



## PSYCHANALYSE DE L'HYPOCONDRIE

[François Perrier](#)

L'Esprit du temps | « [Champ psychosomatique](#) »

2005/3 n° 39 | pages 33 à 53

ISSN 1266-5371

ISBN 2847950648

DOI 10.3917/cpsy.039.0033

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-champ-psycho-somatique-2005-3-page-33.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

© L'Esprit du temps. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Psychanalyse de l'hypocondrie

François Perrier\*

*Conférence faite au Groupe de l'Evolution Psychiatrique  
le 27 Janvier 1959.*

**D**u jour où l'avènement de la psychanalyse a rendu inséparable de l'étude des maladies mentales, la connaissance des lois du dialogue ; du jour où le champ de la clinique a trouvé la profondeur dans les recherches d'anamnèse et de structure ; du jour où le temps du diagnostic et de la thérapeutique se sont confondus dans la durée de l'investigation dialoguée, le progrès même de la science psychiatrique s'est trouvé lié au perfectionnement de nos moyens et de nos modes de relation avec le patient, lié à notre meilleure compréhension de la structure de vie relationnelle propre à chaque type morbide. L'enrichissement de nos connaissances sur les névroses, comme la relative stagnation de nos connaissances sur la psychose, témoignent ainsi des servitudes du psychiatre vis-à-vis des paradoxes de l'intersubjectivité. Si, dans cette perspective, on présente le problème de l'hypocondrie, pour tenter un bilan de nos acquisitions et de nos perplexités, on s'aperçoit que le sujet hypocondriaque n'a guère la faveur de nos recherches, et qu'aucune découverte spécialement éclairante n'est survenue,

---

\* Ce texte majeur de François Perrier « Psychanalyse de l'hypocondrie » a été publié dans *La Chaussée d'Antin*, Paris, Albin Michel, 1969. C'est avec l'autorisation de Jacques Sédat que nous le publions dans ce numéro. Nous lui adressons toute notre reconnaissance.

pour donner un regain d'intérêt à une question vieille comme la Médecine.

Et pourtant, n'est-ce pas là un terrain privilégié pour ceux qui s'interrogent sur les articulations de la Psyché et du Soma, sur les éternels problèmes de l'organogenèse et de la psychogenèse, sur les états-limites entre névroses et psychoses ? Répondre que l'hypocondrie n'est pas une entité morbide, qu'elle ne trouve pas sa place en tant que telle dans un classement nosologique ; répondre que le syndrome hypocondriaque ne prend son intérêt qu'à être référé à telle structure psychotique ou névrotique, et aux problèmes qu'elle pose, ne fait, en définitive, que donner son relief à la question. A interroger d'ailleurs et les descriptions des vieux auteurs et notre pratique médicale, on retrouve rapidement un certain type de malade au sujet duquel on ne dira pas : « C'est un névrosé à préoccupation hypocondriaque » ou « c'est un délirant », mais bien : « C'est un hypocondriaque ».

Est-ce la peine ici d'évoquer ce familier du Médecin, ce malade médecin lui-même, qui ne vient nous poser la question de ses troubles que pour nous infliger la description princeps de son cas clinique, qui ne réclame notre aide que pour nous prouver notre impuissance à le guérir, qui ne trouve sa foi en la médecine que dans sa défiance envers les médecins.

Curieuse situation que la nôtre dès lors ; souligner son caractère irritant et frustrant, c'est déjà expliquer en partie, peut-être, la relative pauvreté des travaux sur l'hypocondrie. Car ce patient, en incarnant si bien, dans son témoignage, l'homme malade, en redoublant aussi devant nous l'image caricaturée de notre moi de thérapeute, ne peut-il déclencher en nous les réactions d'agressivité et de méconnaissance qui naissent des gémellités imaginaires ?

Pour nous confronter à l'hypocondriaque, ces remarques ne nous fournissent pas encore les éléments de théorie qui pourraient nous servir de références médiatrices dans notre relation avec lui. Et, la prise en considération des quelques documents que la littérature psychanalytique nous propose à ce sujet, loin de nous tirer d'embarras obscurcit encore le problème. Il se trouve en effet que Freud ne livre que des aperçus fragmentaires sur l'hypocondrie et que, d'autre part, les théorisations proposées par lui ou après lui rencontrent et utilisent une des questions les plus controversées qui soient, et par les analystes eux-mêmes, celle des *névroses actuelles*.

On sait que ces dernières, par opposition aux névroses de transfert, se définissent dans le fait que les symptômes qui les constituent, relèvent directement d'une perturbation de l'économie libidinale. On ne retrouve pas en elles *l'actualisation* d'une question historiquement déterminée, mais seulement l'actualité d'une expérience somatique qu'on ne peut connoter à des contenus significatifs, à des surdéterminations inconscientes.

Freud, il faut le noter, n'a jamais renoncé à cette conception ; et il est paradoxal de constater que ce sont ses disciples, et parmi eux, les plus « biologisants » qui ont toujours contesté la valeur de névrose actuelle jusqu'à nier son existence clinique. Plus généralement, on convient que les symptômes actuels – symptômes d'inhibition non spécifiques – se rencontrent dans la plupart des états névrotiques, mais jamais isolés, jamais à l'état pur. Et l'intérêt se reporte dès lors sur les constellations conflictuelles sous-jacentes à la symptomatologie fonctionnelle que mettent en avant certains malades.

Si l'expérience clinique confirme le plus souvent cette manière de voir, cela n'éclaire pas pour autant le mécanisme même des états où prédominent les symptômes de névrose actuelle, à savoir les états qui évoquent, dans une terminologie classique, les diagnostics de neurasthénie et d'hypocondrie mineure.

On sait que dans *l'Introduction au Narcissisme*, Freud propose de ranger l'hypocondrie avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse, dans le cadre de ces névroses actuelles. Les quelques pages qu'il consacre à la question ne constituent pas à proprement parler une théorie de l'hypocondrie. Etudiant la question de la libido du moi, au stade où il en est de son élaboration théorique, il établit un parallèle entre la névrose d'angoisse et l'hystérie d'une part, entre l'hypocondrie et la paraphrénie d'autre part, pour introduire la notion – assez mystérieuse, il faut le dire – de stase de la libido.

