



Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine

Elisa Venturini

► **To cite this version:**

Elisa Venturini. Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine. Psychologie. Université René Descartes - Paris V, 2014. Français. <NNT : 2014PA05H121>. <tel-01196000>

HAL Id: tel-01196000

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01196000>

Submitted on 8 Sep 2015

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.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

École Doctorale « Cognition, Comportements, Conduites humaines » (ED 261)
Laboratoire de Psychologie Clinique et Psychopathologie (LPCP)

THÈSE

En vue de l'obtention du
Doctorat de Psychologie de l'Université de Paris V

Présentée et soutenue publiquement par
Élisa VENTURINI
le 27 novembre 2014

Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine

Thèse sous la direction de
Madame le Professeur Catherine CHABERT

DEVANT UN JURY COMPOSÉ DE :

Madame le Professeur Émérite **Michèle EMMANUELLI**, Présidente
(Université Paris Descartes)

Madame le Professeur Émérite **Catherine CHABERT**, Directrice de thèse
(Université Paris Descartes)

Madame le Professeur **Solange CARTON**, Rapporteur (Université Paul Valéry
Montpellier III)

Madame **Marie-Christine PHEULPIN**, Maître de Conférences, H.D.R.,
Rapporteur, (Université Paris Nord)

Monsieur le Professeur **Gérard PIRLOT** (Université Toulouse le Mirail)

RÉSUMÉ

Le cancer gynécologique pelvien est une pathologie qui se loge dans les organes génitaux internes de la femme : vagin, utérus, col de l'utérus et ovaires. Ces organes malades sont traités chez les patientes de l'étude par hystérectomie plus ou moins élargie (ablation des organes génitaux), chimiothérapie, radiothérapie et curiethérapie. C'est donc une castration que ces femmes subissent dans la réalité d'un corps qui souffre. Cancer et traitements sont autant d'effractions corporelles qui réitèrent une représentation psychique de la pénétration comme de l'accueil passif de l'autre en soi. Cette figure de l'étranger à l'intérieur du moi convoque des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps, génère des images de passivité et ravive des expériences de passivation. De plus, cette effraction s'opère spécifiquement sur le lieu intime du sexe, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère, convoquant le féminin de la femme dans sa pluralité, mais aussi dans ses rapports à la féminité.

Après avoir dégagé, dans un référentiel littéraire très large, les rares travaux qui mettent en perspective l'effraction d'un cancer gynécologique et ses traitements avec la sexualité des femmes, nous avons situé notre propre recherche dans une approche de psychopathologie psychanalytique et dans ses rapports avec la psychosomatique. S'ensuit un repérage de la théorie psychanalytique conséquent des deux grands champs sollicités par le sujet de l'étude : la sexualité féminine et le corps dans la maladie.

La méthodologie originale mise en place s'inscrit dans une démarche exploratoire étayée de la passation de deux tests projectifs : le Rorschach et le TAT, ainsi que d'entretiens cliniques de recherche. Il s'agit d'une méthodologie longitudinale sur trois temps choisis du parcours thérapeutique de ces femmes. Les résultats, traités dans un premier temps dans la dimension singulière de l'étude de cas, sont regroupés ensuite en fonction des hypothèses pour faire apparaître des aménagements communs chez ces patientes.

L'analogie entre la situation de *l'infans* et celle de ces femmes sous contraintes de passivité accompagne la description des trois temps de l'étude. Celle-ci répond à l'hypothèse d'une mobilisation de modalités psychiques spécifiques du traitement de l'effraction corporelle qui convoquent, malmènent, blessent et suppriment les organes génitaux internes. L'étude révèle l'actualisation d'angoisses primitives spécifiquement féminines, telle que l'angoisse de pénétration, traitées par des modalités limites, narcissiques et anales autour d'un fantasme de corps troué et d'une intériorité dangereuse. En définitive, l'étude explore l'ensemble du jeu pulsionnel pour en décrypter les mouvements d'intrication et de désintrication sous-tendant le désinvestissement érotique du

génital, convoquant le féminin dans ses potentialités passives et accompagnant l'infléchissement de la relation d'objet sous l'influence de la pulsion de mort.

Mots-clés : cancer gynécologique pelvien ; sexualité féminine ; corps érotique ; passivité ; masochisme ; pulsionnalité ; intrication ; désintrication ; Rorschach ; TAT.

ABSTRACT

Title : Psychic repercussions of pelvic gynaecological cancer on feminine sexuality

Pelvic gynaecological cancer is a disease that fits into internal reproductive organs of women : vagina, uterus, cervix and ovaries. These cancers are treated in patients of the study by hysterectomy, extended or not (removal of genitals), chemotherapy, radiotherapy and brachytherapy. It is a castration that these women experience in the reality of a body that suffers. Cancer and treatments are corporal effractions that reiterate a psychic representation of the penetration as the passive reception of the other in oneself. This figure of the foreigner inside the ego summons fantasies, affects and penetrating representations that damage body image, generates passivity images and rekindles passivation experiences. Moreover, this effraction takes place specifically on the intimate sex place, where the growing into a woman and then into a mother incarnates itself, summoning the feminine of the woman in his plurality but also in his connections to femininity.

After clearing, in a very broad literary repository, the few studies that put into perspective the effraction of the gynaecological cancer and its treatments with feminine sexuality, we set our own research in the approach of psychoanalytic psychopathology in its relations with psychosomatics. A consistent identification of psychoanalytic theory of the two major fields requested by the subject of the study ensues : feminine sexuality and body in the disease.

The original methodology implemented fits into an exploratory process supported by the administration of two projective tests: Rorschach and TAT, along with clinical research interviews. This is a longitudinal methodology at three selected steps of the therapeutic course of these women. The results, treated initially in the singular dimension of the case study are then grouped according to the hypotheses to show the shared adjustments in these patients.

The analogy between the situation of the infants and the women under passivity constraints accompanies the description of the three steps of the study. It responds to the hypothesis of a mobilization of psychic modalities specific to corporal effraction treating process which summon,

mistreat, wound and remove internal genitalia. The study reveals specifically feminine primitive anxiety such as penetration anxiety, treated by limit modalities, narcissistic and anal around a holed body fantasy and a dangerous interiority. Finally, the study explores the entire set of drives in order to figure out fusion and defusion movements subtending the erotic decathexis of the genital, summoning the feminine in its passive potentialities and accompanying the reorientation of the object-relation under the death drive influence.

Keywords: pelvic gynaecological cancer; feminine sexuality; erotic dimension of the body; passivity; masochism; drives path; fusion; defusion; Rorschach; TAT.

Je dédie ce manuscrit aux membres de ma famille avec tout l'amour que je leur porte.

À mes filles,

Chiara, tu es née avec ma thèse, et tu as cherché inlassablement durant ces quatre années, avec beaucoup de sérieux, des images dans mes livres, pour finir par suggérer d'en ajouter dans le mien.

Livia, embarquée dès ton arrivée dans l'effervescence de cette fin de thèse, tes premiers pas ont rythmé l'écriture de la conclusion.

J'étais confrontée, dans mon métier et ma recherche, aux douleurs et aux angoisses de femmes et de mères ; vos venues au monde m'ont rappelé que la maternité est d'abord une affaire de vie.

À Thomas,

Pour ta présence solide et rassurante, capable d'essuyer les vents violents et de pallier aux indisponibilités provoquées par ce travail de longue haleine.

Alors, je me souviens ! Comme il est doux d'avoir la sensation de tenir *l'objet d'amour* à ses côtés.

Merci à vous trois pour cet effort familial qui m'a permis d'aller jusqu'au bout de ce travail.

REMERCIEMENTS

Je remercie avant tout mon Professeur, Catherine Chabert, avec toute l'admiration et l'estime intellectuelle que je lui porte. Vous avez accueilli en 2009 ma demande encore immature et un peu naïve d'entrer en thèse à vos côtés, en acceptant de me recevoir dans votre séminaire. L'ouverture d'esprit et la curiosité intellectuelle qui y règnent m'ont permis d'y loger un sujet complexe, qui demandait à se dégager de certaines entraves théoriques et méthodologiques, d'y inscrire aussi ma situation de transition, entre-deux recherches, entre-deux villes, entre-deux grossesses. Votre accompagnement et vos conseils ont contribué à faire s'élaborer mon sujet de recherche, et m'ont encouragée à assumer progressivement mes idées, tout en les référant toujours solidement à la métapsychologie. Ce travail reflétera, je l'espère, la hauteur de vos exigences.

Je remercie les Professeurs Michèle Emmanuelli, Solange Carton, Marie-Christine Pheulpin et Gérard Pirlot, d'avoir accepté de se constituer membre de mon jury. C'est un honneur d'être lue et discutée par des cliniciens de votre autorité dont les travaux nourrissent perpétuellement mes réflexions.

Je remercie mes parents pour leur soutien.

Ma mère, pour le confort narcissique dont tu as le secret et que tu me tends comme un filet chaque fois que je doute.

Mon père, pour ton exigence intellectuelle et nos échanges passionnants qui me poussent parfois dans mes retranchements mais indiquent toujours la voie de l'excellence.

Je remercie Marjorie Roques et Noémie Capart pour leur amitié, leur attention et leurs relectures.

Marjorie, mon irrattrapable lièvre, tu es déjà loin devant et pourtant tu restes invariablement disponible. C'est toi qui a motivé mon entrée en thèse, et m'a sans cesse renouvelé ta confiance. Ton amitié indéfectible et ton soutien immodéré nourrissent l'élan qui me permet d'oser.

Noémie, ta rencontre fut une aubaine occasionnée par nos travaux respectifs. Nos discussions passionnées autour de nos cliniques ont contribué à l'élaboration de mes résultats. La finesse de ton écoute, toujours dans le respect de la pensée de l'autre, a été pour moi une autorisation à penser.

Je remercie Baptiste pour son soutien et sa participation à une organisation qui tenait parfois de l'insoluble. Je remercie Florent pour m'avoir prêté quelques mots de dernière minute.

Je remercie mon équipe de recherche FECAPSE, et notamment Hélène Hoarau et Caroline Giacomoni, d'avoir encouragé ma démarche, de m'avoir aiguillée de leurs expériences de chercheurs, et d'avoir facilité la conciliation des deux recherches que je menais de front.

Enfin, je remercie les femmes ayant accepté de participer à cette recherche. C'est leur expérience et leur discours qui ont motivé ce travail et qui lui donnent du sens et de la vie.

Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine

*« La sexualité est encore pour nous comme
le coffret d'argent où se cache le mystère du moi féminin ».*

Milan Kundera (L'insoutenable légèreté de l'être)

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	13
1. REVUE DE LITTÉRATURE	16
INTRODUCTION	17
1.1. CANCER ET TRAITEMENT : LES CONSÉQUENCES DES BOULEVERSEMENTS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES SUR LA SEXUALITÉ	18
1.2. LIEN ENTRE CANCER ET SEXUALITÉ	21
1.3. MYTHES ET REPRÉSENTATIONS	23
1.4. L'IMAGE DU CORPS	25
1.5. LE TEMPS DU CANCER	27
EN CONCLUSION	30
2. SITUER L'ÉTUDE	32
2.1. LE CANCER GYNÉCOLOGIQUE PELVIEN	33
2.2. SE SITUER PAR RAPPORT À L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE	38
3. SEXUALITÉ FÉMININE	44
3.1. SEXUALITÉ HUMAINE ET PSYCHANALYSE : LA VIE SEXUELLE ET LE SEXUEL	45
3.2. LE COMPLEXE DE CASTRATION FÉMININ DANS LA THÉORIE FREUDIENNE	51
3.2.1. APPROCHE COMPARATIVE GARÇON / FILLE	51
3.2.2. POINTS DE BUTÉE DE LA THÉORIE FREUDIENNE	56
3.3. CONFRONTATIONS DES POSITIONS THÉORIQUES POST-FREUDIENNES SUR LA SEXUALITÉ FÉMININE ET NOTAMMENT LE COMPLEXE DE CASTRATION	61
3.3.1. UN DÉVELOPPEMENT EN PARALLÈLE ? UNE ÉQUIVALENCE DES ORGANES ?	62
3.3.2. LA CONNAISSANCE DES ORGANES GÉNITAUX FÉMININS DANS LEURS LIENS AUX POSITIONS ACTIVE / PASSIVE ET À L'ENVIE DE PÉNIS	64
3.3.3. VAGIN ET ANUS, RAPPORTS AU FÉMININ	70
3.3.4. LE CHANGEMENT D'OBJET DANS LA CONSTITUTION DE LA FÉMINITÉ	71
3.3.5. LA MISE EN ACTE DE LA SEXUALITÉ GÉNITALE FÉMININE	75
3.3.6. ET L'ORGASME ?	79
3.4. LES ANGOISSES PRIMITIVES SPÉCIFIQUEMENT FÉMININES	84
3.5. CONSTRUCTION DU FÉMININ ET DE LA FÉMINITÉ	94
3.5.1. QU'EST CE QUE LE FÉMININ, QU'EST CE QUE LA FÉMINITÉ ?	94
3.5.2. DÉVELOPPEMENT LIBIDINAL DU FÉMININ ENTRE ESTHÉTIQUE ET ÉTHIQUE	98
3.5.3. QUELLES ORIGINES POUR LE FÉMININ ?	102
3.5.4. IDENTIFICATIONS ET IDENTITÉ FÉMININE	104
3.6. LES SPÉCIFICITÉS DU TEMPS DU FÉMININ	110
3.6.1. LA PLACE DU SANG CHEZ LA FEMME	111

3.6.2. LA NOTION DE PUDEUR AU REGARD DE LA DIFFÉRENCE DES SEXES	114
3.6.2.1. PUDEUR ET HISTOIRE	115
3.6.2.2. PUDEUR ET MÉDECINE	118
3.6.2.3. PUDEUR ET PSYCHANALYSE	120
3.6.3. LA MATERNALITÉ	123
3.6.4. LA MÉNOPAUSE ET LA FEMME VIEILLISSANTE	127
3.6.5. PETITES RÉFLEXIONS SUR LA REPRÉSENTATION DE LA MORT CHEZ LA FEMME	132
3.7. NARCISSISME ET AMOUR AU FÉMININ	135
3.8. MASOCHISME FÉMININ ET PASSIVITÉ DE LA FEMME	140
<u>4. LE CORPS ENTRE ÉROTISME ET MALADIE</u>	<u>149</u>
4.1. DE LA LIBIDO À LA PULSION	150
4.1.1. LES THÉORIES FREUDIENNES DE LA LIBIDO ET DES PULSIONS	150
4.1.2. LES MOUVEMENTS PULSIONNELS D'INTRICATION ET DE DÉINTRICATION	153
4.2. COMMENT L'ÉROTISME VIENT AU CORPS	159
4.2.1. LA REPRÉSENTATION DU CORPS	159
4.2.2. LA SUBVERSION LIBIDINALE	161
4.2.3. LA SENSORIALITÉ, LA SENSUALITÉ ET LA SENSATION	163
4.3. LA DÉLIAISON PULSIONNELLE DANS LA MALADIE	171
4.3.1. LE CLIVAGE DES CORPS	171
4.3.2. LES DÉLIAISONS SALUTAIRES	174
4.3.3. LA SOLUTION MASOCHIQUE	180
4.4. PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DE LA MALADIE GRAVE	186
4.4.1. LE TRAVAIL DE LA MALADIE	186
4.4.2. LE TRAVAIL DU TRÉPAS OU LA FINALITÉ DE LA DÉINTRICATION PULSIONNELLE	192
4.4.3. POTENTIALITÉS PSYCHOTIQUES	194
4.5. TRAUMA, TRAUMATISME ET EFFRACTION CORPORELLE DE LA PATHOLOGIE SOMATIQUE	196
4.5.1. TRAUMA ET TRAUMATISME, UNE DÉFINITION ESSENTIELLEMENT TEMPORELLE	196
4.5.2. QUEL TRAUMATISME DANS LA MALADIE GRAVE ?	199
4.5.3. DÉFINITION ET IMPACT PSYCHIQUE DE L'EFFRACTION CORPORELLE	200
<u>5. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES</u>	<u>203</u>
<u>6. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</u>	<u>213</u>
6.1. DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE	214
6.1.1. TERRAIN ET PARCOURS RÉFLEXIF	214
6.1.2. POPULATION	214
6.1.3. PROTOCOLE	215
6.2. PRÉSENTATION DES OUTILS ET DE LEUR OPÉRATIONNALISATION	218
6.2.1. ENTRETIEN CLINIQUE DE RECHERCHE	218
6.2.2. LES PROJECTIFS	220
6.2.2.1. PERTINENCE DES ÉPREUVES PROJECTIVES EN CLINIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE	220

6.2.2.2. JUSTIFICATION DE L'UTILISATION DES PROJECTIFS AUX DIFFÉRENTS TEMPS DE LA RECHERCHE	223
6.2.2.3. LE TEST DU RORSCHACH ET SON LIEN AVEC LES HYPOTHÈSES	226
6.2.2.4. LE TAT ET SON LIEN AVEC LES HYPOTHÈSES	229
6.2.2.5. OPÉRATIONNALISATION DES PROJECTIFS, EN FONCTION DES HYPOTHÈSES, EN VUE DU REGROUPEMENT DES ANALYSES	234
6.2.3. OPÉRATIONNALISATION ET COMPARAISON AVEC UNE ÉTUDE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ	240
6.3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	244
7. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	246
<hr/>	
7.1. PRÉSENTATION DES PATIENTES	247
7.1.1. DANIELLE	247
7.1.2. DORIS	249
7.1.3. ISABELLE	251
7.1.4. JULIETTE	252
7.1.5. LORETTE	253
7.1.6. ROSELINE	256
7.1.7. GABRIELLE	258
7.1.8. ROSE MARIE	260
7.2. SYNTHÈSES DES RÉSULTATS ET RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES	262
7.2.1. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES	262
7.2.1.1. LA COMPARAISON DES RÉSULTATS AU RORSCHACH	262
7.2.1.2. LA COMPARAISON DES RÉSULTATS AU TAT	265
7.2.1.3. POUR CONCLURE SUR LA COMPARAISON	268
7.2.2. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE (HO1)	268
7.2.2.1. ANGOISSE DE PÉNÉTRATION ET ANGOISSE DE LA PÉNÉTRATION	268
7.2.2.2. LA CRAINTE DE NE PLUS JOUIR, DE PERDRE LE DÉsir, D'AVOIR DES RESENTIS MODIFIÉS	271
7.2.2.3. UNE ÉMERGENCE DE CRAINTES PHOBQUES	272
7.2.2.4. LA RELATION AVEC L'OBJET D'AMOUR SOUS L'INFLUENCE DE LA MORT	273
7.2.3. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS (HO2)	277
7.2.3.1. UNE RÉGRESSION DE L'ÉCONOMIE LIBIDINALE : LA DÉSÉROTISATION DU GÉNITAL	277
7.2.3.2. LE TRAITEMENT DE L'EFFRACTION CORPORELLE PAR DES MODALITÉS LIMITES	284
7.2.3.2.1. L'EFFRACTION DES LIMITES DEDANS / DEHORS : ÉCRAN OPÉRATOIRE OU INCONSCIENT À FLEUR DE PEAU ?	285
7.2.3.2.2. CONCLUSION SUR LES MODALITÉS DE TRAITEMENT DE L'ANGOISSE AUX DIFFÉRENTS TEMPS DE L'ÉTUDE	288
7.2.4. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE (HO3)	290
7.2.4.1. LES FIGURES DE LA PASSIVITÉ : PASSIVITÉ MORTIFÈRE OU POTENTIALITÉS PASSIVES ? LES CAPACITÉS DE PASSIVITÉ DE MOI	290
7.2.4.1.1. L'ACTIVITÉ REPRÉSENTATIONNELLE	290
7.2.4.1.2. UNE FANTASMATIQUE D'ABUS SEXUEL	292
7.2.4.1.3. POTENTIALITÉS PASSIVES	294

7.2.4.1.4. LES FANTASMES DE FUSION – LIBÉRATION COMME FIGURE DE LA LUTTE CONTRE UNE PASSIVITÉ MORTIFÈRE	296
7.2.4.2. LES CONDUITES MASOCHISTES	298
7.2.4.2.1. LA SEXUALITÉ AUX PRISES D'UNE LOGIQUE MASOCHISTE : RÉMISSION, GUÉRISON ET BÉNÉFICE SECONDAIRE	298
7.2.4.2.2. LES MOUVEMENTS SADIQUES DU CONTRE-TRANSFERT ET LE SACRIFICE DE VIE	299
7.2.4.2.3. UN FANTASME D'INCURIE INTERNE	301
7.2.4.3. LE GLISSEMENT SYMBOLIQUE	305
7.2.4.4. LA BALANCE PULSIONNELLE ENTRE FÉMININ ET FÉMINITÉ	308
7.2.5. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME (HO4)	311
7.2.5.1. LES DÉLIAISONS SALUTAIRES	311
7.2.5.1.1. LE TRAVAIL DU MOUVEMENT AUX PROJECTIFS	311
7.2.5.1.2. UNE PULSION « DE MOUVEMENT » ?	315
7.2.5.1.3. L'ÉVOLUTION PULSIONNELLE SUR LES TROIS TEMPS	320
7.3. CONCLUSION	323

BIBLIOGRAPHIE **327**

ANNEXES (TOME II) **344**

ANNEXE I : SOMMAIRE DE PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS	345
ANNEXE II : DANIELLE	346
ANNEXE III : DORIS	380
ANNEXE IV : ISABELLE	404
ANNEXE V : JULIETTE	438
ANNEXE VI : LORETTE	467
ANNEXE VII : ROSELINE	505
ANNEXE VIII : GABRIELLE	535
ANNEXE IX : ROSE MARIE	562

INTRODUCTION

La liaison des mots « cancer » et « sexualité » provoque toujours de vives réactions marquant un intérêt certain pour cette association et d'un même tenant son incongruité, sollicitant une fascination pour le sujet qui à la fois attire et détourne les regards. Ainsi, recherche et prise en charge concernant les cancers et la sexualité des patients s'évertuent à trouver le lien qui unit ces deux champs de bataille, tournant autour d'une articulation qui s'emboîte mal. De fait, deux tendances s'inscrivent dans le domaine de l'oncologie gynécologique : soit la « sexualité » (peu importe ce qu'on y met derrière) est balayée d'un revers de main aveuglé par la mort qui véhicule ses fantasmes et ses représentations angoissantes, soit la « sexualité » balaie *le sexuel*, aveuglée par elle-même, mais surtout par son absence.

