatique le nom propre. Il ne serait donc pas à interpréter, mais à déchiffrer (Lacan le dit « pas à lire »)

Actuellement, deux élèves de Lacan : P. Valas et J. Guir, continuent de travailler sur les problèmes psychosomatiques :

Patrick Valas reprend la théorie pavlonienne dans la dialectique signifiante construisant le sujet barré et l'objet (a) – cf. article de P. Valas " Un fétiche pour les ignorants : la psychosomatique ", dans la revue Essaim n° 2 chez Erès (1998).

Jean Guir a développé au cours de son séminaire sur le phénomène psychosomatique, quatre repères essentiels :

- Les signifiants spéciaux portant sur le chiffrage des événements de leur vie, sur le corps des sujets (signifiants dataux)
- La modification linguistique du nom propre
- Les troubles de l'identité sexuelle (Rappelons ici que Denis avait reçu du désir de sa mère l'injonction d'être du sexe opposé)
- L'apparition pathogène d'unités linguistiques particulières, des holophrases, en particulier dans l'ombilic du rêve – cf. Jean Guir " Psychosomatique et Cancer " dans la collection Point Hors Ligne (1987).

Les recherches actuelles portent sur le choix de l'organe et le langage du corps (Lacan et Valabrega).

**Poursuite de l'élaboration théorique du cas « Denis »**

Il s'agit, après ces quelques repérages théoriques, d'un « comment-taire » sur le Réel d'un noeud impossible entre une jouissance pleine de l'Autre maternel et un désir où le corps "silencieux" d'un fils supposé incestueux tait à jamais la possibilité même de son ex-sistence

Du côté du signifiant Mère, sont à repérer surtout la toute-présence réelle et la toute puissance de la parole qui s'articule au déni de toute possibilité de crédibilité dans la parole du père et à la proposition de la mère à son fils, de curieuses identifications, soit de sexe opposé (ce qui questionne le désir archaïque de cette mère d'avoir une fille), soit de réelle images du père et de membres de sa filiation, identifications toutes basées sur la bi-univocité du malentendant(du).

Du côté du signifiant Père, on assiste à un discours las, abandonnique, baissant les bras devant sa femme. En effet, jamais, ni devant sa femme ni devant son fils, ce père n'a soutenu sa filiation ni ce garçon comme étant son fils.

Du côté du signifiant Fils, le discours est très pauvre, laissant toujours la parole à sa mère, n'invoquant jamais la position du père.

Il n'exprime une position supposé subjective qu' à travers ses saignements ano-rectaux constituant le phénomène de pathologie somatique et à travers trois accès de "vérité protestataire" au cours des trois hospitalisations, où surgirent de claires protestations haineuses vis à vis de sa mère dans des circonstances signifiantes (cf: épisodes sus décrits), épisodes rapidement apaisés et suivis de retour au foyer maternel et au silence - je suppose par crainte récidivante de perdre l'amour ou les bénéfices secondaires maternels -

Le réel, qui fait retour à la même place, de façon opiniâtre, consiste pour Denis à se faire ou à se refaire, dès que possible, le petit objet "a" de la soumission écrasée, sans nuances, sans protestation (sauf les trois fois évoquées) sans mots dire - si je puis dire - au lieu de maux-dire - pour combler pleinement la jouissance non barrée de l'Autre maternel.

Il redevient ce qu'il avait toujours été :

L'objet chiant de la jouissance incestueuse de sa mère ; à peine son désir clignote-t-il d'une ébauche d'ex-istence lorsqu'il accède, bien transitoirement, au registre du "faire chier l'autre" au lieu du "se faire chier".

Dans la question du transfert, il semble qu'il ait réussi, lui, l'immobile de la parole, à mobiliser beaucoup d'intervenants, et ce depuis son enfance.

Il en a fait chier plus d'un, surtout ceux et celles qui voulaient qu'il "fasse quelque chose".

Il l'a fait, finalement, en déposant son énigme sous la forme de son PPS.

Il a réussi à ce qu'on s'y mette au moins à trois – voire plus – pour décortiquer ce noeud.

Y sommes-nous parvenus ?

Toujours est-il qu'il n'est pas inutile de savoir que survit, sans fin, une curieuse forme de désir dans un aspect sublimé d'échange de sa "merde" dans un atelier artistique contigu à son lieu de consultation, appelé CATTP. ( Centre d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel).

