Le corps

Cristina Lindenmeyer

► To cite this version:

Cristina Lindenmeyer. Le corps : Lieu de l'infantile. Recherches en psychanalyse, 2006, Nouvelles technologies médicales et subjectivité, 2 (6), pp.147-156. 10.3917/rep.006.0147 . hal-01515578

HAL Id: hal-01515578

<https://hal.science/hal-01515578>

Submitted on 24 Aug 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le corps. Lieu de l'infantile

Cristina Lindenmeyer

Cet article a été écrit à partir d'une expérience clinique auprès de personnes à qui a été fait un diagnostic *précoce* du cancer. C'est-à-dire, à la suite d'examens de routine chez son médecin, le patient apprend qu'il a un cancer.

C'est le savoir médical qui inaugure la présence de la maladie, sans que le patient ait nécessairement éprouvé les sensations corporelles lui indiquant que quelque chose se passe à l'intérieur de lui.

Du coup, le sujet se trouve comme pris dans les rets d'un dispositif qu'offre la médecine actuelle et qui le propulse en position de patient avant même de s'être éprouvé comme malade.

Je m'interroge sur les effets psychiques de cette démarche. Quels seront les destins pulsionnels qui résultent de cette rencontre entre le sujet et ce qu'offre la médecine ? Dans un tel contexte comment ce corps va-t-il fonctionner avec sa dynamique pulsionnelle propre ? Pour comprendre cette situation je m'appuie sur l'idée d'un effet traumatique qui se produit au moment de l'annonce de la maladie grave.

Je désigne par traumatique l'idée freudienne selon laquelle les événements extérieurs ne sont pathogènes que dans la mesure où ils viennent réactiver certains fantasmes, comme dans un mouvement de retour à des événements qui se trouverait au début de tout le processus. Autrement dit, le traumatisme est immédiatement happé par la libido du sujet et s'intègre à son histoire personnelle.

L'ÉTRANGÉTÉ Du CORPS

Cet effet traumatique de l'annonce de la maladie, potentiellement mortelle, provoque chez le sujet, une certaine perception du corps ; on assiste alors à la reconstitution de son fantasme de mort avec ce que le médecin vient de lui énoncer. Ce nouvel assemblage définit les conditions nécessaires à la réactualisation des fantasmes infantiles (fantasme de mort, fantasme de castration).

L'expérience clinique avec ces sujets, mis en position de patients avant même de s'être éprouvés comme malade, me permet d'avancer que le corps se constitue, dès lors, comme un objet phobogène, lieu de projection de l'archaïque. Alors, tout un processus d'évitement, connu dans les comportements phobiques, apparaît. Le corps fait peur comme un étranger ou quelque chose d'étranger.

Cette « étrangeté » du corps me semble se poursuivre par une sorte de reprise active du traumatique : quelque chose paraît maîtrisable sous la forme d'une théorisation – à l'image de celle que nous voyons à l'œuvre dans les théories sexuelles infantiles.

Cet extérieur, représenté par la maladie peut être assimilé au passé propre du sujet, où les instances parentales détenaient une place importante. Nous pouvons parler de cette reprise de son histoire comme une tentative d'historicisation, plus proche du récit que d'un processus de subjectivation.

La maladie peut ainsi dans certains cas réveiller, sous l'effet du choc qu'a produit son annonce, quelque chose en soi en attente d'un dire¹. La réalité de la souffrance vécue par l'intermédiaire du corps semble transformer la réalité présente (celle du cancer) en la réactualisant, sous forme d'une menace de mort archaïque. Ces personnes paraissent être à la recherche d'une maladie qui leur permettrait de négocier avec une angoisse archaïque : à travers la maladie cette angoisse trouverait un lieu d'expression.