Evocation des effets toxiques de cette stase libidinale (libido du moi en ce qui concerne l'hypocondrie); analogie entre l'état turgescent et douloureux de l'organe sexuel, et les caractéristiques de l'organe malade pour l'hypocondriaque centré sur son propre corps... ce sont là des formulations inachevées, incomplètes, dont on voit la valeur opérationnelle.

Et nous retrouvons là, avec la préoccupation assez scientifique de Freud de fonder biologiquement sa théorie de la libido,

tout le problème maintes fois débattu et jamais éclairci, de ces schémas énergético-économiques qui rendent compte si facilement de la dynamique d'une cure, qu'on en oublie souvent de les restituer dans leur initiale valeur métaphorique. Ainsi peut-on réduire imaginairement l'analyse à une pseudo-physiologie pulsionnelle, dont il est impossible d'articuler les postulats, bien sûr, avec les coordonnées de la relation thérapeutique, puisque celle-ci est dialogue et rien d'autre.

Il nous a été donné, en prenant en analyse un hypocondriaque, de nous confirmer à quel point, toute adhésion littérale aux problèmes d'économie libidinale conduisait à une impasse.

Le sujet, dont nous parlerons, imprégné qu'il était de la théorie de la libido, encouragé comme il le fut par des conseils médicaux intempestifs, mettait de lui-même l'accent sur les bienfaits de l'hygiène sexuelle, et de la décharge orgastique ; il insistait volontiers sur la nécessité des investissements objectifs pour rompre les mirages de son narcissisme. Cela ne l'empêchait pas, en fait, d'être enfermé dans un monde hypocondriaque dont il ne trouvait pas l'issue.

L'aide que nous voulions lui apporter devait nous permettre, et de vérifier les premières propositions freudiennes, et de démystifier l'usage qu'on en fait, lorsque c'est avec les seuls termes d'économie pulsionnelle, de renforcement du moi, d'expérience vécue transférentielle, qu'on tente de rendre compte de la dynamique d'une cure analytique et des ressorts spécifiques de son évolution.

Le cas était exemplaire : il nous montrait d'abord le tableau clinique d'une névrose actuelle et, au-delà des symptômes, la perspective ou mieux, la rétrospective d'une névrose historiquement déterminée. La cure elle-même devait nous mettre en face de très grandes difficultés techniques et théoriques qui surgissaient lorsque nous tentions de trouver le niveau d'articulation entre l'actualisé et l'actuel ; et la stagnation qui s'ensuivait sur le plan thérapeutique.

Quelques mots d'abord à titre d'illustration, sur l'histoire de la tasse de thé.

Gérard, jeune homme sage et studieux, préparait son baccalauréat. Il travaillait sans doute facilement, doué qu'il était d'une grande mémoire et personne n'aurait pu deviner devant son calme et sa maîtrise, qu'il craignait secrètement de ne pouvoir résister à des tentations masturbatoires, alors que,

superstitieusement, l'abstinence sexuelle lui semblait précaution nécessaire, dans les quinze jours qui précédaient les examens.

Question de volonté, se demandait-il ? Hélas non. Puisque ce qu'il craignait, en fait, c'était la masturbation inconsciente pendant le sommeil ; celle qui l'obligeait à s'attacher les mains pour dormir, à éviter les lits trop chauds et trop confortables, sous peine, aux dires de son aumônier, d'affaiblissement intellectuel et de damnation.

Menacé ainsi à la fois dans sa santé et son salut<sup>1</sup>, il ne concevait la période qui précédait l'examen que comme le temps d'une purification, d'une annulation de ses désirs, s'interdisant toute pensée érotique et chassant de lui-même tous ces phantasmes auxquels, en vacances, il se livrait complaisamment. Il alternait ainsi l'usage des médicaments sédatifs et excitants, pour passer sans transition de la profondeur du sommeil chaste à la vigilance de la concentration intellectuelle.

Le matin de l'examen, malgré la dose rituelle de somnifères, il s'éveille brusquement et prématurément à l'aube, absorbe plusieurs tasses de thé et se sent brusquement envahi d'un malaise insupportable et indéfinissable. Lorsqu'il va vérifier sa pâleur dans la glace, il lui semble ne plus se reconnaître. Ses drogues n'ont plus leur effet habituel ; il est dans la situation de l'Apprenti Sorcier parfaitement impuissant à réorganiser pharmaceutiquement ses réactions familières ; et, c'est couvert de sueur froide, qu'il va dans un état second se présenter à un examen qu'il rate bien sûr.

De ce jour, tout est changé pour lui ; rien n'est plus « comme avant ». Il a perdu la familiarité de son corps. Il pâlit au lieu de rougir ; toutes ses réactions neuro-végétatives s'inversent. Il est constipé ; il souffre d'un priapisme dont il ignore les causes déclenchantes, et que n'apaise pas la masturbation. Mais surtout, il ne dort plus de son vrai sommeil et ne se repose jamais totalement. Enfin, il se concentre sur la douleur qu'il ressent derrière ses yeux à un niveau qu'il situe comme étant celui du chiasma optique, de l'hypophyse. C'est une région dure et douloureuse à la fois sèche et congestionnée, et c'est le lieu de son mal.

Il nous décrit ainsi, sans en prendre conscience, l'appendice hypophysaire relié optiquement aux globes oculaires, comme il nous décrivait son appareil génital ; et ayant situé

1. Ceci recoupe les observations publiées par Hesnard (voir *Rev. Fr. de Psych.*, 1929-1930, n°3).

l'organe malade dans son statut de phallus introjecté, il puise, et dans ses connaissances neuro-physiologiques, et dans le riche terrain de la région infundibulo-tubérienne, la matière de ses élaborations et recherches hypocondriaques, dans la quête où il est d'une législation biologique qui rende compte de son malaise.

\*\*\*

Avant d'en venir à son histoire, il nous semble nécessaire de faire état du témoignage qu'il nous apporte de sa névrose actuelle.