Aujourd'hui, vivre avec un cancer n'est plus un paradoxe. Les progrès de la médecine ont contribué à inclure cette maladie dans la catégorie des maladies chroniques. Le terme « chronique » n'écarte ni le danger, ni le risque, ni la primauté des soins, mais implique une rencontre entre la vie et la mort qu'il nous appartient d'appréhender. Par leur nomination même, les cancers gynécologiques, appelés communément cancers « sexuels », apparaissent d'emblée entre Éros et Thanatos, liant la maladie *mortelle* avec la sphère anatomo-physiologique *sexuelle*.

Bien que les traitements suppriment et modifient les organes sexuels féminins internes, les troubles constatés ne peuvent s'expliquer entièrement par les conséquences anatomo-physiologiques de la maladie et de ses traitements. L'origine du problème se situe alors en deçà du somatique, en deçà de la sexualité.

Pour concevoir la liaison des mots « cancer » et « sexualité », nous prenons le parti dans cette étude de la nécessité de prendre en compte le monde pulsionnel, tel que permet de l'appréhender la psychanalyse, et ses mouvements qui lient l'impact de la réalité externe avec les conduites psychiques mises en place par les patients. C'est là le premier lieu de rencontre sous-tendu par notre titre, la première frontière sollicitée par ce sujet, celle qui sépare et fait coexister dedans et dehors.

Une pulsionnalité, donc, qui relève d'une activité interne propre au sujet, témoignant d'une dualité de vie et de mort dont les forces s'opposent et pourtant s'intriquent. C'est peut-être ce lien, permis par le concept psychanalytique d'*intrication pulsionnelle*, qui permettrait de cerner les enjeux de la sexualité face à l'effraction du cancer gynécologique. C'est en tout cas ainsi que nous décidons d'avancer nos hypothèses, c'est à dire prudemment, dans l'espace frontalier de la sexualité comme concept limitrophe, qui devient à ce point de rencontre l'expression externe des mouvements pulsionnels internes.

La spécificité du cancer gynécologique réside en l'atteinte et le traitement des organes génitaux internes de la femme. Les traitements sont essentiellement l'ablation (hystérectomie, annexectomie), la radiothérapie (incluant la curiethérapie) et la chimiothérapie. Le tableau clinique des effets secondaires associés à ces interventions est considérable et les bouleversements anatomiques et physiologiques soulèvent pour la patiente d'importantes questions en lien avec sa sexualité, sa féminité et sa maternité. Cependant, malgré l'intensité de la blessure corporelle, l'intensité du potentiel effractif de ces traitements, c'est avant tout la singularité de chacune qui est convoquée pour faire résonner les cordes de l'appareil psychique. La clinique auprès de ces femmes est sidérante, angoissante, dérangeante aussi, mais surtout étonnante. Les ressources psychiques dont elles font preuve pour traiter l'effraction de la maladie, aussi impressionnante soit-elle, sont remarquables.

Cela dit, la liaison des termes « sexualité » et « féminine » qui se côtoient dans notre titre, ne reflète pas seulement le pôle sexuel féminin dans son appréhension de la sexualité génitale, mais convoque un chapitre polémique et conséquent de la psychanalyse : celui du « féminin ». Le féminin est bien sûr celui attendant à la femme, et que nous rencontrons chez nos patientes, mais il est aussi celui du moi dans ses capacités d'ouverture, de passivité, de réception de la pénétration effractive de la pulsion, dans les deux sexes. Ensuite, la pénétration sexuelle liée à l'activité génitale s'inscrit dans le sillon creusé par les premières expériences de passivité. Ce point de rencontre fait de la sexualité de la femme l'expression d'une féminité, le révélateur de l'accès à la position passive, participant de la création du féminin et porteur des figures fantasmatiques de *l'étranger effracteur* et de la pénétration. C'est à cette croisée des fantasmes et de la réalité que nous situons le lien permettant de conjuguer l'épreuve majeure de la réalité externe que représentent le cancer gynécologique et ses traitements avec la mise en acte de la sexualité génitale de ces patientes qui relate son impact.

Nous avons pris soin de relever, dans une diversité des référentiels, les travaux qui proposaient un lien entre cancer gynécologique et sexualité féminine. Confortée dans la nécessité de notre approche du fait d'une absence notable d'apports théoriques sur le sujet, nous avons ensuite exploré les vastes champs psychanalytiques de la sexualité féminine et de la pathologie somatique, en ayant pris soin auparavant de situer notre sujet dans ses liens avec la psychosomatique.

Dans cette première partie consacrée à la littérature, nous avons confronté les auteurs sur les points de butées laissés par la théorie freudienne sur la féminité, permettant d'effectuer un repérage théorique de la psychosexualité, des angoisses primitives, du complexe de castration, du narcissisme et du masochisme, déclinés au féminin. Nous avons ensuite repris les points de vue des auteurs à propos de la cartographie érotique du corps sous l'emprise de la maladie du côté des

investissements pulsionnels.

La méthodologie clinique et projective originale, sur trois temps du parcours thérapeutique de ces femmes, adaptée à leurs disponibilités institutionnelle et psychique, permet d'explorer les modalités psychiques spécifiques inhérentes à l'épreuve de la réalité, mises en place de façon singulière par ces femmes, puis, d'en distinguer les aménagements communs.

Nous proposons à partir de ce cadre d'investiguer des hypothèses mettant en perspective réalités anatomique et fantasmatique, puisque la réalité de l'atteinte du sexe féminin et notamment l'ablation effective vient questionner les fantasmes et angoisses liés à la castration chez la femme. Il s'agit donc d'explorer le devenir de cette réalité psychique forgée au départ sur une réalité anatomique. Nous interrogeons également dans nos hypothèses le couple pulsionnel de vie et de mort, convoqué d'emblée par la notion de cancer, et dont le rythme des intrications – désintrications marque le *tempo* d'une mesure *binnaire*.

1. REVUE DE LITTÉRATURE

INTRODUCTION

Dans le cadre de cette étude longitudinale concernant l'impact du cancer gynécologique pelvien (utérus, col de l'utérus, ovaires) sur la sexualité féminine, une revue systématique de la littérature a été menée à partir des mots clés « cancer, sexualité et femme » jusqu'en 2009¹, permettant de construire notre approche en connaissance de ce que la recherche avait déjà pu apporter sur le sujet. Ont été conservées, de préférence, les études associant la question spécifique de la sexualité des femmes avec celle du cancer gynécologique pelvien. Une priorité a aussi été accordée aux recherches de référent psychopathologique clinique et psychanalytique, tout en privilégiant l'actualité des publications. L'actualisation en fin de protocole de recherche (2013) montre qu'aucune étude ne vient ajouter de primeur à ce sujet, il ne semble pas y avoir de nouveaux protocoles de recherche en psychopathologie psychanalytique mis en place pour cette population de femmes malades.

42 % des cancers sont gynécologiques et les cancers du sein dominant tous les autres (31,5%). Ils sont donc plus largement étudiés, délaissant d'autres cancers génitaux (utérus, col de l'utérus, ovaires) marqués par un véritable défaut dans la littérature. Cette revue s'appuiera naturellement sur les pistes dégagées par la recherche sur le cancer du sein, qui constituent une matière incontestable. Néanmoins, nous ne considérons pas que les résultats à propos de ce cancer puissent s'appliquer entièrement aux cancers pelviens, qui ont, à notre sens, un impact spécifique.

Cet état de la question révèle un manque d'apports qualitatifs et psychologiques concernant notre sujet. L'impact du cancer sur la sexualité est abordé le plus souvent à travers des référents médicaux et statistiques concernant la santé et la « qualité de vie ». Sans dénigrer ces résultats, nous soulignons ce qu'ils délaissent du domaine de la subjectivité. De fait, le repérage littéraire suivant s'oriente vers le domaine de la psychologie de la santé et celui d'autres disciplines comme l'anthropologie, la sociologie et la médecine. Bien qu'il ne s'agisse pas de l'obédience de cette thèse, il nous a semblé important d'en présenter les résultats afin, entre autres, de pouvoir affirmer l'intérêt d'une approche psychopathologique psychanalytique.

Au final, cette revue questionne le lien fait par la littérature aujourd'hui entre les cancers gynécologiques et la sexualité et la manière dont les recherches répondent à la question de l'impact du cancer sur les femmes.

¹ VENTURINI, E. **L'impact du cancer pelvien sur la sexualité et le couple : ce que nous apporte la littérature.** *Psycho-oncologie*, 2009, vol. 3, n° 3, p. 188-199.

1.1. CANCER ET TRAITEMENT: LES CONSÉQUENCES DES BOULEVERSEMENTS ANATOMOPHYSIOLOGIQUES SUR LA SEXUALITÉ

Face à ce sujet, il importe d'insister dans un premier temps sur les conséquences anatomo-physiologiques entraînées par les traitements anticancéreux afin d'évaluer d'abord le préjudice fonctionnel objectif des impacts somatiques, et de cerner ceux capables de modifier la vie sexuelle pour travailler avec la réalité de la maladie².

Les troubles fonctionnels liés à la tumeur et aux traitements altèrent l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme. La sexualité est extrêmement touchée par l'atteinte directe de l'appareil génital mais également pas les effets secondaires et les séquelles des traitements.

D'après la retranscription d'une discussion entre psychologues et médecins au sujet de la curiethérapie du col de l'utérus³, ces derniers reconnaissent la persistance des problèmes sexuels même si le vagin n'est pas touché, malgré les explications et l'attention qu'ils portent à leur patiente. De plus, le trouble le plus répandu selon les études réalisées à ce sujet est la dyspareunie⁴, symptôme traduisant à la fois une difficulté organique et psychique, liée à des motifs anatomiques et à l'expression d'une crainte. La dyspareunie est généralement abordée comme ayant une étiologie fortement psychologique conduisant progressivement au refus systématique de pénétration et de contact physique, donc au refus de toute relation sexuelle (M. Reich, 2007). Les difficultés prolongées et le rejet global de la sexualité nous indiquent une problématique au-delà des inconvénients directs du cancer. La durée des troubles indique une problématique sexuelle sans étiologie organique, installée suite aux interventions sur le corps et durant bien après les traitements sans jamais régresser⁵. Ce dernier temps indique des problèmes sexuels persistants à long terme, qui s'enkystent après guérison et traitement, mettant sur la voie d'une atteinte psychique considérable ne permettant pas de compter sur l'effet curatif du temps.

² HIRCH, E. **Quelle vie pour le couple après le cancer? Le couple et la sexualité.** *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 201-206.

HANNOUN-LEVI J.-M. **Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle.** *Cancer / Radiothérapie*, 2005, vol. 9, n° 3, P. 175-182.