Peut-on dire que ce mode d'insistance du lieu du Réel a fermé la boucle du mode de début de notre rencontre vingt ans auparavant ? Rappelons, s'il en était encore besoin, que cette rencontre initiale s'était faite à travers un jeu de peinture au doigt, partagé à trois, sur la même feuille : Denis, une collègue psychiatre et moi-même.

Il aura fallu tout ce temps et la rencontre d'un autre regard sur son "art brut", le regard d'une artiste peintre de métier, effectuant des vacances dans ce CATTP, pour que s'y dessinent les éléments d'une créativité, qui, si étrange soit elle, n'en est pas moins reconnue comme créative par l'artiste elle-même.

### Résumé du débat ayant suivi l'exposé au séminaire d'H. GUILYARDI

Avant tout, je rappelle que le suivi de ce cas, sur vingt ans, fut moins une cure psychanalytique qu'une série (mensuelle) d'entretiens psychiatriques de consultations dans un centre médico-psychologique de secteur, trois hospitalisations ayant émaillé ce parcours. Ceci introduisit ma réponse à Marc Nacht : L'envoi par mes soins de la mère à un tiers thérapeute n'a apporté aucune modification, ni à la mère, ni au fils. Après coup, j'apprit que la mère n'y était allée que deux ou trois fois, entrouvrant sa vérité, masquée jusque là, exprimant ses vieux désirs de mort vis à vis de son fils : *« vu sa filiation paternelle, il eut mieux valu qu'il ne fût pas né ! »* et ajoutant qu'elle n'avait plus rien à ajouter !

La question d'une unité régressive pulsionnelle « bouche-anus » est posée au champ de l'Autre,

sans que l'on puisse exclure un défaut archaïque, donc très précoce, de par-excitations. L'adresse masquée dans le transfert, situe une place dans le dit transfert.

Freud interroge les prémisses de la vie pulsionnelle dans l'« Esquisse », puis dans « Au-delà du principe de plaisir », pour définir la pulsion de mort et la compulsion de répétition. Dans le transfert, je fus le plus souvent sollicité dans une position proche du discours du maître, sujet sachant supposé, intervenant volontiers auprès du médecin gastro-entérologue, spécialiste du tube digestif et du médecin généraliste. Il est vrai qu'intervenir auprès d'eux constituait pour moi une fonction tierce, dénommée paternelle en analyse freudienne, mais il est certain que nous pouvions nous identifier par ce trait commun et unaire de médecin.

Cette intervention fut déterminante pour le traitement et l'abrasion du symptôme PPS, mais ne modifiera guère la position subjective de Denis, jusqu'à ce qu'il trouve, longtemps après, à s'« exprimer » à travers le dessin et la peinture dans un atelier de créativité.

A Denise Sauget, je précisais qu'il s'agissait là d'une intrusion réelle de la mère dans le corps du fils et que les efforts de celui-ci pour dire non, sont devenus vains ; malgré des années de lutte et de résistance – il a craqué trois fois – puis il a franchi le mur du langage en offrant à cet Autre maternel son silence apparemment apaisé, assorti de ses « pleurs de sang », alors qu'à la faveur d'une autre structure, névrosée par exemple, il aurait pu se mettre en place un refoulement et une perlaboration dans et par les rêves de cette étrange et angoissante présence interne-externe d'un morceau de corps féminin.

Le Dr Bourdelat a d'ailleurs pointé dans ce cas la réussite du désir maternel d'avoir en Denis une fille, puisque des éléments génétiques et des constatations anatomiques de pièces opératoires ont montré la transformation de l'ampoule recto-sygmoidienne en « faux utérus » avec disparition des haustrations : muqueuses habituelles, faux utérus qui perd le sang.

Jean-Pierre Basclat se posa également la question d'un lien signifiant possible, à faire après-coup, entre cet écoulement féminimorphe et l'intervention perverse de la mère ainsi que cette première intervention dans le Symbolique, coupant

ce flot de paroles de son enfant « *qui ne s'adressait à personne* ».

A Josette Olier qui s'interrogeait sur la « paire d'années » relevée par moi dans mon suivi de Denis, je relevais la question signifiante du déni dans le transfert, aboutissant peut-être, pour répondre également à Sandrine Malem, à la répétition tenace du silence de Denis avec son père, tombant alors dans la seule alternative du déni de la

castration ou de la forclusion du signifiant du nom-du-père. Evoquons ici le cri de détresses d'Œdipe : « Il eût mieux fallu que je ne sois pas né », devant son tragique destin

Quel que fut mon choix, Denis a-t-il pu jamais échapper à la jouissance de l'Autre non barré, ce qui n'a cessé de sécréter de l'Institution supplétive ? ■