*Le mode d'expression verbale* est d'abord ce qui nous frappe. Au début, lorsque Gérard nous parle, ce sont parfois des mots qui viennent, sans vraie construction syntaxique. Le vocabulaire est conventionnel ; la voix flatulente, atone, sans relief ; une sorte de ventriloquie dont l'écho nous parvient ; l'expression à voix haute d'un soliloque évasif. Ce n'est pas un sujet qui nous parle pour nous dire quelque chose, mais quelqu'un qui, à notre demande, lève le voile du silence, sur les demi-mots allusifs, les ébauches de formulation, les directions contradictoires de pensée, de son langage intérieur ; un langage effaré du bruit qu'il fait, et du sens qu'il pourrait prendre, à être formulé tout haut, et adressé à un autre. Si nous répondons, ce qui est dit reste lettre morte ; Gérard fait la sourde oreille et élude tout vrai dialogue. Les considérations hypocondriaques apparaissent vite alors dans leur fonction de défense. Toute ouverture sur un aperçu historique qui mettrait le sujet en question, amène invariablement un bref arrêt interloqué, suivi d'un recours à la psycho-chimie, ou à l'électrochoc, ou à la cure de sommeil.

De tout cela se dégagent des indications que nous respectons dans leur traduction même, pour leur valeur exemplaire.

Ce que revendique Gérard, c'est l'aptitude au sommeil. Il faudrait nous dit-il, que ce soit une anesthésie, un sommeil venant de l'extérieur et non de lui. Dédoublé comme il se sent, en effet, il ne peut laisser venir en lui l'engourdissement heureux de la fatigue acceptée. Parfois l'inattendu d'une sollicitation extérieure, qui force la tour d'ivoire de sa vigilance, lui donne un instant le sentiment qu'il va dormir de son vrai sommeil, par inadvertance... mais dès qu'il en prend conscience, il devient extérieur à sa fatigue, et s'il dort quand

même, c'est d'un seul œil, celui d'une mère dont le nourrisson va peut-être se réveiller.

Une fois, ayant un brusque accès de fièvre, il s'est senti brusquement « bien dans sa peau », et il a dormi quelques heures « comme avant » avec plaisir. Mais cela n'a pas duré et au réveil, il avait peine à se situer, à se retrouver, en lui et dans son décor.

Il faudrait peut-être lui donner la fièvre, nous dit-il, pour qu'il dorme ? Mais cette fièvre bien sûr, ce ne serait plus l'originelle, l'inattendue, la sienne en un mot, et dès lors, dans son endormissement, il sent bien qu'il serait gardien de la fièvre et non pas fiévreux. Ainsi, il s'est exilé dans une position que nous ne définissons pas encore, pour perdre à jamais l'innocence du sommeil désarmé et réparateur.

Alors, quelle solution ? C'est la question qu'il pose inlassablement et que nous nous posons aussi ; par définition, toutes celles qu'il n'attendra pas et n'aura pas devinées : qu'un accident de voiture se produise, par exemple, dans l'instant il redevient lui-même. Une colère incontrôlable, une crise de nerfs ? – C'est ce dont il rêve, mais qu'il ne réalise jamais plus. Car à vouloir s'y trouver, il risquerait de s'y perdre dans le morcellement de lui-même.

Ce qu'il comprend avec nous c'est que si la solution attendue peut être prévue, devinée, formulée, rationalisée, signifiée, elle n'est plus authentique, elle est recette, donc inopérante. Il le comprend maintenant, mais ne peut quand même s'empêcher de nous demander l'arbitraire d'une action de choc, d'un sommeil artificiel, conscient qu'il est, d'ailleurs, que nous ne lui répondrons pas. En même temps, il consulte ailleurs, et, bien entendu, rejette tous les conseils, toutes les ordonnances, toutes les solutions empiriques que chacun lui dispense abondamment. Chaque fois qu'il s'est laissé convaincre, il a senti *qu'il se forçait* à ce qui n'était jamais pour lui projet, dessein personnel, mais consigne qu'il mimait de l'extérieur de lui-même, en craignant le pire et en ne souhaitant, sans espoir, que le retour en lui du bon sommeil d'antan.

Ainsi il ne peut plus croire à rien, et s'il court après sa spontanéité perdue, il s'angoisse en même temps de la moindre adhésion affective, car celle-ci n'est plus pour lui qu'envahissement par la douleur, expérience de l'informulable, contrainte sans révolte possible et jamais désir, disponibilité, appétence, curiosité.



*Tout cela est particulièrement net sur le plan sexuel*, et la théorie de la libido est à la fois pour lui une expérience concrète et une source inépuisée de rationalisations solitaires.

La masturbation d'abord. Il y cédait parfois dans l'angoisse et la culpabilité, mais elle était satisfaisante. La nuit, il dormait mieux, le lendemain il travaillait plus sereinement. Sans doute, s'essayait-il déjà à retenir, à contrôler le moment de l'orgasme – soit par crainte, soit par raffinement – il n'en sait plus rien. Mais depuis le moment de la tasse de thé, les longues heures de priapisme, d'érection froide dont il souffre, ne sont plus apaisées qu'elles que soient ses tentatives.

Il souhaite maintenant ce qu'il craignait : le rêve érotique et la pollution dans le sommeil ; sachant que tout ce qui viendrait intentionnellement et consciemment de lui ne lui amènerait aucune détente. En un mot, il ne situe l'authenticité de l'expérience du désir et de la décharge orgasmique que dans l'irresponsabilité totale, dans l'inconscience, dans le *non sens* d'un engagement purement biologique, au cœur d'un naturalisme vétérinaire, d'un monde purement instinctuel ; celui dont il a perdu l'accès, pour être pionnier du concept qu'il a.

Sans doute, lorsqu'il reconnaît dans son analyse la nécessité d'un objet de désir, d'une partenaire non plus fantasmatique mais réellement présente, prend-il de lui-même une maîtresse ; mais c'est pour nous décrire bientôt sa solitude masturbatoire avec elle. En revanche, le soir où, dans l'inattendu d'un moment mystérieusement favorable, il devient désir d'elle, il ressent, au moment de l'éjaculation, de telles douleurs de constriction périnéale, qu'il doit fuir, pour retrouver dans les complicités solitaires de son désespoir, l'absence de désir qui l'endort une fois de plus, dans son faux sommeil.

