



Isabelle Le Goff
Docteure en psychologie, psychologue clinicienne, Rennes.

Les « dynies »

Quand on évoque les dynies, on pense aux liens bien singuliers entre douleur, sexualité et féminité. L'interprétation analytique rapproche les dynies des dimensions hystériques et hypocondriaques, l'intrication logique de ces deux dimensions. Quelles sont les influences de l'hystérie sur les dynies ? Quelles sont les incidences psychologiques ?



Gérard Ostermann
Professeur de thérapie, médecine interne, responsable du diplôme d'université de pathologie de l'oralité, Bordeaux 2.

« Les mots paraissent lâchés dans le temps comme des êtres vivants et libres qui évoluent, disparaissent, réapparaissent, changent de visage et de fonctions, conservant toujours pourtant au fond d'eux-mêmes la marque de leur identité première. Les mots sont des aventuriers... » Ainsi est préfacé l'ouvrage de René Garrus¹, *Les étymologies surprises*, qui se propose de retrouver une certaine étymologie, terme grec signifiant « sciences de la vérité ».

Comme le rappelle Fabrice Lakdja², l'étude ou la science de la douleur est communément nommée algologie, qui faut-il le rappeler signifiait au XIX^e siècle l'étude des algues, remplacé au XX^e siècle par le vocable de phycologie. Il y a eu en effet d'autres alternatives pour parler de douleur à partir du grec *odunê* [-odynîe] : douleur, entrant dans la construction de substantifs féminins qui appartiennent au vocabulaire de la médecine et désignent des phénomènes douloureux. Le suffixe « -dynie » existe (du grec *dunamis* [dyn(o)-, dyne, -dynie, -dynamie], force), mais il n'a pas de rapport avec la douleur. Pour les mots relatifs à la douleur et qui semblent se terminer par « dynie » (exemple allodynie), il s'agit en fait de la fusion du « o » final de allo et de celui de odynie.

Douleurs pelviennes

Les difficultés de la prise en charge de ces douleurs pelviennes, en particulier les dynies

Alors que Sigmund Freud se montrait régulièrement critique à propos de ses hypothèses théoriques et pratiques, nous avons le sentiment d'appartenir à une génération de thérapeutes à laquelle a été transmise « La Psychosomatique » comme s'il s'agissait là d'un corpus scientifique constitué, en grande partie, une fois pour toutes.

Concernant les dynies (vulvodynies, glosodynies, coccyodynies, urodynie, etc.), il faut bien reconnaître que ce type d'algie est le cauchemar du médecin. C'est un cauchemar, parce qu'il y a en quelque sorte brouillage du savoir. Il y a en effet la double crainte : celle de passer à côté de quelque chose de lésionnel et celle, oppo-

sée, de sortir du système de l'ordre médical, comme dirait Jean Clavreul, et qui incite à renouveler les examens, pousse à s'accrocher au moindre symptôme valable. Le médecin, déçu de son échec thérapeutique et progressivement agacé par l'agressivité et l'inertie de son malade, est souvent aussi tenté de s'ériger en juge critique (cf. schéma ci-après). Le vocable *dynie* pourrait être entendu comme *déni* ou *dit nié*.

REPRÉSENTATIONS SOCIALES



Que doit-on rechercher ? Quelles sont les incidences psychologiques sur les douleurs pelviennes, ou plus généralement les dynies ?

Quand on évoque les dynies, on pense à ces liens bien singuliers entre douleur, sexualité et féminité. Les vulvodynies forment l'une de ces figures énigmatiques dont la psychosexualité féminine a le secret. La brûlure dont elles souffrent ne viendrait-elle pas signifier, commémorer, qu'il y a eu franchissement d'une barrière de leur anatomie, forçant, soulignant la rupture d'avec l'enfance et la relation ambivalente, déjà, à la mère ? « La représentation inconsciente agissante serait celle d'un acte de rupture pour le passage d'un état à un autre ».

Ces patientes souffrant de dynies nous amènent à nous demander « Que veut la femme vulvodynique par exemple ? Qui est-elle ? Que peut-on vraiment pour elle ? » Elles nous placent face à des interroga-

Il faut bien reconnaître que ce type d'algie est le cauchemar du médecin

tions majeures qui reprennent en écho d'autres questionnements, aux accents freudiens, ceux-là : « Que veut la femme ? », mais aussi « Que dit le symptôme ? »

Nous le savons, la fixation du symptôme est comme une empreinte du vécu sur le corps. L'interprétation analytique rapproche les dynies des dimensions hystériques et hypocondriaques, l'intrication de ces deux dimensions est logique.