Il s'agirait alors, soit d'une attitude extrêmement défensive contre l'irreprésentable de la mort, ce qui précipiterait le sujet dans une sorte de contrainte ultime à répéter, soit, au contraire, d'une attitude n'entraînant aucune résistance à la mort (mort réelle, mort dans le réel). L'énoncé du diagnostic de la maladie va établir une coupure entre un état antérieur de confiance en soi, où la capacité de faire face au monde était assurée et un état de désillusion après l'effondrement de l'illusion d'un pouvoir en fonction duquel avant, rien ne pouvait arriver. Cette désillusion va se traduire par cette plainte souvent entendue chez ces patients : « *Je ne pouvais pas croire qu'un jour ça pourrait m'arriver à moi.* »

1. Del volgo M.-J., *L'instant de dire*, Erès, 1997.

La situation de maladie se présente dès lors comme une expérience qui fait régresser le sujet à une situation primitive de détresse où il ne détient plus les moyens psychiques d'élaborer. L'expérience de maladie de ces patients s'avère donc en de nombreux points semblables à la situation de l'enfant démuné face à la toute-puissance de l'adulte dont il dépend.

D'un point de vue de la réalité psychique, cette situation de détresse induite par la situation de maladie va être vécue comme une répétition. Répétition d'une scène primitive quand celle qui aurait dû protéger avait disparu.

Tout se passe comme si les échanges, les transmissions du corps au sens propre passaient par les mains de la mère ou de ses substituts (la mère réelle, l'infirmière, l'équipe médicale en générale), mais comme une mère instable à laquelle on ne peut faire confiance, qui abandonne.

Certains moments, dans le réel de la maladie, vont alors permettre au sujet de « condenser en un seul bloc » ces expériences infantiles traumatiques.

Paradoxalement le traitement médical se présentera comme la seule façon de lutter contre le cancer qui pourra désormais expulser ses sensations d'un corps contaminé et envahi, d'un point de vue de la réalité psychique, par la mise à jour des expériences infantiles traumatiques. Le traitement chimiothérapeutique apparaît paradoxalement comme l'unique moyen de stabiliser le corps envahi.

Il sera même possible de considérer les sensations éprouvées en raison du traitement comme la reviviscence de sensations corporelles (être transporté d'un lieu à l'autre, fièvre, vomissement, menace de vertige). Ici les sensations du corps vont servir de support à la résurgence de ces histoires infantiles.

À partir d'une situation clinique j'aimerais illustrer la complexité de la vie psychique prise par un passé infantile « enkysté » et réactivé par l'état de maladie.

SUR L'EFFET TRAUMATIQUE

À travers ce cas clinique nous pouvons illustrer tout un mouvement régressif dans le transfert qui va initialement être tissé comme un corps maternel qui permettra des transformations des plaintes somatiques en des associations psychiques.

Pietra est une femme d'une quarantaine d'années. Elle se retrouve de nouveau à subir le regard et l'intervention du médecin, laquelle consiste en une série de cures de « chimio », en raison d'une rechute de son cancer de l'ovaire.

Au cours des premières séances Pietra est dans une inertie à penser, à

pouvoir penser, inertie qui en arrivait jusqu'à contaminer nos rencontres. Tout le temps de la séance est utilisé pour me parler de sa maladie, de l'histoire de sa maladie. En sollicitant intensément qu'un regard soit posé sur son corps devenu malade sans qu'elle-même l'ait perçu.

Son histoire s'ouvre sur ses premières hospitalisations. La première année, Pietra se soumet aux cures de chimio nécessaires pour éradiquer son cancer. Alors que tout semblait aller pour le mieux elle rechute. Paniquée à l'idée que la maladie est à nouveau présente dans son corps, elle décide de rechercher une autre équipe médicale pour traiter son mal. A celle-ci elle disait : « *Je ne sentais rien, mais il y avait le mot cancer* ». Incapable de supporter cette rechute elle se mit à prendre des calmants. Finalement, sur le conseil de son médecin, elle se décide à faire la démarche pour entamer une psychothérapie. Au début je la reçois en consultation à l'hôpital.

Tout en nous paraissant motivée pour entamer un travail psychothérapeutique, Pietra paraissait paralysée, dans une immobilité psychique. Derrière cette attitude d'impossibilité à me livrer ses pensées il y avait dans son discours une sorte de quête à redonner une cohérence à son état de maladie.