\*\*\*

Si nous nous sommes étendu sur ce témoignage clinique, c'est qu'il nous semble très caractéristique de l'expérience hypocondriaque, en tant qu'elle décrit phénoménologiquement ce qu'est peut-être *la stase de la libido*, une fois qu'on traduit cette expression en termes de désir et d'engagement dans le désir, et non pas en termes de besoin instinctuel. Ce que nous montre en effet Gérard, c'est non pas l'inhibition névrotique d'une tendance libidinale significativement réprimée, mais

bien l'aliénation même de l'être de son désir, pour lui, sujet qui nous parle, ou qui plutôt, parle de lui en notre présence.

C'est dire qu'à ce niveau, tout recours à l'aspect économique de l'élaboration freudienne, toute participation, toute adhésion aux métaphores énergétiques, dont le sujet use lui-même abondamment, ne peuvent qu'enfermer plus irréductiblement le malade dans son impasse, en redoublant sa méprise. Il ne s'agit pas en effet, d'un cortège de symptômes et de plaintes accompagnant le thème d'une question névrotique. Il s'agit d'un état qui empêche de vivre, de parler, d'aimer, de dormir, et par rapport auquel, les problèmes de l'histoire du sujet apparaissent déplacés, démodés, dépassés, désinvestis, anachroniques.

Notre souci, sans doute, c'est d'amener Gérard à retrouver, en deçà du moment fécond et inaugural de la phase hypocondriaque, l'histoire et les conflits qui l'ont mené jusque dans cette impasse. Mais s'il répond assez docilement à notre souci d'anamnèse, c'est pour nous dire régulièrement : « pour que je profite de l'analyse du passé, il faudrait d'abord que je sois guéri de mon état. »

Ce qu'il apporte de son histoire est pourtant fort intéressant, et il est dommage que les nécessités de la discrétion ne permettent pas la publication *in extenso* de l'observation.

Très sommairement nous situerons le sujet dans les modalités particulières de ses conflits œdipiens, conflits manifestement traumatisants.

Mettons en scène, pour la compréhension de l'histoire :

Une mère trop soucieuse des disciplines sphinctériennes, mais surtout isolée dans sa condition de femme insatisfaite, digne, déprimée et résignée.

Un père assez difficile à déchiffrer, agressif dans son anxiété de parvenir, et aussi ambigu qu'un prince consort auprès d'une *queen* qui le rejeterait pour qu'il trouvât, seul, les clés du royaume.

La bonne... qui donne au père les satisfactions que lui refuse sa femme, et qui propose ainsi au fils, sur un mode ancillaire, le problème de la bigamie naturelle de l'homme.

Papa, maman, la Bonne et moi... cette situation banale se complique lorsque le jeune homme, grandissant, commence à courir les filles, pour découvrir rapidement en son père, le voyeur et le rival « réel » qui ne quitte son fils que pour s'intéresser directement à la petite amie de celui-ci.

Survient alors, pour aggraver le malaise, un moment capital : un soir le père emmène la jeune fille dont Gérard est timidement amoureux, dans un bosquet, puis, de retour de cette expédition galante, retrouvant le garçon nuitamment, pousse le mauvais goût jusqu'à jouer les pères nobles pour inciter le garçon à la chasteté pré-nuptiale et à la crainte des grossesses illégitimes.

Dans l'instant, se cristallise le renversement du drame œdipien, et si Gérard a envie de tuer son père, ce n'est pas en tant que rival symbolique, en tant que mari de la mère, mais en tant que rival trop réel ; en tant aussi que traître à la dignité paternelle qu'il ridiculise dans sa mascarade de père noble. Gérard est aussi rejeté dans une impasse qui ne laisse aucune issue à son devenir phallique : le père élisant l'autre femme comme objet de désir, le fils, dans l'interversion des rôles, ne trouve de débouché que dans la direction de sa mère, objet incestueux qu'il s'interdit. La seule solution qui lui reste, c'est dès lors la solidarité d'avec la position maternelle ; son exil avec elle dans la dépression et la dignité du renoncement ; et ainsi l'autocastration.

\*\*\*

Est-ce sur les significations de cette histoire que nous allons pouvoir jouer, pour sortir le malade de son état ?

À l'avoir cru initialement, nous nous sommes vite retrouvé devant un échec. En fait, cette anamnèse ne nous est jamais apportée comme un témoignage, n'est jamais présente et actualisée dans le dialogue. Ce sont, pour Gérard, les conflits d'une autre vie, l'histoire de celui qu'il était avant le moment fécond de la tasse de thé, l'anxiété dont le sujet nous dit qu'elle lui faisait souhaiter l'analyse avant qu'il ne devînt malade. Qu'il guérisse d'abord, qu'il se retrouve, et il pourra de nouveau s'intéresser à ses conflits, et accéder aux affects de sa névrose.

Allons-nous considérer cette position de repli, cette défense irréductible comme une résistance de transfert, donc comme une attitude directement analysable, voire comme une cuirasse caractérielle à épilucher, pour en extirper le sujet ? Nous nous résolvons assez vite à penser le contraire, et tout nous porte à donner notre crédit au témoignage du malade en tant qu'il signifie pour nous : « je ne peux pas m'engager dans une

relation avec autrui ; je ne peux rien rééditer qui édifie une situation de transfert ».

Est-il psychotique alors et tout simplement ? Rien ne nous en apporte la preuve. Il nous semble au contraire que parce qu'il n'avait pas d'aptitude à la psychose, Gérard, à la suite de traumatismes trop convergents, a dû abandonner les points d'appui de la stratégie névrotique pour réorganiser une position structurale que doivent définir justement la géographie imaginaire, et l'organisation symbolique de l'hypocondrie.