Influences de l'hystérie sur les dynies

Sachons-le, les difficultés face à l'interprétation hystérique sont déterminées par les aprioris sur l'hystérie encore très largement décrite comme l'hystérie du temps de Charcot. Vient s'ajouter à cela la vulgarisation du terme utilisé pour décrire une personnalité extravagante et par conséquent ce terme devient péjoratif.

Remettons les symptômes hystériques à leur place contemporaine. Aujourd'hui l'expression hystérique est moins théâtrale, peut-être plus difficile à cerner par les expressions qu'elle peut prendre. On peut se demander comment lui donner un sens plus contemporain alors même que la névrose hystérique a complètement disparu des classifications telles que le DSM.

Les cas de dynies font penser à ce que Juan-David Nasio écrit sur la particularité de hystérie, à savoir que souffrir sur un mode hystérique, c'est souffrir consciemment dans le corps, c'est-à-dire convertir la jouissance inconsciente et intolérable en souffrance corporelle. Contrairement aux extravagances habituellement attribuées à l'hystérique, l'hystérie, dans son aménagement défensif se contraint par peur « d'être puni » (complexe de castration), l'angoisse le fige et c'est l'inhibition et l'ambivalence qui le caractérise le plus.

Pourquoi cela et comment le reconnaître ?

L'analyse psychanalytique décrit l'hystérie comme une problématique œdipienne où le complexe de castration entretient le sentiment de culpabilité inconsciente et l'angoisse de la punition ; le refoulement ; l'inhibition ; les symptômes de conversion.

Dans l'hystérie de conversion, il existe une pluralité des symptômes ; une personnalité, une attitude relationnelle particulière liée à une forte dépendance affective souvent sous forme de possessivité et conduite sur un mode d'insatisfaction.

La fixation de la douleur apparaît comme l'empreinte du vécu sur le corps. La trace mnésique – une représentation psychique d'un objet absent chargé d'affect – est principalement visuelle dans l'hystérie, d'où l'appellation fréquente d'image mnésique et qui détermine que chez l'hystérique tout passe par le regard. Cependant,

elle prend également un aspect auditif qui rend efficace la psychothérapie et favorise l'émergence de l'origine du trauma. La trace mnésique a un rapport étroit avec une violence sexuelle infantile³. La marque de l'agression, même de faible intensité, reste inscrite à la surface du moi. L'expérience, sur le moment, n'est pas forcément vécue comme un affect mais dégage une surcharge de pulsion sexuelle inconsciente comme un orgasme inconscient chez l'enfant, une séduction excitante et naturellement refusée par le surmoi et le moi.

La séduction traumatique tente à redevenir consciente sous forme de pulsion, d'obsession d'où la compulsion à la répétition afin de se rapprocher, par un mode hallucinatoire, de la satisfaction du désir.

La problématique œdipienne est au centre de la problématique hystérique. Le complexe d'Œdipe suit les mêmes règles mais la menace de castration est vécue d'une manière particulière chez l'hystérique. La sexualité infantile est traumatique et pathogène, elle projette son excessivité sur le corps qui devient un tout érogène : le siège du désir. Cette jouissance, dans ce surplus d'intensité sollicite la création de fantasmes protecteurs pour son accomplissement et sa décharge. Mais cette jouissance prématurée de la sexualité infantile crée une angoisse fantasmagorique. La représentation, surchargée d'énergie, erre dans l'espace du subconscient, se charge d'affect, devient une force pulsionnelle à décharger. La surcharge de la représentation dans son déplacement se convertit en une angoisse fantasmagorique et cette dernière « en déjouant l'action du refoulement trouvera son expression finale dans le corps »⁴.

La conversion en symptômes dans le corps dérègle la sexualité, entraîne des douleurs, signes d'insatisfaction. Le fantasme angoissant résulte du combat du moi pour se protéger contre toute approche de jouissance maximale. L'atteinte de la jouissance pour l'hystérie marquerait le passage vers la folie. Le désir ne peut donc être assouvi et suscite le fantasme qui contient l'angoisse de la lutte pulsionnelle et se transforme alors en souffrance. « Le fantasme fait résistance à l'inconscient... il s'enroule autour du Moi imaginaire comme lieu qui maintient le leurre sur ce qu'il en est du sujet et de son désir »⁵.