Au cours de ces premières séances Pietra ne faisait que se plaindre d'une sensation de malaise, provoquée, selon elle, par la découverte de son cancer. Sans pouvoir associer quoi que ce soit à des situations de son histoire la patiente continuait à venir me voir avec une discipline quasi militaire.

Au bout de quelques séances Pietra allait me parler de quelques éléments de son passé. Elle est la deuxième d'une fratrie de quatre filles. Son père travaillait beaucoup et sa mère restait à la maison pour s'occuper du foyer et de ses enfants. Pietra s'est mariée à 24 ans et a eu deux enfants. Après avoir ainsi résumé sa vie, elle ne nous dira rien d'autre sur son histoire personnelle et engage sa parole sur sa maladie et les éléments qui l'entourent. Tout ce qui n'est pas sa maladie (ou son corps malade) est complètement désinvesti par elle, sa seule préoccupation restant de manière permanente ce corps qui l'a trahie et la trahit encore et ce souci, quasi obsédant, de traquer le moindre signe susceptible de se manifester dans son corps. Sur ce fond hypocondriaque Pietra passe son temps à mobiliser toute son attention, toute sa vigilance sur la meilleure façon de ne plus « *contaminer* » son organisme.

Progressivement s'élaborait, en moi, l'idée qu'en me parlant de ce qu'elle ressentait dans son corps, Pietra attendait de moi, qu'à travers chaque signe éprouvé dans son propre corps et qu'elle me retransmettait, une représentation se formât en moi « *Vous comprenez, aujourd'hui j'ai vomi toute la matinée.* »

Ces plaintes se poursuivirent pendant plusieurs mois et ma personne, associée dans le transfert au corps maternel, continuera à fonctionner pour

elle comme lieu d'accueil et d'une possible élaboration psychique. Son vécu somatique nous fait comprendre comment le corps peut servir d'écran projectif sur lequel se révèle l'image du passé.

Dans ce sens, ces plaintes somatiques sont utilisées dans les séances comme des éléments qui fonctionnent comme les « restes diurnes » dans le rêve. Mais si elle peut, petit à petit, utiliser des séances comme un moyen d'accéder au matériel psychique ou d'accepter le matériel psychique d'autres éléments vont apparaître. Des fantasmes d'abandon et de maltraitance vont être mis en scène dans le transfert. Par exemple : Pietra pouvait très mal supporter mon silence comme s'il la renvoyait à sa propre mort. Il suffisait parfois de simples expressions sonores de ma part pour qu'elle se sente en sécurité et puisse trouver quelque réconfort en prononçant quelques mots « *Aujourd'hui j'ai trouvé mon ventre un peu plus gonflé. C'est peut-être comme ça. Oui, je m'inquiète trop. De toute façon je suis déjà avec le traitement qu'il faut.* » A cela venaient s'ajouter des souvenirs de petite fille qui cherchait de sa mère un regard, un geste, qui ne venait pas et que Pietra vivait comme une blessure. Les moments d'interruptions ou de vacances étaient aussi mal supportés : elle développerait, par rapport à ces moments, une longue phase dépressive avec projection intense dans la relation transférentielle des sentiments d'abandon et d'impuissance.

A partir de ce moment-là, le contenu des séances se modifiait : les plaintes somatiques s'atténuaient et donnaient lieu à des associations et souvenirs. Ses rêves, ses associations laissaient fréquemment émerger un corps maternel ou un corps féminin.

Au cours des séances suivantes Pietra laissa transparaître son agressivité, ses désirs de petite fille, ceux de s'emparer des attributs maternels, jalousement gardés par une mère avare en démonstration affective. Le souci de l'ordre chez sa mère lui apparaissait comme la volonté de se débarrasser de toute expression érotique de son corps comme si, en celle-ci, on ne pouvait trouver que de la saleté.

Dans ces tentatives d'enfant, expérimenter ces sensations corporelles était devenu impossible car si l'ordre et la propreté ne régnaient pas comme l'avait prévu sa mère, tout pouvait basculer. Objets et paroles devaient donc être rangés dans l'espace de la maison de façon à ce que tout reste immobile et ne puisse devenir menaçant.

