

Réflexion sur la Douleur

Naviguant entre la mégalomanie et la mélancolie ...

Admar Horn

Résumé

L'énigme de la tendance à une inexpressivité douloureuse de la dépression essentielle peut devenir plus claire si nous comparons les élaborations freudiennes métapsychologiques aux observations psychanalytiques contemporaines dans le domaine de la psychosomatique.

Pourquoi certains patients refusent-ils de se défaire de leur douleur, allant jusqu'à la provoquer, sans que nous puissions au moins, en un premier temps, invoquer le masochisme? L'expérience douloureuse est-elle ici, paradoxalement, l'un des processus défensifs d'un MOI psychique débordé par une haute excitation qu'il projette rétroactivement sur le "MOI corporel" où elle est alors "immobilisée" ?

Mots-clés: Douleur Corporelle – Douleur Psychique - Projection – Dépression Essentielle.

Il y a quelques années, lors de la réalisation d'une Rencontre de Psychosomatique Psychanalytique à Rio de Janeiro, une collègue française, Marília Aisenstein, nous disait qu'avec certains patients difficiles, parmi lesquels elle comptait les psychosomatiques, il fallait naviguer sans répit entre la mégalomanie et la mélancolie pour pouvoir effectuer un travail psychanalytique, car avec eux, nous pouvons aussi bien avoir une thérapie réussie que "tuer" nos patients.

Cette affirmation, intensément chargée d'une dose de réflexion, m'encouragea à me pencher un peu plus profondément sur l'étude de la DOULEUR, autant celle de l'analysant que celle de l'analyste.

DOULEUR, “le plus philosophique des problèmes, la plus sémiologique des questions”, voilà bien un dilemme: celui de ce concept-limite de la psychanalyse et de la fonction mystérieuse qu’il remplit.

Expérience subjective, le phénomène douloureux articule de plusieurs façons le psychique et le somatique et constitue donc un fait psychosomatique.

De nos jours, dans un article publié dans le *Washington Post* par un journaliste nommé Avram Goldstein et transcrit dans le journal O Globo de Rio de Janeiro, il disait que des milliers d’américains souffrant de douleurs chroniques affirmaient que celles-ci avaient empiré à la suite des frappes de New York et de Washington le 11 septembre 2001. Encore selon ce même journaliste, la douleur correspond au domaine de la médecine où le psychisme et le corps se rapprochent le plus. Lorsque les gens se trouvent soumis à l’effet de l’anxiété et de la colère, une conséquence psychosomatique se produit. La douleur signale certainement des émotions, avance Peter Staats, chef du Département de Douleur de l’Université *John Hopkins*.

Après un rapide coup d’oeil sur des travaux psychanalytiques récents qui attribuent à l’expérience douloureuse un rôle de protection du Moi menacé dans son intégrité narcissique, il semblerait que très souvent la douleur pourrait, de par son inscription primitive au niveau du moi corporel, et avant même l’entrée sur scène de la co-excitation libidinale, venir remplir une fonction défensive liée à un psychisme dominé par une excitation pulsionnelle non élaborable en son intérieur.

Pour Freud les relations entre la douleur physique et la douleur psychique sont comme un **fil conducteur** qui traverse les divers temps de son élaboration théorique et dont le résultat est une conception unifiée de la

douleur. Elle repose sur la distribution des investissements entre narcissisme et objectalité. “Le passage de la douleur du corps à la douleur de l’âme, dit-il, correspond à la modification de l’investissement narcissique en investissement d’objet” [Inhibition, symptôme et angoisse]. Encore d’après Freud, la douleur a toujours représenté pour lui une énigme.. Bien qu’il n’ait écrit aucune étude systématique sur le sujet, nous pouvons dire que l’ensemble de son oeuvre, depuis les Études sur l’Hystérie (1895) jusqu’à Moïse et le Monothéisme (1938), constitue une lente et profonde élaboration de la question de la douleur, et, d’une façon générale, de celle des affects. À la fin de son oeuvre, la solution de cette énigme fut mise au monde et il inscrivit alors la douleur dans un contexte métapsychologique où il ne manque aucune dimension, non seulement l’économique, la topique et la dynamique, mais également et surtout la dimension phylogénétique. Pour Freud, l’énigme de la douleur est révélé par son excès. Sa qualité limite réside dans sa condition de démesure, son statut de dépassement de l’expressif et de l’affectif. Il y a un excès et il nous interroge. Et c’est précisément cette question que Freud va élaborer peu à peu à partir de toutes les entrées possibles dans le champ de la métapsychologie. Si la douleur est plainte, lamentation, demande dirigée à un semblable, nous pouvons constater que chez nos patients opératoires et dépressifs essentiels, cette transmission présente une faille plus ou moins importante. En effet, pour le psychanalyste psychosomatique, l’énigme change de signe et se transforme en signe de non-douleur (psychique). C’est-là le trop peu qui fait réapparaître la question.