Dans cette ambiguïté, le corps de l'hystérique devient le phallus « roué au niveau de la région génitale »⁶, le phallus dont l'Autre est châtré, il est, par conséquent aux aguets, hypersensible aux demandes extérieures.

De ce fait, le corps se transforme en érotisation excessive (projection du phallus sur une partie du corps) et le refus de jouir en inhibition sexuelle, en déni du corps génital. Ambivalence décrite par Freud comme « un besoin sexuel excessif et un regret exagéré de la sexualité ».

>>>



Le moi et le ça

Sigmund Freud
Puf
coll. « Quadrige Grands textes »
2011 – 68 p.

Dernier grand texte métapsychologique de Freud, venant à la suite d'*Au-delà du principe de plaisir*, *Le moi et le ça* est le livre de la seconde topique, où sont introduites deux nouvelles figures : le ça (terme emprunté à Groddeck) et le surmoi (l'autre nom de l'idéal du moi). Cette seconde topique prolonge la première (Conscient, Préconscient, Inconscient). À cette nouvelle partition de l'appareil psychique Freud greffe, plus qu'il n'intègre, le second dualisme pulsionnel (Éros et pulsion de mort).



Corps et symptôme Leçons de psychanalyse

Paul-Laurent Assoun
Economica
coll. « Psychanalyse »
2009 – 372 p.

Du « langage d'organe » psychotique aux « pathologies somatiques chronicisées », le symptôme du corps apparaît comme témoignage, à partir d'un trauma incorporé, d'un appel à l'autre (« inter-jction »), insu du sujet lui-même. Cela permet de saisir la prise du corps dans la lettre, entre jouissance et langage et le « retour du féminin » dans le corps, par le réel du symptôme.

13 avril 2013 – Paris

Se créer adolescent

Colloque
Les trente ans de la revue
Adolescence

L'histoire des idées dans la revue *Adolescence* est tracée selon les réflexions de cette journée en trois étapes. Dans sa démarche inaugurale, les processus d'adolescence débutant avec le pubertaire sont examinés, affirmant leur originalité et leur spécificité par rapport à l'infantile. Le travail de subjectivation avec ses avatars prend le devant de la scène à partir des années 1990. Depuis les années 2000-2005, les travaux publiés sont de plus en plus sensibles à la dimension intersubjective : confrontations-liens entre les autres internes et externes. L'accession au sujet social dessine un champ commun interrogeant le psychopathologue et l'anthropologue. Aujourd'hui, quelle place est accordée aux neurosciences ?

Intervenants

Marie-Christine Aubray, Annie Birraux, Bernard Brusset, Philippe Gutton, François Ladame, Jean-Luc Donnet, Philippe Givre, François Richard, Philippe Jeammet, François Marty...

Renseignement et inscription

06 30 42 54 30
colloqueado@gmail.com

Vous recherchez
un article ?

Articles
RECHERCHE ET ACHAT DE DOCUMENTS
www.articles-presse.fr

La menace de castration a été approchée sur un mode visuel et l'interdit de l'inceste sur un mode auditif (voix du père). L'aboutissement de la vue de la mère dénudée est interprété différemment dans l'inconscient du garçon et de la fille. Chez le garçon, il l'a observé avec stupeur et enregistré l'image maternelle dépourvue du phallus comme l'angoisse de la castration de l'Autre.

Cette observation est ressentie, chez la fille, non pas comme une angoisse, mais comme un ressentiment envers la mère. Animosité et rancune qui engendrent l'angoisse de la pénétration, le pénis représentant le corps insoutenable de la mère. Le fantasme féminin de la castration accomplie renvoie à l'idée de phallus volé et accordé (laisser-faire) par la mère.

L'hystérique refuse son corps sexué, il n'est ni homme ni femme, dans la tension issue du conflit entre le moi et l'énergie pulsionnelle, il fuit sa génitalité, il lutte entre l'identification et le désir du père et la terreur. La femme est à la recherche permanente du père imaginaire qu'aucun homme ne vient satisfaire. De même chez l'homme, qui, lui est à la recherche de la mère imaginaire mais l'angoisse de castration inconsciente est aussi entretenue, d'où l'image de l'homme hystérique comme un séducteur qui n'arrive pas à assumer sa sexualité. L'angoisse fantasmatique de l'homme est de pénétrer le corps de la femme et de la femme de se laisser pénétrer.