Ainsi toutes les sensations de son corps malade entraient en résonance avec ce qu'elle ressentait et nous désignait comme un « défaut », comme si cet état de maladie était fait ou montré pour lui faire revivre cette scène traumatique. Ou encore, qu'elle est elle-même la violence qui a ce pouvoir de susciter les incapacités maternelles. « *Je pense parfois qu'il serait préférable que je sois*

morte, une fois pour toutes. Quand je dors, je pense que peut être ça serait bien si je ne me réveillais plus, comme ça c'est fait. »

Au cours de ce voyage analytique, nous avons pu aller à partir de son cancer de l'ovaire vers un travail analytique sur sa féminité, en prenant sa maladie comme moyen déclencheur d'un mouvement régressif permettant la mise à jour de ses propres théories sexuelles infantiles.

LE SéDuCTEuR ET LE SéDuIT

En énonçant le diagnostic, le médecin ne fait pas que « créer » la maladie il en propose aussi la guérison, devenant par-là même l'unique recours capable d'annuler cette expérience traumatique.

Quand nous pensons à l'idée de la séduction, telle qu'elle nous fut proposée par Freud dans ses publications de 1895 à 1896, la victime est le plus souvent l'enfant, et le personnage séducteur un adulte. Il nous apparaît important, dans ce que cette scène nous donne à voir, d'insister sur le statut d'autorité exercée par l'adulte sur l'enfant. C'est ce que les textes de Freud affirment : la place prééminente de l'adulte dans l'établissement des règles concernant la conduite des enfants.

Il en va de même pour ces patients qui me semblent entretenir avec le médecin le même rapport de séduit/séducteur. Face au médecin, ils se trouvent tel l'enfant comme un être vulnérable et fragile. Cette fragilité, fait pour Freud, de la victime un être séduit, un enfant séduit. Cette fragilité l'amènera dans le fantasme, à des aménagements pulsionnels qui permettront au sadisme de l'adulte séducteur de s'installer. Les sentiments décrits par nos patients paraissent décrire cette même position de soumission dans la relation avec le médecin.

Pour Ferenczi ce qui fait trauma, dans l'acte de séduction, est moins le contenu de l'acte, que la différence de statut entre le séducteur (l'adulte) et le séduit (l'enfant). Il pense le trauma comme l'association de deux moments.

Le premier est celui où l'enfant se retrouve confronté au langage de la passion qui est celui de l'adulte ; le second est la non-reconnaissance, par l'adulte, de l'enfant comme sujet : l'enfant est réduit à n'être pour l'adulte que l'objet de satisfaction de ses besoins. Ferenczi insiste sur cet état de détresse de l'enfant face à l'adulte qu'impose l'acte. Le temps de l'effroi se situe au moment où l'adulte au lieu de jouer son rôle de « pare-excitation » vient à être excitation, plongeant l'enfant dans un mouvement pulsionnel sans retenue.

Ce travail identifie des situations qui confortent ces propositions de Ferenczi. Bien évidemment, il s'agit de l'enfant dans l'adulte parce que, comme toujours,

c'est bien l'enfant en nous qui subit les effets traumatiques. Le choc, lors de la confrontation de ces deux univers symboliques (celui du patient et celui du médecin) si distincts, équivaut à une « *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* »², pour reprendre le titre du texte de Ferenczi. Cette rencontre a, au niveau de la circulation pulsionnelle, le même statut de séduction dans la mesure où la non-reconnaissance par l'Autre – incarné par les médecins, les aides-soignants – d'un autre univers symbolique ôte au patient sa dimension de sujet : son discours ne trouve plus les jalons identificatoires sur lesquels il pouvait s'appuyer. Démunie de tout repère, la dynamique pulsionnelle se fige produisant un effet traumatique.

La situation vécue par ces patients devient donc la matrice d'une organisation où le sujet se retrouve écarté de lui-même : il ne peut plus qu'observer la situation dans un clivage psychique qui témoigne de sa douleur interne.³ L'inscription de cette expérience d'effroi et d'effraction, se revêt d'une masse rigide d'évitement et de précaution, dans la période qui suit immédiatement le choc : stratégie d'évitement qui se traduit généralement par un épuisement du travail psychique mobilisé dans une visée d'autoprotection. Cette sensation se présente quelquefois au cours de la séance comme si, tout d'un coup, le corps devenait habitable, mais qu'il venait avec cette lourdeur d'une histoire qui déborde les moyens disponibles à l'enfant en soi pour l'élaborer.