Il semblerait exister chez les patients opératoires et dépressifs essentiels une tendance plus ou moins importante vers ce que nous pourrions appeler

comme étant une frigidité affective et qui, selon de nombreux auteurs, chacun ayant sa conception propre, est attribuée à des mécanismes spécifiques d'immobilisation, de désorganisation, de congélation, de refoulement ou de suppression des représentants psychiques de la pulsion. Cela étant, l'énigme de la non-douleur dans la dépression essentielle se rattache à cette marque de frigidité affective, qui est l'une des caractéristiques significatives de ce genre de dépression.

La tendance à l'inexpressivité douloureuse, chez le déprimé essentiel, est apparemment reliée à un manque d'hystérie dans le fonctionnement psychique. Les travaux de Denise Braunschweig et de Michel Fain, tout particulièrement celui de ce-dernier intitulé 'Prélude à la vie Fantasmatique', offre d'une manière très intéressante des éclaircissements relatifs aux relations précoces du bébé avec sa mère et l'objet de sa mère, en situant immédiatement le conflit entre la fonction maternelle et la structuration oedipienne. C'est au niveau des identifications primaires, directes, immédiates, ainsi que les a décrites Freud, que s'opère la transmission de l'organisation hystérique de la mère à son bébé, et que celle-ci se retourne sur la propre mère par les mêmes canaux identificatoires. De telles identifications, appelées hystériques primaires par la Dr. Braunschweig et M.Fain, constituent les bases du narcissisme primaire du nouveau-né, et l'inscrivent tout de suite dans un destin oedipien. Les failles de l'investissement maternel (para-excitations) ont des effets néfastes sur la qualité des identifications hystériques primaires, interrompant le processus hallucinatoire du bébé ainsi que le dynamisme de ses auto-érotismes. La réapparition d'une sensorialité primaire indifférenciée, selon la formule de M.Fain, impose alors au nouveau-né la création plus ou

moins prématurée de défenses anti-traumatisantes. Ces conditions peuvent être observées lorsqu'une mère est absorbée par un deuil personnel ou quand son organisation psychique est dominée par un idéal de conformisme. Physiquement présente, la mère n'en est pas moins absente psychiquement pour son enfant. Nous pouvons comprendre alors que dans de telles circonstances, l'affect et la douleur tout spécialement, en tant que lieu psychique de condensation des identifications primaires, soient assez déficitaires.

Jusqu'à très récemment encore, les psychosomaticiens étaient assez en retard dans leurs études à propos de la douleur. Pierre Marty (1990), fondateur de l'Institut de Psychosomatique de Paris, ne s'y réfère, et bien tardivement, que dans une brève communication qui cependant, malgré sa concision, résume clairement le problème. En abordant le phénomène général de la douleur, il cite celles qui reposent sur des bases organiques incontestables et qui sont des sources de désorganisation de l'appareil psychique quand elles deviennent insupportables; d'autre part, il parle de celles qui n'ont aucun support organique évident et peuvent devenir objet d'investissement affectif de la part du sujet, qui va s'y attacher; et, enfin, il signale les nombreuses formes de douleur qui, entre ces deux phénomènes extrêmes, ont une base physique douteuse, et font que l'observateur reste partagé entre l'idée d'une désorganisation psychique secondaire au phénomène douloureux, et l'idée d'un investissement dont l'objet serait la douleur elle-même.

En ce qui concerne les douleurs sans base physique évidente, Pierre Marty pense que la première tâche qui se pose au chercheur consiste à étudier

l'économie psychosomatique du sujet, et, à la fois, d'évaluer la distribution des investissements de la douleur dans les secteurs narcissiques et objectaux.

Les douleurs à base organique indéniable, comme nous le savons, peuvent souvent, par leur intensité, désorganiser l'appareil psychique et, en tout cas, mener à une redistribution narcissique de la libido. Ce que Freud a métaphorisé en s'aidant de la célèbre citation du poète qui dit: " concentrée est son âme dans l'étroit orifice de la molaire" (Freud, 1914; " Pour introduire le Narcissisme" – il cite cette strophe de Wilhelm Busch au sujet du poète qui souffre d'un mal de dents).