La jouissance masturbatoire exprime un érotisme auto-érotique pour conserver et protéger le phallus. Le sujet répond au désir de l'Autre passivement, sa soumission devient sa condition de jouissance maximale. La puissance pulsionnelle subit un retournement sur soi qui renvoie à la notion de passivité en tant que but (*être tourmenté, être regardé...*). Car, contrairement au névrosé d'angoisse, l'hystérique est acteur en créant lui-même sa situation relationnelle à l'autre, il régit la relation avec le partenaire, il se met en position d'objet désirant mais se retient de jouir pour ne pas « mourir » ou devenir fou.

La souffrance du symptôme de conversion s'affiche par une hypersensibilité douloureuse et une inhibition sensorielle ou motrice.

Dans l'hystérie, le conflit psychique apparaît sous forme de conversions somatiques. La représentation symbolique de la conversion est l'expression corporelle de représentations refoulées.

Le refoulement est un mode de défense inadapté, le moi doit neutraliser l'excès d'énergie : la pression du refoulement crée le déplacement qui est lui-même surchargé d'affects. La décharge reste perpétuellement incomplète, la pulsion ne trouvant pas son objet dans la réalité extérieure ne peut que

se soulager partiellement. La non-libération du déplaisir maintient l'insatisfaction. L'échec du refoulement crée le déplacement du but pulsionnel et se décharge sur le corps, c'est-à-dire en conversion somatique. Les symptômes somatiques correspondent ainsi à la décharge pulsionnelle partielle qui a franchi la barrière du refoulement par le biais du « déguisement » sous forme de symptômes corporels. Symptômes multiples et divers qui dépendent du fantasmatique : le sujet n'en a pas le contrôle, ils sont souvent en rapport avec la sexualité, le symbolisme psychique : représentation langagière, liaisons psychiques dans le somatique, anatomie imaginaire.

Les symptômes de conversion sont aujourd'hui le plus souvent interprétés comme des maladies psychosomatiques ou hypocondriaques.

Dans la conversion hystérique, il s'agit d'une démonstration d'impuissance par immaturité du moi par la frustration et la somatisation, avec la correspondance de la souffrance par la pensée, l'intellectualisation de l'obsessionnel. Les douleurs psychosomatiques sont l'expression d'une souffrance psychique, comme dans les conversions. Il n'existe pas forcément de liens directs avec des lésions organiques, ils sont causés par des contenus refoulés, des désirs interdits, des peurs. Le sujet tente de fuir dans la maladie un conflit, la focalisation sur les symptômes masque la souffrance psychique sous la forme d'une « belle indifférence » pour celle-ci. Les conversions font parties des mécanismes de défense qui protègent du désir inconscient et concernent le corps imaginaire servant de compromis entre désir et interdit. En ce qui concerne les dynies, on peut remarquer la faible élaboration fantasmatique mise en place par la représentation du refoulé : démanègeaison de la vulve, brûlures vaginales, cystalgie et symptômes de types prostatite chez l'homme (seulement 5 % de prostatite chronique d'origine bactérienne). Les dynies exprimeraient l'agressivité envers l'autre, une revendication face à la déception, la frustration et l'éloignement de l'autre.

L'hypocondrie, est en lien avec la castration et vient symboliser le manque. C'est en 1914, dans *Pour introduire le narcissisme*, que Freud vient classer l'hypocondrie parmi les névroses actuelles, avec la neurasthénie et la névrose d'angoisse. De fait, l'hypocondrie présente des aspects communs, à savoir : la dramatisation des sensations physiologiques que l'on peut rapprocher de la névrose d'angoisse et étendre au trouble panique avec des comportements phobiques tels que l'évitement, des comportements obsessionnels (vérifications et ruminations excessives). Et la concomitance avec la neurasthénie est fréquente et se présente sous la forme dépressive : fatigue,