Pour poursuivre la comparaison, on peut dire qu'il est trop occupé à être l'assiégeant de l'assiégé qui souffre en lui, pour se tourner vers le tiers que nous sommes, dans notre irruption éventuelle. C'est ainsi que sur le plan du dialogue, Gérard ne nous situe d'abord que comme celui *dont le silence est menace d'intervention*. Le seul bruit de notre voix réveille en lui la vigilance du geôlier à l'égard du prisonnier qu'il est aussi. Il nous tourne ainsi le dos, si nous nous manifestons ; à moins que, comme nous le remarquons bientôt, nos commentaires ne le visent pas *dans sa présence de sujet*.

C'est grâce à cela que l'histoire de celui qu'il était et l'histoire de son entourage peuvent nous être fournies et peuvent le distraire de son inquiétude, à condition que rien ne le concerne dans le *hic et nunc* de la séance.

La question est dès lors pour nous de savoir comment aider à la *désincarcération* du prisonnier, sans jamais forcer les moyens de défense du gardien.

N'est-ce là que construction imaginaire de notre part ? Nous ne le pensons pas lorsque le malade nous apporte, sur un mode anal, des rêves d'emprisonnement, dans le ventre, dans la cale tapissée de goudron d'un bateau ; des rêves aussi de bombardements aériens destructeurs de lui-même. Nous pouvons donc le situer dans un *claustrum* maternel, mais pour nous rendre compte alors que c'est en tant que mère de son être douloureux et introjecté qu'il vient nous voir.

A qui dès lors faut-il prétendre s'adresser lorsqu'on lui parle ? et qui, du gardien ou du prisonnier, entendra notre dire ? Question apparemment insoluble si nous en restons à cette étape de l'élaboration du cas. L'hypothèse, en tout cas, nous est permise, qui expliquerait le comportement paradoxal de l'hypocondriaque vis-à-vis du médecin, en le référant au mécanisme de défense suivant :

C'est en s'aliénant dans sa mère que le sujet menacé de psychose cherche à sauvegarder son être même, en l'introjectant dans une somatisation de son angoisse. A ce titre, il n'est qu'en tant qu'il souffre, il n'est qu'en tant qu'il existe dans l'identification de l'organe lui-même.

En d'autres termes, il n'est plus un enfant soumis au surmoi maternel. Il *est* ce surmoi par rapport à l'enfant phallus qu'il introjecte.

\*\*\*

Ces propositions ne peuvent prendre leur sens qu'à être référées au texte même d'une observation. Nous les reprendrons donc à partir de la clinique et de l'anamnèse.

Dans l'impasse de sa situation œdipienne, disons-nous, Gérard ne semble pouvoir adopter d'autre position que celle de sa mère. Il s'interroge, en fait sur la solitude et le destin de cette femme. Il la comprend autant qu'il la plaint, mais parfois s'irrite de ne pouvoir rien pour elle, rien surtout contre son attitude de renoncement. Car ce qui la caractérise, c'est à la fois sa maîtrise, son dévouement pour ses enfants, mais tout autant sa résignation envers les infidélités du mari, son détachement et l'absence de tout désir en elle.

Personnage central, la mère apparaît ainsi beaucoup moins comme femme, comme image d'identification éventuelle, que comme effigie d'une cause perdue ; et le garçon vit à ce point le pacte qui le lie à cette mère, son appartenance au monde symbolique maternel qu'il n'apparaît dans l'analyse que le porte-parole, le soldat vaincu de son problème à elle.

Quand il rentre à la maison, la nuit, c'est lui qui se bouche les oreilles pour ne pas réveiller maman. Ses projets à lui, ce seraient les siens à elle, si elle était un homme. Sa langue, c'est à ce point sa langue maternelle qu'il ne peut s'adresser à un autre sans risquer l'irruption d'une parole étrangère, hétérogène à ses conceptions, sans risquer ainsi son intégrité, son immunité de sujet parlant. Il se garde donc, dans ces énoncés personnels, des surprises de l'énonciation, des latences du signifiant, telles qu'elles pourraient surgir de notre intervention, pour l'impliquer à son corps défendant, dans le monde symbolique du tiers que nous sommes.

Quel peut-être le sort des désirs érotiques du garçon et de son devenir libidinal phallique dans cette situation ? L'anam-

nèse nous fournit des renseignements sur la période pré-hypocondriaque.

Masturbation, bien sûr, chez cet enfant solitaire, mûr avant l'âge et renfermé ; mais aussi et avant tout, participation homosexuelle aux masturbations d'un cousin du même âge, presque un frère jumeau. En revanche, dans la solitude, dans l'incognito des rêveries nocturnes, îlot imaginaire où l'infortuné des fantasmes isole Gérard de la loi maternelle, l'onanisme apparaît vite, moins comme une complaisance au plaisir érotique que comme une recherche de sérénité, comme une méthode de renoncement à la tension sexuelle.

Mais bientôt, de par l'éducation en milieu religieux, la culpabilité et la répression de la masturbation sont telles que celle-ci ne se produit plus bientôt que dans le sommeil, pour n'en être que plus angoissante ailleurs.

A l'exception de la situation homosexuelle en miroir, dont la valeur structurante apparaît à l'analyse, tout ce qui est désir phallique est rejeté, puis secondairement incontrôlable. Gérard se sent ainsi constamment menacé de réactions érotiques dont il se désolidarise systématiquement jusqu'à les prévenir dans les rites et les précautions du pré-sommeil. Il traque ainsi en lui la spontanéité du désir, pour préparer le terrain de son hypocondrie future.

Mais ce qui est à noter, c'est que s'il se préoccupe du réel et de l'imaginaire de sa vie génitale, pour s'en désolidariser, il ne renonce pas encore au mode d'affirmation que représentent les succès scolaires et l'espoir des bonnes fortunes adolescentes. Il n'est encore qu'un adolescent névrotique.

C'est le jour où il est au pied du mur, le jour où c'est au niveau symbolique qu'il doit assumer son affirmation phallique, que se produit ce malaise, ce moment fécond qui l'exclut du monde de ses désirs. Dès lors, son corps réagit parfois seul... mais lui ne nous apporte qu'un rêve où l'orgasme se dessine dans une image de destruction, à savoir la désintégration atomique d'une bombe en forme de champignon phallique. Et c'est l'image même de l'altérité, de la menace du désir en lui, désir inassimilable, faute de référence acceptable au tiers paternel.