Colette Rabenou, dans un article intitulé "Mère de Douleur", décrit le cas de l'un de ces patients qui arrivent en analyse avec une demande paradoxale, et soumettent l'analyste à un message contradictoire: "Aidez-moi à supprimer cette douleur qui me fait souffrir, mais laissez-la moi pour que je puisse exister". Ici, la douleur dont le but est primitivement narcissique, et non plus libidinal, parvient, par sa réviviscence, à réanimer l'objet perdu dont ils ont besoin pour survivre, aussi bien psychiquement que physiquement.

À ce propos, nous pouvons rappeler l'heureuse formule de Piera Aulagnier qui dit que " le corps s'attribue son indice d'objet réel par la souffrance" (1979), une souffrance qui, si elle exclut toute activité de représentation, vient par sa corporéité au moins, étancher la blessure narcissique qui accompagne toute séparation. Il est évident que cette douleur est prête à être véritablement réintégrée dans un espace psychique par son érotisation secondaire dans une relation sado-masochiste.

Les travaux de recherche actuels semblent donner raison à Freud, si l'on juge la question suivant la définition de douleur proposée récemment par

l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur: “ Expérience désagréable, émotionnelle et sensorielle, liée ou pas à un dommage organique ou décrite par le patient en de tels termes”. Que la douleur, même étant d'origine psychique, soit décrite par le sujet en termes de dommage organique, cela nous pousse à nous questionner sur la nature de son inscription dans la gamme des affects pénibles.

Pouvons-nous nous demander pourquoi le psychanalyste Freud a tenu à l'idée de relier l'énigme de la douleur psychique à celle de la douleur physique, allant jusqu'à ajourner sa résolution lors de l'éclaircissement des conditions de la douleur physique? “Deuil et Mélancolie”, écrit en 1915, s'achève sur l'idée suivante: “ Mais ici il convient une fois de plus de s'arrêter et d'ajourner la suite de l'élucidation de la manie jusqu'à ce que nous ayons acquis un peu plus de connaissances sur la nature économique tout d'abord de la douleur corporelle, et ensuite de la douleur de l'âme qui lui est analogue”.

Son travail sur la Mélancolie a convaincu Freud du fait qu'il existait un lien profond, plus qu'une analogie, non seulement sur le plan de la description phénoménologique mais également sur celui des processus psychiques sous-jacents, entre les variations dépressive et maniaque d'une part; et la souffrance douloureuse et la souffrance narcissique qui suit lorsque la douleur cesse, d'autre part. Le caractère de refuge dans le Moi, de repliement par rapport au monde des objets - caractéristique de la douleur corporelle - est en effet comparable à la douleur morale du sujet mélancolique. Sur cet aspect, Freud a toujours conservé la conception selon laquelle la douleur constituerait un “trou” dans le psychisme qui vide le Moi de ses investissements, et par conséquent

l'appauvrit. Ce "trou", ou cette blessure détermine, et c'est là un point capital, un contre-investissement extraordinairement élevé de la part du Moi.

Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. La représentation de l'objet fortement investi par le besoin représente le rôle du lieu du corps investi par l'augmentation de l'excitation.

La douleur: concept à la limite, concept de la limite

En fonction de la difficulté que nous trouvons à traiter clairement et de façon cohérente de la question de la douleur – avec les ressources de nos découvertes métapsychologiques habituelles – et du fait que sa désignation topique est à la limite entre le corps et le psychisme, la douleur apparaît, ainsi que la pulsion, comme l'un des concepts-limites de la psychanalyse. D'ailleurs, Freud a parlé, à ce propos, de "pseudo-pulsion".

Si la douleur, concept à la limite et concept de la limite, est pour le moi corporel ce qu'est l'affect du déplaisir pour le moi psychique – ce que Freud décrit dans "Le moi et le ça" comme une projection de la surface corporelle, ne pourrions-nous pas avancer l'hypothèse selon laquelle la douleur dépend d'une projection rétroactive sur le moi corporel d'un déplaisir non élaborable, et donc insupportable au niveau psychique?