manque d'envie et d'intérêt. Sándor Ferenczi met en lien l'inhibition et l'hypocondrie : une inhibition psychique qui annihilerait le repérage de l'excitation pulsionnelle dans la psyché et solliciterait la sensibilité somatique. L'impossible sublimation de la libido en libido d'objet maintiendrait l'excitation pulsionnelle dans le Moi. L'investissement de l'objet est converti d'une libido psychique en libido corporelle. L'introjection d'objet mal approprié – carence autoérotique – développe une projection située à l'intérieur des limites du sujet. La névrose d'angoisse et l'hypocondrie – du fait de l'hypervigilance qu'elles suscitent sur les sensations corporelles –, sont les pathologies qui décrivent le plus clairement le processus psychosomatique. Contrairement à la conversion somatique hystérique qui suit une anatomie fantasmatique, l'hypocondrie est plus difficilement décelable car elle répond parfaitement aux descriptions des symptômes biologiques et physiologiques. Elle suit non seulement des voies physiologiques, mais les symptômes suivent également des typologies organiques. Cependant, l'hypocondrie est souvent décelable par la variété et la fréquence des troubles chez un même individu. Les symptômes apparaissent de la même manière que dans les troubles anxieux : ils recouvrent l'angoisse. Car le déplacement des pulsions débordant dans le somatique par manque d'élaboration psychique – énergie non liée psychologiquement –, fait perdre à l'angoisse toute symbolisation, toute représentation. Jacquy Chemouni⁷, dans son article consacré à Ferenczi reprend cette question

sur l'hypocondrie « nous suivons la théorie de Freud en ce qui concerne l'hypocondrie et considérons que l'hypocondrie est une névrose narcissique actuelle et susceptible comme telle d'être expliquée par l'accumulation douloureuse de la libido narcissique dans les organes du corps »⁸.

L'interpénétration des conversions et de l'hypocondrie montre l'anxiété profonde de l'hystérique et le fond dépressif. La somatisation suggère à la fois une dépression réactive somatisée et une agression masochiste pour « payer sa dette ».

L'inscription somatique a un rapport avec le sentiment de culpabilité inconsciente dans le sens où elle peut se révéler comme une punition, d'expiation d'une faute. La castration se révèle dans le rapport avec l'autre, à l'impact culturel et social sur l'appareil psychique. Dans son rapport à la loi symbolique, la construction d'un surmoi fort, conjoint à la séparation d'avec l'objet, renforce le sentiment de culpabilité inconscient et laisse émerger le processus d'autopunition. Le besoin d'autopunition est lié au masochisme moral. La domination du Surmoi et du Ça sur le Moi place le sujet dans une disposition autodestructrice. Les éléments agressifs se transforment en sentiment de culpabilité. « Le moi hystérique se défend contre la perception pénible dont il est menacé par son Surmoi critique, de la même manière dont il se défend généralement contre une intolérable fixation à un objet : par un acte de refoulement. C'est donc le Moi qui est la cause de

>>>

Agenda

27 avril 2013 – Bordeaux (33)

Nourrir la résilience à travers une Approche Socio-Écologique

En utilisant des exemples tirés de sa pratique en thérapie familiale ainsi que de collaborations de recherches menées dans six continents, le Professeur Michael Ungar explore la nature des processus de navigation et de négociation qui nourrissent la résilience des enfants. Son travail suggère le besoin d'une interprétation écologique, culturellement sensible de ce que la résilience signifie pour ceux qui sont confrontés à des formes extrêmes d'adversité provoquées par le racisme, la violence sexuelle, la toxicomanie et la pauvreté. Au cours de cette présentation, il sera montré que la résilience dérive de l'aptitude individuelle d'un enfant à surmonter l'adversité ainsi que de la capacité qui lui est offerte par son écologie sociale afin qu'il puisse naviguer à travers les ressources dont il a besoin pour éprouver du bien-être. De plus, cet enfant s'en sort d'autant mieux qu'il est capable de négocier pour que lesdites ressources puissent être disponibles et accessibles dans des manières qui fassent sens. Avec des cas issus de sa pratique, le Pr. Ungar montrera comment sept facteurs associés à la résilience augmentent la probabilité que les jeunes s'en sortent. L'impact différentiel de ces facteurs est également abordé, en confirmant hypothèse selon laquelle plus l'exposition des enfants à l'adversité est importante, plus les facteurs de protection influencent les résultats sur le plan psychosocial. Enfin, des aspects de la résilience cachée (ce qui constitue le *coping* mal adapté) sont discutés en tant que moyens raisonnables de se protéger du risque pour les enfants qui grandissent dans des contextes difficiles, où les ressources pour un développement psychosocial sain sont rares.