³ HAIE-MEDER C. et al. **Curiothérapie du cancer du col de l'utérus.** *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 175-180.

⁴ HANNOUN-LEVI J.-M. *op. cit.*

FATTON B. et al. **Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité.** *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2009, vol. 37, n° 2, p. 140-159

REICH, M. **Traitements des problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques.** *Psycho-Oncologie*, 2007, vol.1, n° 4, p 231-235.

SQUIFFLET, J., LEQUEUX, A. **Impact du diagnostic et du traitement des néoplasies du col de l'utérus sur la sexualité du couple.** In: SYMPOSIUM DU CENTRE DE PATHOLOGIE SEXUELLE MASCULINE (CPSM) (10; 2006: Bruxelles). *Oncologie ou Sexualité et Cancer*. Louvain médical, 2006, vol. 125, n° 10 (79p.)

GRAESSLIN O. et al. **Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie.** *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, vol. 30, n° 6, p. 474-482.

⁵ WALDIR C.G., CANELLA P.R.B., JURBERG M. **Cancer du col de l'utérus et sexualité.** *Sexologies*, 2005, vol. 14, p. 7-12.

À ce sujet, certains résultats des études consacrées à l'hystérectomie montrent un possible « effet positif » sur la sexualité de la femme⁶, justifié par la contraception définitive, l'arrêt de la dysménorrhée et parfois de la dyspareunie. Cependant, si ces femmes paraissent soulagées du poids de la filiation, le lien qu'elles sont en capacité de faire entre sexualité et procréation n'est pas spécifié, ni d'un point de vue physiologique, ni d'un point de vue psychologique. Il en reste que ce pourcentage de femmes est faible et se situe à contre-courant de ce qui est régulièrement relevé par la clinique. D'ailleurs, ces résultats variant avec les patientes ouvrent une nouvelle fois vers une problématique en deçà du somatique.

D'autre part, les études cliniques s'accordent à dire que les traitements anticancéreux sont effectivement susceptibles d'altérer la QdV (qualité de vie) et la sexualité des patients à court ou à long terme⁷. Les cancers quels qu'ils soient et leurs traitements invasifs ont en effet un impact sur l'organisation et l'équilibre psychique des patients que les études traitent comme une « détresse psychologique » et une « atteinte à la QdV »⁸, notion multidimensionnelle qui englobe tout ce qui peut marquer la vie d'un individu. La QdV est un concept subjectif car il concerne le sentiment de satisfaction et de bien-être. Le sujet juge lui-même de son ajustement à la situation sur le plan des fonctionnements physique, psychologique, émotionnel, social et occupationnel, qui lui sont proposés. Cet intérêt pour la QdV dans le domaine du cancer s'explique par l'amélioration des techniques de soins et les meilleurs pronostics. Les informations multidimensionnelles recueillies par la QdV sont désormais un pronostic indépendant en plus des données biomédicales⁹. Il faut alors peser toute l'importance des conséquences des traitements sur la QdV de la patiente¹⁰.

Étant donné la spécificité du cancer pelvien que nous étudions, le domaine d'évaluation concernant la sexualité est à mettre en exergue parmi les autres¹¹. La sexualité a une place importante dans la QdV, elle est traitée en termes¹² d'image de soi, de sentiment de féminité, d'attirance sexuelle estimée; et divisée en trois dimensions: le désir sexuel, le fonctionnement sexuel, la satisfaction sexuelle. Pourtant, cette tentative de globalité se fait au détriment de la richesse de la singularité et ne permet pas d'approfondir les causes sous-jacentes aux dysfonctions et aux malaises conscients de ces femmes au sujet de leur féminité et de leur sexualité. Cette évaluation n'investit pas les

⁶ YAZBECK, C. **La fonction érotique après hystérectomie.** *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2004, vol. 32, n° 1, p. 49-54.

⁷ DUPONT A., ANTOINE P., REICH M., BEVE C. **Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein: impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie.** *Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, n° 3, p 174-178.

POINSOT, R. et al. **Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein.** *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 161-169.

⁸ REICH, M. *op. cit.*

⁹ INCROCCI, L. **Cancer et fonction sexuelle : parler de sexualité aux oncologues et de cancer aux sexologues.** *Sexologies*, 2007, vol. 16, n° 4, p. 263-264.

¹⁰ HIRCH E. *op. cit.*

¹¹ INCROCCI, L. *op. cit.*

¹² POINSOT, R. et al. *op. cit.*

processus et modalités de fonctionnement de la psychosexualité féminine en termes d'investissements libidinaux et de pulsionnalité, pas plus que le registre défensif, fantasmatique et les représentations inconscientes qui sous-tendent les capacités de la femme à exprimer sa sexualité (désir, fonctionnement, satisfaction) sous le primat du génital. Il manque alors ce qui, chez les femmes, vient expliciter leurs symptômes et leur « mal-être ». Les études comparent l'impact des différents traitements sur la sexualité en termes de scores mais ne prennent pas en compte la composante psychique des troubles que présentent ces femmes au niveau de leur sexualité. Il y est question de dysfonction, de peur, de fréquence, de satisfaction mais elles ne considèrent pas la dynamique psychique qui fait lien entre la maladie et les difficultés de sexualité. Elles ne permettent donc pas d'expliquer pourquoi le cancer et ses traitements associés ont un impact sur la sexualité, en dehors de toute étiologie somatique. Il n'est pas rare que ces études¹³ invitent les autres à se tourner du côté de l'investigation psychique plutôt que d'en rester aux critères anatomiques. L'étude de C. Yazbeck (2004), déjà citée, recense tous les travaux qui évaluent les conséquences de l'hystérectomie sur le vécu sexuel de la femme. Elle déplore le peu de cohérence entre les résultats des études et la pratique clinique, une méthodologie inadaptée pour aborder un concept complexe, la sexualité, qui n'est d'ailleurs jamais clairement défini et la prise en compte approximative des facteurs confondants pouvant avoir une influence, comme par exemple « le fonctionnement psychique ». On notera que sur 21 études (en 2004) concernant les facteurs potentiels ayant une influence sur la sexualité après l'hystérectomie, 5 font état de la dynamique psychologique et 3 de l'état de la relation de couple¹⁴.

¹³ FATTON B. et al. *op. cit.*

¹⁴ YAZBECK, C. *op. cit.*

1.2. LIEN ENTRE CANCER ET SEXUALITÉ

En 2005, l'étude de R. Poinso et al.¹⁵ fait un point sur l'impact des traitements sur la QdV et la sexualité en particulier des patientes avec un cancer du sein. Les résultats montrent la fréquence des troubles sexuels secondaires au cancer et à ses traitements. Les données du National Cancer Institute aux Etats-Unis en 2004¹⁶ relèvent de 40 à 100% de dysfonctions sexuelles chez les porteuses de cancer après diagnostic et traitements spécifiques. Pour la spécificité des cancers gynécologiques, les dysfonctions sexuelles sont prolongées dans environ 50% des cas.

Plusieurs études chiffrées permettent d'affirmer un lien entre cancer et sexualité. L'étude belge CARES¹⁷ avance les résultats suivants recueillis sur 382 patientes et leurs proches :

	Patientes	Proches
détresse psychologique	84%	82%
dysfonction sexuelle	73%	59%
perte de l'intérêt sexuel	51%	40%
difficulté de communication conjugale	40%	46%
difficulté dans les relations amoureuses	Ø	42%

L'étude « *Deux ans après* »¹⁸ le diagnostic, illustre l'importance de l'impact quantitatif du cancer sur la sexualité, perturbée dans 65% des cas (même pour les personnes déclarant être guéries). L'étude de P. Bondil, sur les dispositifs de prise en charge de la sexualité des couples dont l'un est atteint de cancer¹⁹, donne également des chiffres qui révèlent que les cancers de la cavité pelvienne sont ceux qui altèrent le plus la vie sexuelle (en termes d'impacts négatifs). D'autres recherches constatent une diminution de la libido dans 30% des cas de cancers du col utérin²⁰. Paradoxalement, la littérature montre que l'hystérectomie a des répercussions psycho-sexuelles limitées ; notons que les études sont réalisées sans entretien psychologique et à l'aide d'un questionnaire succinct ; d'ailleurs les résultats contredisent les données de la clinique des praticiens retrouvées par ailleurs²¹.

¹⁵ POINSOT, R. et al. *op. cit.*

¹⁶ WALDIR C.G. *op. cit.*

¹⁷ REYNAERT C. et al. **Cancer et dynamique de couple**. *Louvain médical*, 2006, vol. 125, p. S1-S14.

¹⁸ LE CORROLLER-SORIANO A-G. et al. **La vie deux ans après le diagnostic de cancer**. DREES, INSERM, INCa, 2006.

¹⁹ BONDIL, P., HABOLD D. **Le couple, le cancer et la sexualité. Prise en charge. Dispositifs SAICSSO et ERMIO**. In ASSISES FRANÇAISES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE (2 ; 2009 ; Lille). *Le couple et sa sexualité : prise en charge*. Lille : Grand Palais, 2009.

²⁰ HANNOUN-LEVI J.M. *op. cit.*

²¹ GRAESSLIN O. et al. *op. cit.*

Au-delà des chiffres et des causes biophysiques, les rares études sur le cancer gynécologique s'accordent à dire que celui-ci touche toutes les sphères de la sexualité: « reproductive », « identitaire », « ludique », « amoureuse », « relationnelle »... et les désorganise. Ce cancer a un impact direct et indirect sur la sexualité, il touche les domaines qui déterminent la réponse sexuelle « corps, esprit, relation »²² (C.G. Waldir, 2005), et les symptômes psychiques associés sont toujours axés autour de la féminité avec la maternité en filigrane.

L'épidémiologie ne suffit donc pas à expliquer l'intimité des liens existants entre le cancer pelvien et la sexualité. Après avoir décrit au mieux les symptômes, les études reconnaissent la complexité et la multidimensionnalité de la sexualité humaine qui ne peut se limiter à des paramètres opératoires et techniques²³. Lorsque les études statistiques notent par exemple un « aspect positif » de l'hystérectomie sur la sexualité, les auteurs nuancent en général les chiffres par l'apport de la clinique qui met en avant les dires des patientes. Celles-ci expriment un panel d'émotions complexes concernant surtout et même essentiellement l'image qu'elles ont d'elles-mêmes, de ce qui les rend femme et mère. On parle alors « d'incomplétude », « d'incompétence » et « de perte » avec ces femmes. Les auteurs ont l'intuition et font l'aparté de l'impact de ces émotions sur la sexualité. Ainsi l'étude de J-F. Girard en 2006²⁴ note que l'excitation sexuelle féminine est modulée par les pensées et les émotions qui perturbent leur désir. Les effets psychologiques secondaires des traitements ont une incidence sur la sexualité²⁵ et rendent difficile l'évaluation rigoureuse de l'impact des interventions de soins sur celle-ci²⁶. Ainsi, le contexte psychologique associé à la maladie elle-même, mais également provoqué par la maladie, peut être la cause des « réductions ou suppressions des pulsions sexuelles » mais également d'une « hyperactivité compensatoire »²⁷.