\*\*\*

Pour rendre compte d'une angoisse de castration, d'une non

assomption de la phallicité, de par les avatars de la situation œdipienne, ces éléments n'expliquent pas encore ce qui amène Gérard à la structuration hypocondriaque de sa position névrotique. Autrement dit, il nous reste à chercher pourquoi le sujet choisit l'introjection hypocondriaque de préférence à la névrose d'angoisse, ou à l'homosexualité, ou à la psychose.

Une première hypothèse explicative nous est fournie lorsque le matériel clinique, en montrant quelque chose qui peut s'interpréter en termes de phantasmes de grossesse, nous permet d'articuler notre expérience clinique avec des notions théoriques connues par ailleurs et que nous résumons rapidement.

Les phantasmes de grossesse chez l'homme ont suscité une intéressante littérature<sup>2</sup>. La question est la suivante : ces phantasmes de grossesse que l'on retrouve plus ou moins explicités dans certaines analyses de névrose, et qui, d'autre part, font irruption dans le délire de certains psychotiques, faut-il les interpréter comme un désir de passivité féminine, dans un contexte homosexuel, ou, faut-il, sans suivre Freud, situer la genèse de ce thème bien avant la période œdipienne ?

Dans cette hypothèse, très précocement, le garçon s'identifierait à la mère en tant que c'est elle qui fait les enfants. Conséquence : à l'envie du pénis chez les filles correspondrait l'envie de l'enfant chez le garçon. Tout serait ainsi prégénital, présexuel en quelque sorte, en un mot, « innocent ». C'est peut-être la régression à ce schéma structurant qui amènerait le psychotique, dans sa phase d'hypocondrie, à traduire dans le désir de procréation, le besoin de réanimer en lui la vie qui lui échappe.

Il faut, pour croire à une telle explication, réduire la pathogénie de la psychose au seul mécanisme de la régression pré-œdipienne. Et cela en fait n'explique rien. Que l'évolution d'une psychose passe par le stade d'une hypocondrie, fragile et peu structurée comme telle, nous le constatons bien souvent. Nous y voyons, pour notre part, une dernière défense avant l'effondrement psychotique, défense qui est rapidement un échec. Or, l'hypocondrie, structurée comme telle, est justement la mauvaise mais seule solution qui reste à certains sujets qui ne sont pas faits pour être fous... Et ce qui caractérise justement cette hypocondrie, c'est sa stabilité.

En clinique, ce que l'on rencontre, en fait de phantasmes de grossesse, n'appartient, dans notre expérience, qu'à des

2. Cf. l'étude d'Ida Macalpine et R. A. Hunter dans la traduction anglaise du livre du Président Schreber : « Memoirs of my nervous illness ». Dawson éd., p. 381 et suiv.

sujets, sans doute très perturbés, mais dont on ne peut concevoir le cas et le problème qu'en le situant par rapport à un Œdipe insatisfaisant, mais à un Œdipe quand même. Quant à affirmer, sans plus de précision, que ces phantasmes de grossesse ouvrent avant tout la question de l'homosexualité vis-à-vis du père, c'est énoncer quelque chose qui ne veut rien dire tant que l'on n'a pas différencié l'homosexualité en tant que délire, en tant que perversion, en tant que crainte névrotique, en tant que schéma signifiant, dans la problématique de l'Œdipe et de la fonction phallique. Le terme même de phantasme de grossesse est insatisfaisant tant que l'on n'a pas distingué le thème délirant de procréation chez un psychotique, et à l'opposé, le témoignage d'un état qui pourrait être vécu comme état de grossesse chez un névrotique.

En ce qui concerne le sujet de notre analyse, la question pouvait se poser, thérapeutiquement, de lui proposer le schéma signifiant de la grossesse pour remanier le sens de son malaise et de sa position vis-à-vis de l'organe malade.

Il nous dispensa de cette entreprise en rêvant une fois de quelqu'un qui expulsait un noir enfant fécal, et en retrouvant brusquement à la faveur de son discours associatif, le sentiment d'une délivrance, d'une unité, d'une euphorie depuis longtemps perdues.

Cela ne devait pas durer ; et comment s'en étonner puisque, si position de grossesse il y avait, celle-ci n'apparaissait pas dans le contexte comme désir précœdipien, mais bien comme défense contre la castration ou, plus exactement contre la dépersonnalisation.

A lire certains auteurs bien sûr, on se voit proposer que l'acceptation du désir d'introjection du phallus, désir réactualisé dans un transfert homosexuel, soit la clé de guérison du névrosé. Quelle meilleure objection pourrions-nous fournir à cette théorie que le témoignage clinique de notre malade qui, prisonnier justement d'une telle introjection, démontre par tous les symptômes son impossibilité à assumer sa virilité. Peut-être nous donne-t-il ainsi une illustration des résultats logiques de certaines analyses, conduites dans le souci des introjections phalliques imaginaires, et ce, à partir d'une certaine conception de la relation transférentielle d'objet.

Il nous semble, pour nous, de bonne règle, de ne jamais entrer dans le jeu imaginaire du patient, de ne jamais entériner les mirages du transfert. Dans le cas de Gérard, nous pensions



devoir ainsi démystifier les thèmes de grossesse plutôt que les confirmer, en impliquant le sujet dans de prétendus désirs préœdipiens, et dans une hypothétique homosexualité passive.

Pour nous résumer, nous sommes en effet devant un garçon qui semble devenu sa propre mère après l'échec des tentatives d'autonomie phallique en l'absence d'un vrai père ; nous sommes devant un sujet qui s'est aliéné dans le monde symbolique maternel pour s'engrosser lui-même en tant que phallus, dans une réaction de sauvegarde contre la dépersonnalisation.

Si c'est à lui que nous nous adressons, ou de lui que nous parlons, nous n'arrivons à rien, car tout se passe comme s'il appartenait d'abord à l'histoire de la mère, comme s'il n'était pas tout à fait venu au monde.