Certains patients éprouvent – au décours de la situation analytique – la séance comme un trou dans lequel ils sont susceptibles de tomber. Les séances peuvent parfois être vécues comme l'opportunité de s'appuyer sur un autre, comme une sorte de relaxation de cette pesanteur du corps malade que l'autre soutient. Comme s'il y avait recherche d'un lieu, ou d'un temps, où le sujet pouvait se sentir soutenu. C'est par exemple, le cas de ceux qui se comportent comme si l'analyste était un *réceptacle* pour leurs paroles. Le sujet enchaîne d'une séance à l'autre comme s'il n'avait pas besoin de reprendre ce qui avait été dit à la séance précédente.

Il arrive souvent que ces patients reprennent leur séance, après l'interruption des vacances, dans le droit fil de ce qui avait été dit à la séance précédente, comme s'il n'y avait eu aucune coupure, comme si le sentiment de continuité ne pouvait pas être perturbé.

2. S. Ferenczi, « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et le langage de la passion », in *Œuvres complètes*, Psychanalyse IV, Paris, Payot, 1982, p. 123-135.

3. voir Lindenmeyer et Ceccarelli, « Traumatisme et sexualité », in *Recherches en psychanalyse*, n°5, juin 2006.

Ce qui leur importait, dans le même temps, c'était de rester dans l'illusion d'être complètement contenu par l'autre, porté par l'autre. Comme si, en étant porté par l'autre, ils ne chutaient pas, ne rechutaient pas. Illusion nécessaire pour pouvoir investir l'analyse mais aussi la chimiothérapie.

Dans le cas de rechute et reprise du traitement, la question que nous pouvons nous poser est la suivante : Est-ce que, au niveau fantasmatique chez le patient, le médecin ne viendrait pas se confondre avec la figure de la mort et devient donc du même coup le persécuteur à travers les mutilations du corps, inhérentes au développement de la maladie ?

Pietra nous dira : « *Maintenant, ils m'ont tout retiré. Il ne me reste plus rien à l'intérieur* », après qu'on lui eut enlevé les ovaires. Son être et son identité sexuée sont vécus dans une perte simultanée, entraînant une défaillance narcissique insupportable.

Cette double fonction du médecin le fait rentrer dans la catégorie de mauvais parent : plutôt que de fonctionner comme pare excitation à partir de sa place et de son rôle de soignant il s'avère mauvais, par son impuissance à arrêter l'évolution de la maladie. Mais il est aussi, dans un niveau fantasmatique pour le patient, le séducteur car en même temps qu'il annonce la maladie il propose aussi la guérison, se maintenant en position prophétique.

CONCLuSION

Comme nous avons pu en témoigner à travers le cas cité, l'expérience de la maladie entre en résonance avec les comportements maternels. Ces théories infantiles restées refoulées tout au long de sa vie, prennent alors une dimension mortifère dans l'enfant qui sera sacrifié plus tard par la maladie : le cancer, pour Pietra, est la projection de la scène primitive devenue visible dans son corps de petite fille. Il faut que quelque chose du corps filial soit sacrifié pour que soit dite la violence du pulsionnel. Les dégâts produits dans son corps permettent de porter au grand jour ce refoulement vécu dans l'enfance et étant toujours non-dit, jusqu'à la maladie.

Tant que le patient se maintiendra dans un rapport d'extériorité vis-à-vis de son corps libidinal, il restera hypnotisé par son agresseur, répétant un comportement de l'enfance, de soumission au(x) mauvais parent(s). Tel serait le noyau d'une position sado-masochiste.

Ainsi dira ma patiente : « *j'étais une enfant difficile et ma grand-mère disait que je souffrirai beaucoup dans ma vie.* » Ces paroles de la grand-mère viennent fonctionner comme contenant de la menace de mort et ont une dimension prophétique. L'annonce de la maladie par le médecin confirme cette

dimension prémonitoire de ce qui a été déjà annoncé dans les paroles de la grand-mère.