²² WALDIR C.G. *op. cit.*

²³ FATTON B. et al. *op. cit.*

²⁴ GIRARD J-F., AUDETAT M-C. **Des cancers aussi intimes que notre sexualité.** *Le médecin du Québec*, 2006, vol. 46, n° 4, p. 71-76.

²⁵ INCROCCI, L. *op. cit.*

²⁶ FATTON B. et al. *op. cit.*

²⁷ HANNOUN-LEVI J.M. *op. cit.*

1.3. MYTHES ET REPRÉSENTATIONS

Les traitements anticancéreux déclenchent des représentations bien particulières chez la patiente mais également chez son conjoint et les soignants. Rappelons que les études qui composent cette revue de la littérature ne s'inscrivent pas dans un référentiel psychanalytique.

D'après les études trouvées sur le sujet, les craintes de la patiente concernent essentiellement la récurrence du cancer, le risque de transmission, la contagion et une possible radioactivité²⁸. Ces « croyances erronées » sont en lien avec l'organe malade et leur mise en évidence amène les études à parler des répercussions psychologiques du cancer pelvien sur la patiente et son couple, ces angoisses se manifestant souvent à travers sa sexualité. Il arrive alors que les rapports sexuels soient considérés comme responsables de la maladie, ce qui entraîne parfois l'arrêt total de la sexualité et entretient les troubles, même après la fin de tout traitement.

Le conjoint peut lui aussi entretenir des « croyances irrationnelles »²⁹. Il arrive par exemple qu'il établisse de fausses relations entre la sexualité et l'état de santé de sa partenaire. Il pense alors bien faire en la préservant de toute sollicitation pour, par exemple, ne pas « la fatiguer » ou ne pas « lui faire mal ». Les études relèvent également une superstition à propos d'une « parole magique » susceptible de rendre réel ce qu'elle énonce, impliquant des « non-dits » dans le couple à propos de la sexualité et de la maladie.

Les professionnels également sont soumis à leurs propres représentations de la sexualité, de la « maladie grave » et de la mort. L'étude de A. Giami sur les théories de la sexualité dans le champ du cancer³⁰ met en évidence cette question et en dégage le caractère symbolique contradictoire de la liaison entre cancer (associé à la mort) et sexualité (associé à la vie). Cette antinomie fait forcément faille dans la relation et la solution adoptée par les professionnels est souvent de ne pas aborder le sujet de la sexualité.

L'enquête de 2002 sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie³¹ fait état des mythes de la féminité, de certaines croyances réservées aux femmes concernant ce qu'elles

²⁸ GIRARD, J-F. *op. cit.*
HOARAU H., FAVIER A-L., HUBERT A. **La sexualité du couple face au cancer : regards de femmes.** *Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, n° 4, p 252-256.

HANNOUN-LEVI J.M. *op. cit.*
²⁹ REYNAERT, C. *op. cit.*

³⁰ GIAMI A., MOREAU E., MOULIN P. **Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : les savoirs infirmiers.** *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, p. 226-230.

³¹ GRAESSLIN O. et al. *op. cit.*

ont de plus spécifique et intime. Il est question ici des « règles » qui purifient et nettoient le corps et qui pourtant disparaissent dans la maladie. Ces « fausses croyances » ne sont que trop rarement prises en compte malgré leur présence massive chez ces femmes malades. Croyances silencieuses et tabous exercent toujours leur impact sur l'angoisse des patientes, retentissant sur leur sexualité et sur leur couple. Ces croyances s'appuient parfois sur des mythes familiaux ou socioculturels. Leur force de représentation et leur incidence sur la maladie sont propres au sujet et à son histoire.

Certaines études mettent en avant que l'atteinte, pour être sexuelle, dépend de la localisation anatomique de la tumeur³². Utérus et sein sont considérés comme symboles de la féminité, de la maternité, de la sexualité et parfois de la jeunesse³³. Les études s'accordent sur le fait que l'organe sexuel est fortement investi et que l'aspect « caché » de l'utérus donne lieu à une fantasmagorie très intense comparé au sein, pour lequel la représentation serait plus évidente de par le visible. Le cancer pelvien n'a pas d'impact physique immédiat mais il touche également les femmes dans leur féminité. La pratique met en avant que « le deuil névrotique d'un organe de la sphère sexuelle est plus intense que celui provoqué par l'amputation d'un autre organe » (E. Hirsch, 2005). Toutes les études ont cette intuition logique d'un impact plus important sur la sexualité lorsque le cancer concerne les organes génitaux.

³² REICH, M. *op. cit.*

³³ HOARAU, H., 2007, *op. Cit.*

GRAESSLIN O. et al. *op. Cit.*

HIRCH, E. *op. Cit.*

YAZBECK, C. *op. cit.*

1.4. L'IMAGE DU CORPS

La plupart des études qui font le lien entre l'image du corps, « le bien-être corporel » et la sexualité s'intéressent au cancer du sein : la reconstruction mammaire et les différences de QdV (qualité de vie) pour la femme entre tumorectomie et mastectomie. Cependant, si le cancer pelvien n'a pas d'impact physique immédiat, il touche également les femmes dans leur féminité, là où s'incarne le devenir femme puis le devenir mère. Le corps se modifie peu dans le miroir mais l'atteinte corporelle est là, dans l'imaginaire et dans le sensoriel, modifiant le miroir interne. Si l'hystérectomie n'est pas visible sur le corps extérieur, elle retentit sur le corps imaginaire comme une castration. Le vécu de la femme s'apparente à la mutilation et altère son identité féminine³⁴.

Ainsi les conclusions d'une recherche³⁵ sur la QdV de ces femmes (A. Dupont, 2007), ne trouvant pas de changement au niveau de la sexualité entre mastectomie et tumorectomie, mettent en avant l'importance de réaliser une étude concernant la sexualité des femmes dont le cancer toucherait des organes en lien direct avec la sexualité ou la reproduction. Une autre étude³⁶ sur le cancer du sein fait, quant à elle, la différence entre l'organe externe et l'organe interne en ce qui concerne l'impact sur la personnalité des patientes. Elle suggère que le fonctionnement des patientes atteintes d'un cancer du sein est caractérisé par l'externalité, c'est-à-dire qu'elles vont se tourner plus facilement vers des facteurs extérieurs à elle-même, comme par exemple la chance, plutôt que d'intérioriser la cause des événements. Ce fonctionnement serait inversé pour les patientes atteintes d'un cancer pelvien. Cela est corrélé par l'étude de M. Reich en 2007³⁷, stipulant que la castration effective confronte les femmes à l'expérience de la perte, au deuil et aux remaniements identitaires que cela impose, et oblige donc la patiente à se tourner vers ses ressources internes. Malgré la pénurie d'études sur le sujet, les auteurs s'accordent à dire que les modalités psychiques mises en place par les patientes atteintes d'un cancer gynécologique sont différentes de celles des patientes atteintes d'un cancer du sein³⁸.

³⁴ HIRCH, E. *op. Cit.*

WALDIR C.G. *op. cit.*

³⁵ DUPONT A. et al. Poster : **Quality of life, marital status and sexuality among women with breast cancer**. In World Congress of Psycho-Oncologie (8 ; 2006 ; Venise). *Oncologie psycho-sociale multidisciplinaire – dialogue et interaction*. Venise, 2006.

³⁶ JANNE P. et al. **Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et... moi**. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2001, vol. 29, n° 1, p. 28-33.

³⁷ REICH, M. *op. cit.*

³⁸ HAIE-MEDER C. *op. cit.*

L'étude à propos du regard de la femme malade sur la sexualité et son couple³⁹, nous dit qu'un « corps qui souffre réveille et fait parler les représentations du corps sur la sexualité ». Il se développe ou s'exacerbe une fantasmagorie autour du corps et des traitements qui parasite la représentation du couple et de la sexualité. Si le corps change et qu'il peut effectivement y avoir une perte des sensations au niveau des zones érogènes, il est également difficile d'être dans le ressenti d'un endroit du corps investi par la technique, qu'il faut soigner et « réparer » à tout prix. Au-delà des interventions concrètes réalisées sur le corps, ces techniques imposent aussi des contraintes⁴⁰. La pudeur n'est plus de mise lorsque l'on reste allongée en position gynécologique durant plusieurs heures, entourée de l'équipe. Du vagin, il sort des câbles de trois mètres qui sont reliés aux machines. Alors, corps sensuel et corps sensoriel sont remplacés par un corps mécanique, et il faut investir et désinvestir très vite de toute sensation cet endroit du corps par où toute une identité passe, le clivage devient obligatoire pour supporter « l'injonction brutale à séparer le matériel du féminin » (C. Yazbeck, 2004).

Les médecins interdisent la sexualité pendant un temps (cicatrisation) puis l'autorisent à nouveau⁴¹; ils exercent un contrôle sur le corps de la femme et tout se passe comme si celle-ci devait se cliver de son propre corps. Il n'y a plus de place pour l'autonomie, pour l'instinct des sens, pour laisser parler le désir. Le corps est contrôlé par la maladie, les soins, les médecins et, peut-être, la patiente. Celle-ci, pour se réapproprier son corps, peut décider paradoxalement de ne plus s'en servir et de ne pas répondre aux prescriptions d'acte sexuel (en prévention d'une sténose).

³⁹ HOARAU, H., 2007, *op. cit.*

⁴⁰ HAIE-MEDER, C. *op. cit.*

⁴¹ HAIE-MEDER, C. *op. cit.*

1.5. LE TEMPS DU CANCER

Le cancer est un élément perturbateur dans le déroulement chronologique d'une vie, entraînant une rupture. Pour cela il a été qualifié de « traumatisme », imposant des remaniements psychiques à plusieurs niveaux. Cette chronologie implique donc « un avant » à prendre en compte dans l'étude de son impact, pour mettre en évidence des facteurs déterminants⁴²: âge, personnalité, dynamique du couple, etc. S'il est établi que l'apparition du cancer du sein est influencée par des facteurs génétiques et familiaux, environnementaux, sociobiologiques, psychologiques, notons que ces facteurs n'ont pas encore été décrits pour le cancer pelvien⁴³. Quoiqu'il en soit, nous n'aborderons pas ici les prédispositions au cancer pelvien, ni biologiques ni psychologiques (cette discussion se fera lorsque nous situerons cette thèse dans le champ de la psychosomatique), mais plutôt les facteurs déterminant son impact sur le sujet et sa vie.

Les études indiquent que le fonctionnement psychique du sujet qui préexiste à la déclaration du cancer est déterminant à la fois pour le pronostic de la maladie et pour son impact sur la sexualité de la femme. La richesse des défenses et les possibilités d'adaptation pourront par exemple permettre à la femme de dépasser la perte, le deuil de l'utérus⁴⁴ et permettront les remaniements psychiques autour des axes sollicités par ce cancer (féminité, sexualité, maternité). L'impact de l'hystérectomie par exemple⁴⁵ va dépendre, entre autres, du vécu sexuel antérieur de la femme, c'est-à-dire de la manière dont elle a intégré la sexualité et l'érotisme corporel. Dans ce sens, l'approche comportementaliste a opérationnalisé les comportements des patients cancéreux : « type C »⁴⁶. Ils ont mis en évidence, entre autres, des prédispositions précoces, des patterns d'interaction familiale, des pertes précoces, l'évitement des conflits, la suppression des émotions négatives et une hypercoopération. L'étude de E. Hirsch (2005) de référent psychologique, désigne elle aussi des vulnérabilités préalables déterminant l'impact du cancer sur la sexualité, notamment la structure de la personnalité et surtout la construction de la féminité et son rapport à l'autre sexe. L'étude fait alors l'hypothèse qu'une femme ayant des difficultés dans ses relations aux objets ainsi qu'une défaillance narcissique serait plus vulnérable aux atteintes de l'image du corps, donc plus susceptible de déclencher des troubles sexuels.