\*\*\*

*C'est donc l'histoire de sa mère* et les problèmes de celle-ci que nous allons chercher à entendre désormais dans son discours à lui. Nous le prenons momentanément pour le porte-parole d'une question qui n'est pas d'abord la sienne, et qu'il nous faut découvrir.

Et c'est alors que survient, dans l'analyse, pour prendre son sens, le souvenir très vague d'un enfant mort avant sa naissance à lui. Gérard ne sait au fond comment il l'a appris. C'est la chose dont on ne parle pas, et, intuitivement, il pense qu'il blesserait sa mère en lui posant la question. Le thème se précise : c'était une petite fille longtemps désirée par la mère, et celle-ci s'est longtemps montrée inconsolable.

Nous en arrivons alors à un point capital de l'analyse. En effet, alors que Gérard n'avait jamais songé jusqu'alors à remettre en question son statut de fils aîné, saturant le désir de la mère, voilà qu'il est contraint, de par le précédent du deuil, d'excentrer sa propre position, de relativiser sa propre existence, de se désolidariser ainsi du désir maternel. N'est-ce pas là un nouveau traumatisme pour lui ? peut-être ; mais du jour où il prend conscience de lui comme substitut de l'enfant mort, il peut, laissant sa génitrice repliée sur le fruit de sa mélancolie, accéder à un premier désir d'autonomie, ne plus confondre sa propre naissance avec celle de l'enfant désiré. Tout est-il résolu pour lui ? Sans doute pas ; mais il ne peut plus être sa mère sans être l'enfant mort, et c'est dès lors en son nom, en son prénom, qu'il découvre aimer la vie.

C'est peu de temps après qu'il décide de ne plus surseoir à son service militaire, et qu'il oublie de nous parler de ses troubles somatiques.

Si nous laissons alors le sujet à sa propre naissance, c'est pour tenter maintenant d'articuler avec plus de précision *le thème de la mort de l'enfant* dans le monde de la mère, thème qui nous apparaît capital dans certaines analyses. Si notre intention est ainsi de mettre cette étude au service de l'analyse des patients de type Gérard, en nous gardant de l'intervention réelle d'un tiers dans la cure, il ne nous faut pourtant pas moins, pour la clarté de l'exposé, nous interroger sur ce que nous savons des problèmes spécifiques de certaines mères. Nous reviendrons ensuite sur le sens constituant que ces problèmes peuvent prendre, pour le futur analysé, de la place où il se trouve en tant qu'enfant de la mère.

Beaucoup d'analyses confirmeront l'intérêt qu'il y a à tenter, dans la définition anamnétique d'un cas, de situer le sujet vivant par rapport à l'enfant mort qui l'a précédé ou suivi. Ils remarqueront peut-être aussi, dans leur expérience, combien il est facile d'oublier cet élément d'anamnèse lors du déroulement de la cure, mais combien toujours ce dernier est éclairant quand il resurgit dans le dialogue.

Si, comme nous l'apprend Jacques Lacan, il est fécond de situer d'abord l'enfant par rapport au désir de la mère, pour mieux articuler les phases de l'évolution œdipienne, on comprendra combien le thème de la mort de l'enfant peut être fondamental pour définir certains sujets dans leur stagnation, pour les désolidariser ensuite des lois signifiées à leur naissance, et jamais remaniées de par les captations maternelles et les insuffisances du tiers paternel. Ce père, rappelons-le, c'est celui qui, apparaissant d'abord comme troisième terme, comme référence dans la parole de la mère, introduit ainsi l'instance du phallus symbolique, pour devenir finalement, en tant que porteur du pénis réel et possesseur de la mère génitale, celui qui structure la virilité du fils au prix d'une castration symbolique.

Pour en revenir au thème de l'enfant mort, à vouloir le traiter à partir de la question qu'il pose à la mère, nous nous sommes rencontré avec un problème fort complexe – qui ne saurait être traité ici dans son ensemble.

Ce que l'expérience clinique montre en effet, c'est que, d'une part, l'association des thèmes de mort et de grossesse est

fréquente chez certaines névrosées, en particulier les obsessionnelles ; et que, d'autre part, la mort d'un enfant réel provoque chez la femme un état dépressif souvent prolongé. Il est à souligner ainsi que, paradoxalement, la multipare se désintéresse de ses enfants vivants tant que le travail du deuil n'est pas achevé.

A titre de remarque, et sous toutes réserves, on peut connaître alors l'analogie de structure entre l'état de grossesse à ses débuts (incorporation du phallus du père) et l'état de mélancolie tel qu'il est expliqué par l'incorporation de l'objet perdu dans une fixation ambivalente. Mais cette analogie ne doit pas nous aveugler et il convient plus que jamais de faire ici la différence entre le symbolique, l'imaginaire et le réel.

Si nous partons alors du problème de la grossesse, nous pouvons remarquer, en un premier temps, que la femme, dans cette période, qu'elle soit béatement comblée, ou souffre d'une fécondation émetisante, passe, en général, par une phase de non-désir amoureux. Disons que, si le désir est toujours désir de phallus, la grossesse, en tant qu'elle réalise concrètement un vœu, peut être interprétée et parfois ressentie comme état de renoncement au désir.

Ceci, pour être à vérifier chez la femme enceinte, exprime au moins dans un autre registre la phénoménologie de l'hypochondrie sans qu'il s'agisse de confondre, bien sûr, grossesse réelle, phantasmatique et hallucinatoire.

Pour en revenir maintenant à la clinique des névroses féminines, nous nous demanderons si au-delà de la perte de l'enfant réel, perte qui suscite les réactions mélancoliques de la mère, on ne peut pas retrouver un schéma signifiant qui fasse du deuil réel une simple surdétermination d'un deuil imaginaire préalable.

Une observation récente nous montrait une de ces femmes qui, d'une part, ne distinguent pas l'envie d'avoir un enfant, du désir de castration du père. A ce titre, peut-on dire, la menace d'être fécondée, c'est la menace d'avoir en elles, en tant que phallus, la mort de l'homme, en tant que castré.