Ce que le travail analytique peut réintroduire, c'est précisément l'élaboration de cette dimension traumatique et angoissante qui s'impose au sujet, à l'occasion de cette confrontation avec la menace de mort que remet en scène l'expérience du cancer. Son rôle sera de permettre une perlaboration, au sens freudien du *Durcharbeiten*, de ces éléments du passé, à travers le travail dans le transfert.

Cristina LINDENMEYER

Psychanalyste

Maître de Conférence à l'université Paris 7-Denis Diderot

44 rue de Sévigné

75003 Paris

BIBLIOGRAPHIE

- BRUN D., 2001. *L'enfant donné pour mort : la pire des choses qui puisse arriver à une femme*, Paris, ed. Eshel.
- CANGUILHEM G., 1994. *Le normal et le pathologique*, 5^e éd., Paris, P.U.F.
- DEL VOLGO M.-J., 1997. *L'instant de dire*, Toulouse, Erès.
- DEL VOLGO M.-J., GORI R., 2005. *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- FEDIDA P., 1992. *Crise et contre-transfert*. Paris, P.U.F., 1995.
- FEDIDA P., « L'hypocondriaque médecin ». In *Monographie de la revue française de psychanalyse*. L'hypocondrie, Paris, p. 113-136.
- FERENCZI S., 1933. « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et le langage de la passion ». In *Œuvres complètes*, vol. iv, Paris, Payot, 1982 (art. posthumes), 1982.
- FERENCZI S., « Réflexions sur le traumatisme ». In *Œuvres complètes*, vol. iv, Paris, Payot.
- FOUCAULT M., 1993. *Naissance de la clinique*, 3^e éd., Paris, P.U.F.
- FREUD S., 1915. « Pulsions et destins de pulsions ». In *Œuvres complètes*, vol. xiii, Paris, P.U.F., 1994 ; 1919-1920.
- FREUD S., « Au-delà du principe de plaisir ». In *Œuvres complètes*, vol. xv, Paris, P.U.F., 1996 ; 1925.
- FREUD S., « Inhibition, symptôme et angoisse ». In *Œuvres complètes*, vol. xvii, Paris, P.U.F., 1992.
- GORI R., 1996. *La preuve par la parole*, P.U.F.

- MASuD R., KHAN M., 1979. *Figures de la perversion*. Paris, Gallimard.
 McDOUGALL J., 1989. *Théâtres du corps*. Paris, Gallimard ; 1996.
 McDOUGALL J., *Eros aux mille et un visage*. Paris, Gallimard.
 WINNICOTT D.W., 1975. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris, Gallimard.

Cristina Lindenmeyer – *Le corps. Lieu de l'infantile*

Résumé : Cet article part d'une expérience clinique avec des patients atteints de cancer. Il développe l'idée d'un effet traumatique déclenché par l'annonce de la maladie donnant lieu à une perception corporelle à partir de laquelle le sujet recompose son fantasme de mort.

Cette « étrangeté » du corps qui se poursuit par la reprise active du traumatique vient réveiller des traumatismes inconscients qui ne demandent qu'à profiter de cette situation de maladie pour être réanimés. Au psychanalyste de participer à un véritable processus de perlaboration qui ne pourra se faire que dans le travail qui permet le transfert.

Mots-clés : Cancer – Traumatisme – Sexualité – Transfert.

Cristina Lindenmeyer – *The Body. The Locus of the Infantile*

Summary : This article is based on clinical practice with patients suffering from cancer and puts forward the hypothesis that the traumatic effect triggered by the confirmation of the illness gives rise to a perception of the body from which the subject recomposes their death fantasies.

This perceived 'strangeness' of the body that picks up on the traumatic announcement of the illness, awakens in turn other unconscious traumas which, as it were, make the most of the opportunity to come back to life again. It is the psychoanalyst's role to make way for a working-through process and this is only possible within the framework of transference.

Key-words : Cancer – Trauma – Sexuality – Transference.