⁴² BONDIL P. *op. cit.*

⁴³ JANNE, P. *op. cit.*

⁴⁴ GRAESSLIN O. et al. *op. cit.*

⁴⁵ YAZBECK, C. *op. cit.*

⁴⁶ JANNE, P. *op. cit.*

D'un autre côté, cette maladie de l'intime et ses conséquences iatrogéniques sexuelles entraînent un état psychologique spécifique qui retentit à son tour sur la sexualité de la femme. Dans un premier temps, l'annonce est un temps déterminant pour les réactions et la mise en place des défenses psychiques, elle est parfois décrite en termes de « choc »⁴⁷. Elle déclenche des angoisses liées à la mort et aux mutilations et un état dépressif. L'annonce engendre déjà un premier état psychologique peu compatible avec la sexualité en termes de perte d'énergie et d'élan vital, faisant planer le risque, la perte et l'incertitude. Dans un second temps, les traitements anticancéreux sont une atteinte corporelle et narcissique ; parfois castrateurs, ils influent sur la libido et la sexualité surtout si l'organe touché est sexuel. C'est dans ce temps que les études parlent d'une perte du pouvoir de séduction de la femme⁴⁸. La chirurgie est mutilante et provoque une altération de l'image de soi, une remise en question et un renoncement, voire un dégoût de la sexualité ; la chimiothérapie est considérée comme une atteinte de l'image corporelle⁴⁹.

Annonce et traitements déclenchent donc des angoisses fondamentales pour la femme⁵⁰:

- Angoisse d'abandon, car la patiente redoute, plus encore que la mort, le rejet et l'isolement.
- Angoisse de morcellement, provoquée par l'atteinte importante et intime de l'intégrité du corps.
- Crainte de perdre totalement la maîtrise face à une perte d'autonomie du corps et à l'imprévisibilité du cancer.

L'étude de 2006 sur le cancer et la dynamique de couple⁵¹ indique aussi une proportion importante (environ 54%) de troubles anxio-dépressifs chez la patiente mais également chez son conjoint (environ 62%), résultats du questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression scale).

La littérature décrit deux mécanismes de défense psychopathologiques, principalement utilisés pour lutter contre les angoisses suscitées par le cancer⁵². Il s'agit de la « projection » et du « déni », les études se fédèrent autour de ces mécanismes bien que leur définition ne semble pas toujours concorder d'un référent à l'autre. Dans le registre de la sexualité, c'est le « climat psychologique fragile » (J.M. Hannoun-Levi, 2005), associé aux contraintes physiques, qui conduit ces femmes à refuser la sexualité, soit par opposition agressive soit par désintérêt et indifférence progressive. Pour elles, la sexualité est comme « déniée » ou en tout cas réduite au silence et mise de côté en

⁴⁷ THIS, P. **Cancer du sein de la femme jeune : La vie après le cancer : sexualité et fertilité**. In 28^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (28 ; 2006 ; Lille). *Cancers du sein localisés : Les nouvelles pratiques*. Lille, 2006.

⁴⁸ HANNOUN-LEVI J.M. *op. cit.*

⁴⁹ REICH, M. *op. cit.*

⁵⁰ GIRARD, J-F. *op. cit.*

⁵¹ REYNAERT, C. *op. cit.*

⁵² GIRARD, J-F. *op. cit.*

attendant « la fin » de la maladie, le « retour à la normale ». La sexualité est mise de côté comme tous les plaisirs de l'homme en cas de danger. Peut-on vraiment penser au plaisir et d'autant plus aux plaisirs corporels lorsque le corps souffre et que le risque vital accapare l'esprit ?⁵³ Le rejet ou le déni de la sexualité, dans son aspect sensoriel, ponctue une situation ne permettant plus le « lâcher prise » et l'abandon de soi nécessaire au désir sexuel et à la réalisation du plaisir. L'attention particulière portée au corps sensuel n'est plus possible car celui-ci est devenu source d'anxiété.

L'étude de P. Bondil et D. Habolde souligne que l'impact du cancer sur la sexualité du couple et les troubles sexuels d'autres origines présentent des similitudes. Dysfonction sexuelle et cancer ont tous deux un impact sur l'intimité et l'affect du couple et de chacun des partenaires, définissant ainsi 5 sphères distinctes en relation d'incidence : sexualité, cancer, femme, conjoint et couple. Cet impact commun correspond dans un premier temps à une incidence psychique sur le patient et son partenaire, dont un sentiment récurrent de culpabilité vis-à-vis de l'autre. S'ensuivent des mécanismes et des conduites réactionnels, de l'ordre d'un évitement de l'intimité et de la tendresse donnant lieu à une désorganisation négative de la sexualité du couple. « Ainsi, cet impact délétère pour la sexualité du couple n'est souvent pas directement induit par la maladie (cancéreuse ou non) mais plutôt indirectement par le biais d'une réaction psychique aux conséquences physiques de la maladie. » (P. Bondil, D. Habolde, 2009).

La même étude distingue les spécificités de l'impact du cancer retentissant sur la sexualité du couple :

- Les modifications corporelles et conséquences esthétiques dues aux traitements et notamment à la chirurgie.
- Les modifications iatrogéniques sexuelles.
- La symbolique des organes touchés : la valeur symbolique du « mauvais organe » (sexuel ou non) qui menace son propre corps de mort, plus encore si l'organe est sexuel (utérus, ovaires...) et représente la procréation.
- Le temps du cancer, qui sidère et hiérarchise : la connotation mortifère, la réalité de la menace vitale et la crainte de la rechute modifient les priorités du patient, du conjoint et du couple.

Il est intéressant de constater, bien qu'une relation de conséquence serait trop prompte à être donnée, que 4,5% des admissions en milieu psychiatrique se font suite à une intervention chirurgicale récente pour motifs gynécologiques⁵⁴.

⁵³ HOARAU, H., 2007, *op. Cit.*
BONDIL P. *op. cit.*

⁵⁴ GIRARD, J-F. *op. cit.*

EN CONCLUSION

Peu de travaux sont donc spécifiques au cancer gynécologique pelvien et seulement quelques-uns le mettent en lien avec la sexualité.

Des remaniements psychiques sont forcément imposés par les cancers gynécologiques et toutes les thérapeutiques mises en place retentissent sur la sexualité. Le cancer gynécologique pelvien ne fait pas exception, au contraire, il semble même plus concerné de part sa localisation anatomique et les traitements particuliers qui lui sont associés (curiethérapie). Il provoque des dégâts indéniables sur la sexualité féminine. L'état psychologique de ces patientes est défini dans la littérature en termes de dépression, d'angoisse, de déni, de projection et concerne la perte, le deuil, les modifications corporelles et l'identité. La sexualité de la femme est, quant à elle, qualifiée d'hypercompensatoire ou d'absente, reléguée au dernier plan d'une vie complexifiée par le cancer. Ce comportement est considéré comme réactionnel à l'état psychologique déterminé par l'annonce (angoisses, déni, projection) puis les traitements (deuil, déni, remaniements identitaires).

Pourtant, les outils méthodologiques proposés dans le cadre de cette maladie ne semblent pas permettre d'explorer une psychologie des profondeurs, et, si les études révèlent des difficultés sexuelles classées en fonction de la définition que prend la sexualité féminine dans les différents référents, elles n'expliquent pas ce qui sous-tend l'expression de ces symptômes, autrement dit, la manière dont le cancer pelvien et ses traitements impactent la sexualité féminine.

Aborder ce problème nous semble demander une exploration de la sexualité féminine plus approfondie qualitativement que ce que permettent de traiter les questionnaires de QdV appliqués aux études de masse. Celles-ci ont néanmoins le mérite de nous orienter déjà vers les problématiques sexuelles que rencontrent ces femmes. Maintenant que la littérature révèle l'importance de la sexualité chez ces patientes, leur insatisfaction à ce sujet et parfois même au sujet de leur prise en charge, il est nécessaire d'appréhender de manière fine et détaillée le domaine complexe de la sexualité féminine, ce à quoi nous proposons de remédier en nous plaçant dans un référent clinique psychopathologique et psychanalytique : replacer les symptômes sexuels de ces femmes dans l'hypothèse métapsychologique de l'appareil psychique afin de comprendre les conduites psychiques, les processus de pensée et le système défensif, attenants d'un fonctionnement, capables d'expliquer pourquoi ces femmes souffrent au-delà du soma.

Toutes ces études confirment notre conviction de l'importance d'une approche de la sexualité féminine qui prendra en compte la sexualité génitale dans ses rapports au sexuel, contraignant à une

définition rigoureuse de la sexualité féminine dans le champ théorique qui sera le nôtre. Au terme de cette revue de littérature, nous savons que les différents facteurs qui influent la sexualité des femmes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien sont pharmacologiques, physiologiques, physiques et psychologiques. Les désorganisations physiques et psychologiques sont intriquées autant que corps et psyché peuvent l'être et nous imposent avant tout de nous situer dans le champ de la psychosomatique.

2. SITUER L'ÉTUDE

2.1. LE CANCER GYNÉCOLOGIQUE PELVIEN

Dans cette rapide présentation de la maladie et de ses traitements, il ne s'agira pas de s'écarter trop loin de notre sujet ni de notre référent psychologique qui, en s'intéressant au sujet et à sa réalité psychique, n'a normalement pas besoin de saisir l'absolue réalité médicale. Il nous apparaît néanmoins qu'une connaissance minimale du jargon médical employé par les patientes elles-mêmes et des thérapeutiques proposées est nécessaire pour suivre leur discours et le replacer dans ses liens avec la réalité de ce qu'elles subissent. Quelles sont les conséquences biologiques de la pathologie médicale sur le corps ? Quels symptômes visibles ? Quels symptômes invisibles ? Définir les traitements proposés par la prise en charge médicale et les conditions, le cadre dans lesquels ils sont administrés. Quels sont les conséquences anatomo-physiologiques des traitements pour la femme ? Mais d'abord, pourquoi juxtaposer les termes gynécologique et pelvien ?

Le cancer gynécologique pelvien est une maladie des organes génitaux de la femme, c'est-à-dire utérus, col de l'utérus, ovaires, vagin et vulve, donc externes et internes. Il entre dans l'ensemble plus grand des cancers gynécologiques, appelés communément cancers « sexuels », qui comprennent aussi les cancers du sein. En choisissant *les cancers gynécologiques pelviens des organes internes*, nous ciblons l'atteinte du sexe interne féminin et la castration biologique, afin de mettre en évidence des tendances psychiques communes autant qu'individuelles en réponse à l'événement.