CRAA
http://craa.info

**Nourrir la résilience
à travers une Approche
Socio-Écologique**

samedi 27 avril 2013
Amphithéâtre R. Badinter
Mériadeck
Bordeaux

Autour de

Michael UNGAR
Université Dalhousie, Halifax, Canada

Boris CYRULNIK
Faculté des lettres et sciences humaines de Toulon

Gérard OSTERMANN
CHU de Bordeaux

Collège Régional des Alcoologues Aquitains

Intervenants

Michael Ungar, Boris Cyrulnik, Gérard Ostermann

Renseignements et inscription

Agnès Meyer
40, rue Saint-Julien - 33112 Saint-Laurent-Médoc
05 47 83 90 50 - 06 73 00 07 74 - craa@sfr.fr



Une dépendance affective s'exprimant souvent sous forme de possessivité, représente l'angoisse qui « vient en réaction au danger de la perte d'objet », et qui se révèle par la douleur

l'état inconscient du sentiment de culpabilité »⁹. Dans le masochisme moral, c'est le sentiment de culpabilité qui est érotisé, le sujet l'investit masochiquement pour pouvoir supporter le sentiment de culpabilité inconscient et l'apaiser. Ce sentiment de culpabilité lie le sujet à son symptôme, la douleur est une manière inconsciente de payer sa « dette » : la névrose se retire au profit de la douleur car « la maladie réelle tient lieu de culpabilité en acte »¹⁰.

Par conséquent, l'hystérie est une modalité particulière de l'adaptation aux conflits internes, dans laquelle la place du désir sexuel est au cœur de l'économie personnelle (névrose œdipienne). L'hystérique dévoile ce que cache le symptôme psychosomatique : l'échec de l'intégration du corps sexué, l'échec de l'identification de l'enfant à un de ses parents, l'échec du découpage des images parentales permettant l'expérience œdipienne avec, comme résultat, l'impossibilité de vivre le désir comme une intention jaillissant du corps, saisie et acceptée par le Moi.

Le désir est toujours refoulé, et le trouble, qui accompagne les moments où le désir est ressenti, est projeté sur l'autre. Ainsi, ce n'est pas moi qui suis à l'origine de ce trouble semble dire l'hystérique, j'y suis étranger(ère), je le subis parce qu'il m'est imposé par le désir et la volonté de l'autre ». C'est d'ailleurs la recherche du trouble de l'autre qui rassure l'hystérique sur sa propre existence. Se fixer dans une position d'objet constitue le paradoxe de cet univers névrotique. « Le désir de l'hystérique, c'est le désir de l'Autre » indique encore Lacan¹¹.

La nécessité pour l'hystérique de vivre dans le miroir que l'autre est pour elle (lui), l'oblige à une quête de séduction ; une relation toujours suggestive ; un besoin d'exhibition ; une vigilance perceptive exagérée (elle vit de l'image et dans l'image, résume Henri Ey¹²).

Le symptôme arrive alors comme un voile que l'hystérique tend pour ne pas se reconnaître dans sa situation, et pour que l'autre entrant en contact avec elle, ne la reconnaisse pas non plus. Ultérieurement, cette idée du symptôme-écran sera vivement critiquée par l'École de psychosomatique de Paris qui y verra, au contraire, la traduction directe d'une difficulté de penser, une crainte de la réalisation verbale de la pensée, un blocage de la pensée au sens réel du terme. Le symptôme est un langage, et la présence de l'autre est indispensable pour qu'il se manifeste. Mais c'est un langage hermétique, et en premier lieu pour le sujet lui-même ; c'est un langage inventé pour quelques interlocuteurs privilégiés (la mère ou le père de l'enfant hystérique) langage que ni eux ni le malade ne comprennent.

L'hystérie décrit également une personnalité, un mode relationnel

En effet, la pathologie est souvent liée à la dépendance affective et à l'insatisfaction. De même qu'une agressivité profonde vient manifester d'une frustration existentielle et de fortes déceptions, l'attitude relationnelle est marquée par l'inhibition. La dépendance affective se décline sous les aspects de possessivité, de besoin intense de reconnaissance et de regard de l'autre sur lui.