Germaine, déprimée chronique de 45 ans, rêve d'un rapprochement sexuel avec son père. Il n'y a pas pénétration. Le père et la fille sont couchés sur le côté, et le phallus est entre elle et lui, un trait d'union qui appartient autant à l'un qu'à l'autre. Ainsi apparaît l'aspect phallique du désir chez la fille, désir sans issue, puisque Germaine lui oppose le sentiment de

dévalorisation qu'elle éprouve à ne s'être jamais crue aimée d'un père, qu'elle croit détester par ailleurs.

Et lors d'un phantasme de grossesse, elle exprime ensuite son angoisse : elle a l'impression d'avoir un corps étranger dans le ventre ; un crabe, un cancer peut-être ; et cela lui rappelle la vache qui avait accouché d'un veau mort.

Ainsi chez Germaine le désir sexuel phallique et le thème de la maternité s'opposent sans jamais se compléter. Avoir un enfant pour elle, c'est incorporer analement la preuve d'une castration dévalorisante. Tout enfant réel ne peut venir ainsi que sur le terrain d'un deuil phallique. Toute naissance espérée serait d'abord placée sous le signe de la mort.

Germaine en réalité n'a pas d'enfant, et ceci n'est donc que supposition dans son cas, mais nous connaissons par ailleurs le problème si fréquent de ces femmes pour qui leur enfant n'est jamais celui qui est donné à reconnaître au mari comme le sien, comme témoignage d'amour.

Ce sont des femmes qui, portant en elles la frustration de l'amour du père, ne voient dans le géniteur que l'instrument de leur désir captatif. Qu'un enfant naisse d'une union sans amour, il sera totalement investi par la mère, et celle-ci pourra dire à l'époux : « mon fils est tout pour moi, je ne désire plus rien de vous ».

Ainsi, l'enfant, dans la constellation de son ciel de naissance, sera d'emblée impliqué dans un conflit qui fera de lui, non pas l'objet médiateur des échanges affectifs du couple, mais le signifiant du rejet du père pour la mère sans désir.

Tout ceci, nous nous en rendons compte, nécessiterait l'étendue d'un développement rigoureux et plus systématique. Notre intention est seulement d'évoquer certaines éventualités cliniques qui peuvent connoter pour une mère, les thèmes de naissance de l'enfant, du renoncement au désir et de la mort.

Est-ce dire que nous rendons compte ainsi des réactions de mélancolie à la mort d'un enfant réel ? Nous ne le pensons pas si nous faisons la différence entre le deuil imaginaire et le deuil réel. Pour nous servir de récents propos de J. Lacan, dans son enseignement oral<sup>3</sup>, nous évoquerons ce fait que le « trou dans le réel » provoqué par une perte véritable se trouve offrir la place où se projette le signifiant manquant (le phallus) essentiel à la structure de l'autre.

C'est parce que le signifiant trouve là sa place, que viennent pulluler tous les phénomènes de deuil, tous les rites funéraires,

3. Séminaires 1958-59.

tout le jeu symbolique. L'incorporation, le travail du deuil se présentent ainsi d'abord comme une satisfaction, donnée par la mise en jeu de la totalité du système signifiant.

A ébaucher ainsi la structure de la mélancolie de la mère, on peut dès lors penser qu'à mobiliser tous les signifiants de sa propre histoire, à réactiver les problèmes de son Œdipe à elle, le deuil réel va engluer dans ses signes à elle l'autre enfant, le vivant, le substitut du mort.

Pour en revenir maintenant à cet enfant, qui est l'objet de cette étude, on concevra que de la place où il est, au centre du monde fermé de la mère, il ne puisse situer le phallus qu'à l'intérieur de ce personnage maître et solitaire.

Le troisième terme de la relation, celui qui permet d'accéder au registre symbolique, l'enfant ne le confond pas avec son père, mais avec le secret que la mère porte en elle. Et si ce secret apparaît finalement comme l'enfant mort, il est en même temps le phallus symbolique, le terme de référence qui ouvre le sujet au monde du signifiant en le désolidarisant des signes maternels, en le faisant naître à lui-même.

Ces explications apparaîtront sans doute hasardeuses. Il nous a semblé pourtant nécessaire de les risquer pour apporter un complément à la proposition que nous annoncions plus haut : si l'hypocondriaque est en effet sa propre mère, en incorporant son pénis en danger au jour d'un traumatisme décisif, il ne peut être déterminé dans sa position que si l'on précise qu'il n'a pas n'importe quelle mère, mais bien ce type de mère mélancolique dont nous avons voulu esquisser le problème.

Du jour où le garçon, poussé par l'angoisse d'une castration non symbolisable, faute d'un vrai père, en vient à consolider son appartenance à la cause maternelle, il peut ainsi, en l'épousant, s'enfermer à son insu dans l'enceinte même des renoncements, et incarcérer en lui son désir devenu douleur.

A tenter ainsi l'interprétation de l'énigme que nous pose l'hypocondriaque, nous tenons donc à souligner que l'étude de la seule névrose post-natale, que l'utilisation ou la recherche du transfert comme ressort de l'action thérapeutique, que l'encouragement, implicite ou non, donné aux expériences libidinales et prétendues libératrices que peut tenter le sujet, qu'autrement dit les principes courants auxquels on serait tenté de se référer techniquement, ne peuvent que confirmer l'hypocondriaque dans ses troubles somatiques et l'exiler davantage dans son aliénation.

Les moments d'efficacité thérapeutique, nous l'avons vu, sont tout entiers liés à l'usage des virtualités signifiantes de la parole. Ils situent les effets économiques de l'interprétation, non pas au niveau d'une énergétique imaginaire, mais dans le moment même où, pour le sujet, s'entre-aperçoit une vérité à l'état naissant. Cette vérité pour l'hypocondriaque c'est, avant de pouvoir être la sienne, celle qui transparaîtra dans les significances du texte d'une histoire qu'il a reçue en héritage et qui est inscrite dans son inconscient.

C'est à se faire, avec notre aide, l'historien du passé des autres, et en particulier du drame de sa mère, que le sujet pourra naître un jour à sa propre vie, et s'engager dans une situation intersubjective, à condition que nous ayons su nous taire aussi longtemps qu'il était nécessaire, aussi longtemps qu'il ne pouvait nous entendre.