Pour cette étude, nous avons fait le choix de ne nous intéresser qu'aux cancers de l'utérus, du col et des ovaires, excluant les autres organes gynécologiques, pour deux raisons : d'abord car les cancers de la vulve et du vagin ont une incidence très faible, de l'ordre de quelques cas par an en France⁵⁵ ; deuxièmement parce que cela permet d'homogénéiser les traitements reçus par les patientes.

Les résultats que nous exposerons sont donc pour la plupart transversaux aux pathologies et aux traitements, l'atteinte interne étant leur point commun. Néanmoins, nous ferons parfois référence à un traitement ou un organe en particulier pour expliquer un processus précis. Ainsi, nous choisissons de ne pas présenter nos résultats de manière scalaire en rapport à l'organe touché, mais plutôt de manière linéaire et chronologique pour mettre en exergue une évolution de la sexualité féminine tout au long du parcours thérapeutique (annonce, traitements, rémission). Cet agencement s'appuie sur le manque certain de représentations socioculturelles qu'ont les femmes de leurs

⁵⁵ De l'ordre de 600 à 700 cas par an (2 à 4/100 000). SANCHO-GARNIER, H. **Épidémiologie des cancers gynécologiques : utérus, ovaire, vulve et vagin**. In CARCOPINO, X. (Dir.) *Cancers gynécologiques pelviens*. Paris : Ed. Elsevier Masson, 2013.

organes génitaux internes et l'irreprésentabilité que leur accorde la théorie psychanalytique, mais nous y reviendrons.

Pour les huit patientes incluses dans notre étude, le parcours thérapeutique comprenait une chirurgie d'exérèse partielle ou totale de l'organe touché selon les recommandations médicales et les choix éclairés de la patiente. La totalité des patientes de l'étude est donc concernée par la question de la castration effective de leurs organes génitaux internes. Le parcours thérapeutique de ces femmes débute par des examens diagnostiques parfois déjà très intrusifs et marquant le corps de leurs stigmates : les biopsies, la cœlioscopie. Parfois, l'intériorité de l'atteinte oblige les chirurgiens à prendre une décision au moment même de l'opération, c'est-à-dire lorsqu'ils peuvent constater de visu l'étendue de l'atteinte. Ils décident alors du geste à pratiquer. Il s'agit de « traitements à visée diagnostique ». La patiente dans ce cas s'endort sur la table d'opération sans savoir ce qu'on va lui enlever, c'est-à-dire l'étendue de l'ablation ; donc sans savoir quelles seront les conséquences de la chirurgie.

Lorsque la chirurgie n'est pas l'unique traitement, les parcours se construisent généralement ainsi :

- cancer du col : une radiothérapie externe conformationnelle associée à une chimiothérapie concomitante, plus ou moins associée à une curiethérapie utérovaginale à haut débit de dose réalisée sous anesthésie générale sont effectuées avant une chirurgie de clôture qui n'est pas systématique ;
- cancer de l'endomètre : une chirurgie d'exérèse puis une radiothérapie externe et/ou curiethérapie vaginale (sans anesthésie) ;
- cancer de l'ovaire : chimiothérapie avant et/ou après la chirurgie d'exérèse.

Dans la majorité des cas (les huit patientes de l'étude), le traitement appliqué est une hystérectomie avec ou sans annexectomie, c'est-à-dire ablation des organes génitaux internes : utérus, ovaires et partie haute du vagin, appelée couramment « la totale »⁵⁶ par les patientes, terme qui donne le sens d'une chose pénible et radicale.

L'hystérectomie est étymologiquement l'exérèse de l'utérus et celle-ci est plus ou moins « élargie » en fonction des cellules cancéreuses retrouvées. L'ablation peut alors s'étendre jusqu'aux parties basses de l'intestin (chaîne ganglionnaire) et/ou à l'ensemble de l'appareil génital. Cette chirurgie est en général associée à une chimiothérapie et/ou une radiothérapie et une séance de curiethérapie. Je ne détaillerai pas la radiothérapie et la chimiothérapie qui sont des thérapies généralement connues

⁵⁶ MOULINIE, V. **La Chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang.** Paris : Ed. Maison des Sciences de l'Homme, 1998.

de la prise en charge psychologique des cancers et dont les retombées telle que l'alopecie sont identiques pour l'ensemble des cancers. Par contre, je dirai un mot de la curietherapie qui est une nouvelle forme de therapie specifique des cancers pelviens, qui propose des rayons en interne, tres proche des cellules cancéreuses et qui impose un protocole d'application tres lourd pour les patientes dans le sens de la contrainte, de la douleur et de l'intrusion.

Le materiel (colpostat) est pose au bloc operatoire sous anesthésie generale et immobilisé en position par deux mèches vaginales.

La patiente est hospitalisée dans une chambre seule avec visites limitées afin de ne pas faire durer le traitement, puisque celui-ci est interrompu à chaque ouverture de porte.

Le materiel est déposé ainsi que les mèches en chambre par le personnel paramédical (IDE) sans anesthésie. La dépose consiste à retirer les mèches vaginales une par une avec une pince sans griffe, puis à retirer le colpostat « à la main » en le mobilisant et en tirant dessus pour l'expulser du vagin. L'étude de C. Toulouse, qui retrace le traitement de la douleur liée à la dépose du materiel à travers le temps, met en avant le type de douleur ressentie par les femmes avant qu'un antalgique ne leur soit administré⁵⁷ : « Le geste provoquait des douleurs intenses souvent accompagnées d'un malaise avec sueurs, une perte de connaissance et pleurs. La douleur était à type de sensation « d'accouchement sans le bonheur de l'enfant », d'arrachement, de viol, de brûlures... Le soignant est, lui aussi, angoissé à l'idée de pratiquer le geste ». Depuis 2000, le geste est effectué sous un Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA), entraînant une amélioration certaine mais variable selon les patientes et ne réduisant que partiellement les sensations douloureuses.

Voici un tableau récapitulatif des traitements principaux proposés en cas de cancer de l'utérus, du col et des ovaires, et des modifications physiques locales et générales qui leur sont associées, ainsi que les désagréments physiologiques et les modifications iatrogéniques possiblement entraînées, notamment en fonction de l'âge et des doses administrées :

⁵⁷ TOULOUSE, C. **Dépose du materiel de curietherapie utilisé dans les cancers gynécologiques : Prévention et amélioration de la prise en charge de la douleur.** In: 5ÈME JOURNÉE DU CNRD (5 ; 2010 ; Paris), *Douleur provoquée par les soins.* Paris, 2010.

Hystérectomie totale (utérus, col, partie haute du vagin)	Radiothérapie et Curiethérapie	Hormonothérapie	Chimiothérapie
<ul style="list-style-type: none"> - raccourcissement du vagin - suture du vagin (cicatrice de colpectomie) - aménorrhée secondaire - ménopause (fonction de l'âge) - stérilité (fonction de l'âge) - impossible de vider sa vessie durant quelques semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - brûlures - sécheresses - asialie • Avant ménopause: <ul style="list-style-type: none"> - stérilité partielle ou définitive - ménopause (forte dose) - aménorrhée secondaire (faible dose) • Après ménopause: <ul style="list-style-type: none"> - vagin plus fragile et étroit - saignement - douleur durant rapport - sténose post-radique - abstention sexuelle durant la période traitée 	<ul style="list-style-type: none"> - neutralise les œstrogènes • Action directe sur ovaires: <ul style="list-style-type: none"> - symptômes pré-ménopause • Tamoxifène: <ul style="list-style-type: none"> - bouffées de chaleur - modifications anatomiques du vagin (humidité, longueur, largeur) • Progestatifs: <ul style="list-style-type: none"> - prise de poids • Antiaromatases: <ul style="list-style-type: none"> - sécheresse vaginale - bouffées de chaleur 	<ul style="list-style-type: none"> - stérilité partielle ou totale - aménorrhée secondaire mais pas forcément de stérilité - ménopause induite - mucite - mycoses - retentissement général (fatigue, douleur...) - problèmes digestifs (nausées, vomissements, etc.)

Un mot sur la castration réelle :

Il n'existe pas à ma connaissance de travaux psychanalytiques sur la castration réelle telle qu'elle est définie par l'encyclopédie Larousse, c'est-à-dire l'« ablation ou destruction d'un organe nécessaire à la génération. (Synonyme : émasculat[i]on, en parlant de l'homme et des mammifères.) ». Pour définir la castration, le dictionnaire fait appel au domaine médical, qui décrit les conséquences biologiques de la castration chez l'homme et la femme, à la botanique et à l'agriculture ainsi qu'à la zootechnique. Mis à part les travaux cités dans notre état de la question et ceux sur le transsexualisme, la question de la castration effective des organes génitaux ne semble pas, ou très peu, avoir intéressé, pour l'instant, la psychopathologie clinique et la psychanalyse. Nous ne nous pencherons pas sur le transsexualisme qui nous paraît trop loin de notre sujet concernant une

castration involontaire. En effet, dans le transsexualisme le sujet souhaite sa propre castration, accompagnée du désir de posséder les organes du sexe opposé.

Que peut-on alors appeler castration involontaire ? Pour répondre, nous reprenons les distinctions faites par A. Green. Les castrations involontaires sont celles qui découlent essentiellement de la pathologie, qu'elles soient biologiques (génétiques ou dégénératives) ou chirurgicales, elles réalisent « une sorte d'expérimentation spontanée » ou « naturelle qui permet d'observer ses effets »⁵⁸ (A. Green, 1995, p.9), terrain dont nous nous saisissons dans cette thèse : atteinte somatique des organes génitaux et conséquence des traitements.

⁵⁸ GREEN, A. **Le complexe de castration**. Paris: Ed. PUF, 1995 (2^e éd. corrigée), p. 9.

2.2. SE SITUER PAR RAPPORT À L'APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE

En ciblant une pathologie somatique et en inscrivant notre terrain de recherche dans le milieu « hypermédicalisé » de l'oncologie, il apparaît indispensable de statuer sur notre position épistémologique quant aux théories psychosomatiques. Nous définirons notre champ d'étude en négatif par rapport au vaste domaine de la psychosomatique.

« Du point de vue de la psychanalyse, la psychosomatique apparaît quant à elle réservée à une approche des patients, à une technique psychothérapeutique et à une théorie qui cherche à rendre compte de ce qui se joue mentalement pour un sujet qui réagit aux événements et aux conflits en somatisant »⁵⁹ (G. Pirlot, 2010, p.9). Cette définition de Gérard Pirlot ne convient pas à notre étude bien que nous ne puissions l'envisager, comme nous allons le voir, sans lien avec ce référentiel, lui-même référé à la psychopathologie. Nous n'étudions pas comme dans les conversions hystériques le *symptôme somatique*, ni les *expressions somatiques* déclenchées par un trauma. Nous ne sommes pas non plus dans une approche de la somatisation comme une défense (P. Marty, 1984)⁶⁰ et nous ne considérons pas, à l'instar des théories dérivées de l'étude des psychoses, que la maladie organique soit le résultat de ce qui ne peut se symboliser. Bref, nous ne nous inscrivons dans aucun des 6 modèles principaux de psychosomatique⁶¹ décrits par Gérard Pirlot, qui investissent chacun à leur manière le terrain de l'étiologie somatique ou étiologie de la somatisation. Notre référent ne sera pas celui de la psychosomatique psychanalytique qui « se présente comme l'étude des processus psychiques entrant en jeu dans les « désorganisations somatiques » (Marty, M'Uzan, David). » (G. Pirlot, 2010, p.10)⁶². Néanmoins, nous restons dans une approche psychanalytique et psychosomatique (et nous verrons en quoi) des troubles somatiques. C. Dejours, quant à lui, propose des « somatisations symbolisantes »⁶³ qui vont à l'encontre des « désorganisations progressives » de P. Marty. L'un tend vers l'abrasement psychique des défenses mentales et la neutralisation des processus préconscients, l'autre s'inscrit dans une réorganisation et une reprise de l'évolution mentale. Bien que, dans sa préface des *dissidences du corps* de 2009, C. Dejours,

⁵⁹ PIRLOT, G. **La psychosomatique : entre psychanalyse et biologie**. Paris : Ed. Armand Colin, 2010, p. 9.