Une dépendance affective s'exprimant souvent sous forme de possessivité, représente l'angoisse qui « vient en réaction au danger de la perte d'objet »¹³, et qui se révèle par la douleur. Cette dernière est référencée dans la situation originariaire de séparation, le sujet doit faire le deuil de la fusion maternelle (« fantasme d'une peau commune mère enfant », selon Didier Anzieu). La douleur de la perte institue une douleur psychique et une douleur corporelle qui lui est analogue. La demande de relation exclusive reflète l'ambivalence entre le sentiment de toute-puissance et l'impuissance, de plénitude et de frustration. Le perfectionnisme marque également l'insatisfaction et la dépendance affective, l'hystérique recherche désespérément la reconnaissance de l'autre, il craint plus que tout de ne plus être aimé de l'autre, il veut séduire pour être présent dans le regard de l'autre. Pour Claude Balier, « Le surinvestissement de la zone corporelle douloureuse maintiendrait un objet d'investissement narcissique sur lequel peut s'opérer la liaison des pulsions destructrice et de la libido, protégeant le moi et le soma des attaques destructrices de la pulsion de mort »¹⁴. La douleur amène à considérer son expression comme un vécu d'impuissance et de retour à l'état de dépendance et de détresse. Le sentiment abandonnique, bien qu'imaginaire, a une répercussion psychique qui est identique au fait réel.

« La constatation qui s'impose et qui me paraît essentielle, c'est que les malades dont la vie psychique est dominée par le problème de sécurité affective et la crainte de l'abandon sont tous des cas où la névrose présente une structuration très différente des névroses classiques décrites par S. Freud et ses disciples. Nous nous trouvons ici en face d'individus demeurés à un stade primitif, où toute la force instinctuelle et affective semble drainée dans un seul sens, dominée par

une seule nécessité : s'assurer l'amour et, par-là, maintenir la sécurité »¹⁵. Lors d'une actualisation traumatique dans la réalité extérieure, l'angoisse initiale d'abandon est réactivée et repose sur « L'angoisse qu'éveille tout abandon, l'agressivité qu'il fait naître et la non-valorisation qui en découle »¹⁶. Le syndrome d'abandon place le sujet dans des dispositions autodestructrices.

L'inhibition, chez l'hystérique est plus localisée, mais perturbe l'ensemble de l'action en altérant la mémoire et le relationnel, – d'où l'isolement –, dans un sentiment d'insatisfaction permanente et par la perturbation de la sexualité.

Pour la femme, la sphère gynécologique a une tonalité affective notionnelle qui dépasse largement les causes médicales. Cette région est chargée de mystères et de fantasmes. C'est le lieu des rapports sexuels, de la conception, du développement du fœtus. L'utérus semble avoir dans l'esprit des femmes une place sans commune mesure avec sa taille réelle et chacun sait par ailleurs que l'angoisse peut avoir effets douloureux sur le corps. De fait, les douleurs fonction sont très fréquentes en gynécologie.

Très schématiquement, ce qui semble prédisposer à la douleur chronique c'est la concordance dans le temps entre une lésion initiale et une tension émotionnelle due à un autre événement (rupture sentimentale, deuil, etc.). De ce fait, la patiente peut intimement lier ces deux événements. À chaque tension inexprimable, cet organe (devenu cible) risque de se manifester à nouveau par des douleurs. Cela est encore plus évident lorsque l'événement marquant a été à l'origine de la douleur : un conflit conjugal déclenchant des spasmes coliques et des douleurs pelviennes fera le lit de la douleur chronique en souvenir de ce qu'il ne faut pas oublier, de même lorsqu'un traumatisme est lourd de sens, par exemple une salpingectomie après une infection tubaire.

Par exemple chez Christelle, 43 ans, célibataire. Depuis l'âge de 20 ans souffre de colopathie chronique. Elle vit une rémission de ses troubles pendant dix ans. Au moment du décès de son père, les douleurs colopathiques réapparaissent : spasmes, brûlures, diarrhées. Souvent au niveau du flan gauche jusqu'au rein gauche. Depuis quelques mois, de nouvelles douleurs apparaissent : des douleurs pelviennes, côté droit comme au niveau de l'ovaire droit. Elle se souvient, plus jeune, avoir souffert de règles menstruelles douloureuses surtout du côté droit. Elle ressent comme une inflammation, des brûlures internes qui l'empêchent de vivre. Elle ne peut plus faire les randonnées avec ses amis, elle s'isole, évite de sortir et doit arrêter de travailler alors qu'elle s'épanouit dans son travail car c'est le lieu où elle existe, où elle est reconnue, on lui fait confiance, elle est très perfectionniste. Elle va jusqu'à demander, voire même supplier sa gynécologue d'opérer chez elle une hystérectomie « pour ne plus en entendre parler de sa dou-

leur », tous les traitements sont voués à l'échec, elles ne les supportent pas car ils augmentent ses colopathies.