Par l'intermédiaire de cette extériorisation d'un affect, qui est désymbolisé et disqualifié libidinalement dans une "haute charge d'excitation", le moi psychique trouverait un certain apaisement et, par une redistribution narcissique de la libido rendue possible au niveau du moi corporel, cette

excitation serait “immobilisée” sous forme de douleur. Si la charge d’excitation ne parvient pas spontanément à rester contenue dans la douleur, par projection rétroactive, ce mécanisme de “liaison” pourrait être poussé par une douleur activement recherchée et provoquée au niveau physique. Ainsi, paradoxalement, la douleur, définie par l’association d’un renversement et d’une réaction défensive, surgit comme pouvant effectuer la fonction de mécanisme de fixation-régression, capable de dérober à son cours mortel un mouvement de désorganisation progressive généré par l’impact traumatisant d’une tension non élaborée psychiquement.

Au bout d’un processus de ‘dé-mentalisation’, la douleur devient la seule inscription mnémonique qui reste de la liaison sujet-objet. Puisque toute représentation d’objet s’est effacée avec le processus de la pulsion de mort, il n’en reste qu’un trait perceptif douloureux dans le moi corporel – un trait qui, d’ailleurs, peut s’estomper à son tour par une reprise des effets de la pulsion de mort, lorsque la réaction défensive échoue dans sa fonction de contenir une charge trop intense ou devenue extrêmement chronique. Toute possibilité de liaison libidinale a alors disparu, et le moi est épuisé par sa lutte anti-traumatisante. Ce qui est très souvent confondu avec un état dépressif duquel la sensation douloureuse a apparemment disparu.

La marginalité dans laquelle la douleur physique, cette expérience subjective, a été maintenue par la psychanalyse semble être en train de se modifier, avec ces théorisations plus récentes faites par les psychanalystes contemporains, non seulement dans le domaine de la psychosomatique, mais aussi dans celui des addictions, de la psychose, de la violence et même de la délinquance, à travers le travail mené par certains de nos collègues dans les

prisons. Jusqu'alors, d'une façon générale, les psychanalystes rejetaient souvent le corps non érotique, établissant une très grande séparation entre le corps érotique et le corps somatique, dont les rapports sont cependant très proches. Le corps malade représentait à leurs yeux quelque chose qui était du domaine exclusif des médecins. Eux, les psychanalystes, ne devaient pas s'occuper du corps malade, sauf dans certains cas graves, comme par exemple, face au déni de la maladie.

Je crois avoir pu apporter ma contribution, d'une manière assez brève, au sujet de la DOULEUR, et j'ai cherché, dans la mesure du possible, à souligner la théorisation proposée par l'Institut de Psychosomatique de Paris (IPSO), ainsi que quelques éléments de la métapsychologie freudienne.

En guise de conclusion, j'aimerais citer une fois de plus Marilia Aisenstein qui, dans l'un des ses derniers travaux publiés, intitulé "Les psychothérapies psychanalytiques n'existent pas", fait une observation bien pertinente quant au thème dont je traite. "Être psychanalyste, je crois, est toujours relié à la conviction de la force de l'inconscient et d'un espoir impétueux pour ce qui est du travail du penser. Le penser est souvent **douloureux**, difficile, plein de plaisir, mais il est inhérent à tout destin: il peut être chaque fois différent, comme toute histoire peut aussi être rapportée d'une manière différente".

Admar Horn

e-mail: horn@osite.com.br

Rua Carlos Góis, 375/310

Leblon- RIO- CEP 22440-040

TE/FAX: 22598718

Bibliographie

Aisenstein, Maria (2001) : “Les psychothérapies psychanalytiques n’existent pas”.

Aulagnier, Piera (1979) : “Les destins du plaisir”, Paris, P.U.F.

Freud, S. (1914) : “ Pour introduire le narcissisme”.

Freud, S. (1915): “Pulsions et destins des pulsions”.

Freud, S. (1915) : “Deuil et mélancolie”.

Freud, S. (1923): “ Le moi et le ça”.

Freud, S. (1926) : “Inhibition, symptôme et angoisse”.

Marty, Pierre (1990) : “La psychosomatique de l’adulte”, Paris, P.U.F.

Porte J.M. (1999) : “DOULEURS” – Revue Française de Psychosomatique n⁰
15, P.U.F.

Rabenou, C. (1986) : “Mère de douleur”- Revue Française de Psychanalyse,
50, n⁰ 2, Paris, P.U.F.

Smadja, C. (1998) : “Le fonctionnement opératoire dans la pratique
psychosomatique”, 58^e

Congrès des Psychanalystes de langue française, Lausanne.

Smadja, C. (1999) : “DOULEURS” – Revue Française de Psychosomatique, n⁰
15, P.U.F.