De notre place de praticien, il nous semble indispensable de repérer un tant soit peu les divers codes de compréhension de cette algie chronique, de prendre en compte les difficultés d'écoute pour mieux les contourner, ceci afin de mettre en place une prise en charge thérapeutique, spécifique et particulière, adaptée au cas par cas.

Comme l'a fait remarquer Éliane Ferragut, à la différence des douleurs aiguës, la différenciation entre étiologie organique et psychogène n'est plus opérationnelle avec la chronicisation. La fonction protectrice admise pour la douleur aiguë par exemple, devient moins évidente au stade chronique.

Dans le prochain numéro :
La prise en charge globale du patient

1 - Garrus, R., (1988) *Les étymologies surprises, le français retrouvé*, Paris : Belin.

2 - Lakdja, F., (2002) L'étude ou la science de la douleur : un problème sémantique. *Le courrier de l'algologie*, 1, p. 15.

3 - Freud explique l'origine des traumas sexuels, d'une part, par la vision involontaire et incomprise de la copulation parentale ou adulte, ou/et d'autre part, d'une expérience directe sur son corps au travers d'agressions sexuelles (attouchements, pénétration...), expérience subie passivement, dans l'incompréhension où le sujet a pu vivre un sentiment d'impuissance accompagné d'un sentiment de plaisir dans la séduction ou dans l'acte entraînant un sentiment de culpabilité partagé.

4 - André, J., Lanouzière, J., Richard, F., (1999) *Problématiques de l'hystérie*. Paris : Dunod, coll. « Psycho sup ».

5 - Ansaldi, J., (1998/2003) *Lire Lacan : l'éthique de la psychanalyse, le séminaire VII*. Nîmes : Champ social, coll. « Psychanalyse », p. 96.

6 - Lacan, J., (1962-1963/2004) *Le séminaire, livre X : l'angoisse*. Paris : Seuil, p. 370-371.

7 - Chemouni, J., (2001) De l'hypocondrie aux pathonévroses : l'apport de Ferenczi. *Évolution Psychiatrique*, 66(1).

8 - Lacan, J., (1962-1963/2004) *op. cit.*, p. 30.

9 - Freud, S., (1921-1923/2011) *Le moi et le ça*, Paris : Puf, coll. « Œuvres complètes/psychanalyse ».

10 - Assoun, P.-L., (1997/2004) *Corps et symptôme : leçons de psychanalyse*. Paris : Economica, p. 84.

11 - *Le désir et son interprétation* (Séminaire VI), 1958-1959.

12 - Ey, H., Bernard, P., Brisset, C., (1974/2010) *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

13 - Freud, S., (1926/2011) *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : Puf, coll. « Quadrige Grands textes ».

14 - Balier, C., (dir.) (2005) *La violence en abyme : essai de psychocriminologie*. Paris : Puf, coll. « Le fil rouge », p. 119.

Rosenberg, B., (2001) Le carrefour psychose somatose. *Psychanalyse et psychose*, 1.

15 - Guex, G., (1993) *Le sentiment d'abandon*. Paris : Puf, p. 2-3.

16 - *Ibid.*, p. 13.



Soif d'idéal

Gérard Bonnet
Éditions Philippe Duval

2012 – 128 p.

Dans ce livre, Gérard Bonnet, psychanalyste de la perversion, montre comment les idéaux sont à l'origine du meilleur comme du pire. Comment venant des profondeurs du psychisme, ils sont porteurs d'une énergie sans pareille, qui peut soulever des montagnes, mais aussi détruire sans pitié. Comment, s'ils fondent les pactes d'amour que la sexualité égaye, c'est en leur nom que se commettent les attentats terroristes comme les crimes pervers.



La tyrannie du paraître

Gérard Bonnet
Eyrolles
coll. « Comprendre et agir »

2013 – 192 p.

Après avoir pris la mesure de cette nouvelle tyrannie du paraître, l'auteur invite chacun à rechercher en soi les fragilités ou les complications qui le rendent incapables d'y faire face. À la source du malaise se trouve toujours une honte, souvent méconnue, que l'obligation de paraître est venue heurter et réveiller. Or, il est possible de transformer cette honte en fierté, de lever les blocages qui empêchent de se poser dans l'existence, de trouver un juste milieu entre exhibition et inhibition.