⁶⁰ MARTY, P. **La psychosomatique de l'adulte**. Paris : Ed. PUF, collection Que sais-je, n° 1850, 1990.

⁶¹ -le modèle freudien de la conversion hystérique
- le modèle freudien de névrose traumatique et/ou actuelle
- la maladie somatique comme expression de ce qui ne peut être symbolisable
- le modèle freudien de l'esquisse
- le modèle phénoménologique
- le modèle issue de l'acupuncture

⁶² PIRLOT, G. *op. cit.*, p. 10.

⁶³ DEJOURS, C. **Les dissidences du corps**. Paris : Ed. Payot, 2009.

revenant sur ses idées, se sépare d'une psychosomatique causaliste qui tenterait d'expliquer psychiquement l'apparition de toute maladie somatique pour soutenir que la psyché a une influence sur l'évolution des maladies même les plus « accidentelles », sa théorie ne peut concerner entièrement notre travail.

Ainsi, si nous empruntons parfois des termes à ces approches, nous ne pouvons nous situer pleinement dans aucune, étant donné que cette recherche n'interroge pas la *causalité psychosomatique* du cancer : « Plusieurs formulations ont toutefois été proposées concernant ces causalités : théorie du traumatisme (S. Freud), théorie des personnalités prédisposées (Dunbar), théorie émotionnelle (l'alexithymie de Sifneos), théorie économique (désorganisation progressive et vie opératoire de Marty), topique des clivages (Dejours), filiation narcissique (Guyotat), etc. » (G. Pirlot, 2010, p.11)⁶⁴

C. Dejours reconnaît d'ailleurs que certains cas cliniques et certaines somatisations semblent se trouver en dehors des trois situations référentes de la clinique psychosomatique qui sont la pensée opératoire, la dépression essentielle et la désorganisation progressive. Il nous met également en garde devant le fait d'invoquer le traumatisme devant toute somatisation. Il défend l'idée (a contrario de l'école de psychosomatique) que la somatisation n'est pas forcément un manque de sens, bien qu'il faille le chercher ailleurs que dans le conflit Œdipien et la culpabilité. Il faut donc continuer d'interroger le sens et celui-ci est lié au lieu, « point d'impact du processus de destruction »⁶⁵ (C. Dejours, 2009, p.50). Nous retrouvons d'ailleurs dans notre clinique autant de sens et de fantasmes gravitant autour du symptôme cancéreux que d'absence symbolique rendant le symptôme à l'état de « symptôme bête » (P. Marty) et ce ne sera pas notre propos de trancher entre ces deux repérages cliniques. Néanmoins, nous ne considérerons pas que tout sujet somatisant soit doté d'un fonctionnement psychique appauvri et d'une pensée opératoire.

Pouvons-nous donc qualifier notre approche de psychosomatique ? Nous le pensons effectivement, dans le sens d'une manière d'aborder le patient et d'écouter son symptôme organique pris dans l'unité psychosomatique qui lutte contre la parcellisation du corps, de la psyché et des savoirs. Se situant dans une optique psychanalytique, notre approche considère que l'individu se construit au travers de nombreux traumatismes, dont le premier, lié à la perte de la toute-puissance narcissique, est fondateur dans l'accès à sa subjectivité. La maladie ne vient donc pas s'inscrire sur une feuille blanche, vierge de tout passé. Il s'agira alors de définir l'impact psychique de cette maladie somatique en nous situant dans une approche somato-psychique, c'est-à-dire sans nier l'importance et l'influence du vécu du sujet, de ses traumatismes passés, sur l'impact et la possible

⁶⁴ PIRLOT, G. *op. cit.*, p. 11.

⁶⁵ DEJOURS, C. *op. cit.*, p. 50.

désorganisation causée par le cancer. En nous appuyant sur la définition de l'individu en tant qu'unité psychosomatique, nous prenons le parti dans cette étude de dire qu'une somatisation, ou plutôt un trouble somatique, a forcément, en réciproque, un impact psychique. Doris Vasconcellos (2001) nous informe à ce sujet qu'une variation de l'état somatique entraîne effectivement une variation dans l'état psychique et vice et versa⁶⁶. Nous nous appuyerons alors sur cette affirmation ainsi que sur la clinique de Caroline Doucet⁶⁷ (2008) concernant les troubles somato-psychiques, autrement dit les conséquences psychiques d'un trouble somatique. Nos référents théoriques sont ceux de la psychosomatique issue de la psychanalyse, en relation avec la psychopathologie psychodynamique⁶⁸. Nous pourrions également adopter la notion de « pathonévrose » de S. Ferenczi qui situe l'étude du sujet somatisant en aval de la maladie organique ou blessure, et désigne alors leur conséquences névrotiques. Nous évaluons donc la mobilisation pulsionnelle qui s'installe suite à l'atteinte organique.

Joyce McDougall, quant à elle, a une conception assez large de la psychosomatique puisqu'elle définit le terme comme englobant tout ce qui touche « *aux maladies corporelles en réponse à des tensions psychiques ou à des stress inélaborables* »⁶⁹. Ses travaux, très intéressants sur le prototype de la construction psychique des patients somatisants, proposent une relation spécifique mère-enfant dont découle une triangulation œdipienne favorable au rejet symbolique d'un aspect de la fonction paternelle sous forme de clivage du pénis et de l'imgo maternelle entre idéalisée et mortifère. Malgré notre intérêt pour ce fonctionnement proche du fonctionnement de patients psychotiques (cf. chapitre sur les potentialités psychotiques), nous ne nous engageons pas à détailler les travaux de Joyce McDougall qui brossent donc un tableau clinique et métapsychique des patients somatisants, or, encore une fois, notre travail sera de comprendre la maladie comme un point de départ à des remaniements psychiques et non comme l'expression quasi symptomatique d'un fonctionnement psychique.

Selon la théorie de Pierre Marty, tout individu est doté d'une économie psychosomatique qui se définit en termes d'équilibres et de déséquilibres générés par les traumatismes, quels qu'ils soient, subis tout au long de la vie⁷⁰. Une accumulation trop importante de « mouvements individuels de mort » entraîne alors une somatisation, c'est-à-dire une « désorganisation progressive ». Les concepts que nous empruntons à la psychosomatique, sans pour autant nous situer dans le même créneau temporel d'étude de la maladie, sont la *pensée opératoire* et la *dépression essentielle*,

⁶⁶ VASCONCELLOS, D. **Médecine et psychosomatique**. *Médecine légale et société*, 2001, vol. 4, p.108-110.

⁶⁷ DOUCET, C. **Le psychologue en service de médecine**. Paris : Ed. Masson, 2008.

⁶⁸ PEDINIELLI, J-L. **Hypothèse d'un travail de la maladie**. *Cliniques méditerranéennes*, 1994, n°41- 42, p169-189.

⁶⁹ MAC DOUGALL, J. **Théâtres du corps**. Paris : Ed. Gallimard, 1989.

⁷⁰ MARTY, P. *op. cit.*

autrement dit, lorsque les deux sont combinés dans un fonctionnement, « l'état opératoire »⁷¹ décrit par C. Smadja. Bien que, pour ces auteurs, la maladie somatique soit la conséquence d'une des trois voies de décharge privilégiée par le sujet : la décharge comportementale, la mentalisation et l'élaboration psychique, la somatisation, (G. Szwec et C. Smadja, 1992)⁷², l'état opératoire nous semble pouvoir refléter un fonctionnement, nécessaire, peut-être, en tout cas réactionnel au trauma qu'est la maladie et évoluant avec celle-ci. Si ces auteurs considèrent que le trauma ne serait traité ni sur un mode psychique, ni sur un mode comportemental mais prendrait une voie d'expression corporelle, évoquant le traumatisme pour rendre compte d'une causalité psychique de l'atteinte organique, nous considérons ici que c'est la maladie somatique qui vient faire effraction, déclenchant des contre-investissements psychiques spécifiques.

La pensée opératoire est caractérisée par un défaut carenciel de l'activité fantasmatique qui n'accompagne plus l'activité cognitive et le mode de pensée conscient. Le sujet est dans l'incapacité d'imaginer ou d'associer, entraînant pour les mouvements contre-transférentiels de fortes impressions d'ennui, de vide, d'inutilité. « Le travail psychique n'arrive que difficilement à mettre à distance les sentiments et émotions dudit sujet : il agit ce qu'il ressent et ressent dans la sensation ce qui ne peut être éprouvé (alexithymie, *infra*) : l'émotion. » (G. Pirlot, 2010, p.109). La pensée opératoire est une pensée désexualisée, délibidinalisée, c'est ce qui la différencie d'une pensée obsessionnelle, aucune extériorisation n'est possible, ni agressivité, ni vie onirique, il ne reste que la substance « crue », défaite de symbolique et des mécanismes névrotiques propres au rêve comme le déplacement, la condensation, la dramatisation. Il est remarquable de noter que, chez ces patients, l'affect est, en partie ou complètement, remplacé par la douleur ou en tout cas la sensation. « Cette pensée opératoire a la forme d'une pensée utilitariste, factuelle, tournée vers le concret, l'objet, la matière, la technique : elle est du côté de l'auto-conservation de l'individu et n'utilise pas de mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques qui relèvent d'une pensée sexualisée (avec une relative phobie de la « vie intérieure », des souvenirs, sentiments, émotions, etc.) » (G. Pirlot, 2010, p.109). La pensée opératoire est liée à la dépression essentielle de par le manque d'un objet interne accessible et référent. Nous introduisons la dépression essentielle dans notre travail par une citation qui suffira à cerner ce concept ou plutôt cet état de la vie psychique : elle « est marquée par la baisse du tonus vital et passe souvent inaperçue pendant que la vie psychique est limitée du fait du sur-investissement du perceptif et que le discours s'avère factuel, sans élaboration imaginative. Le sujet semble coupé de sa vie intérieure. La dépression essentielle est une dépression « sans objet », ni

⁷¹ SZWEC G., SMADJA C. État **traumatique, état somatique**. *Revue française de psychosomatique*, 1992, n°2, PUF.

⁷² *Ibid.*

autoaccusation, ni culpabilité consciente (...) » (G. Pirlot, 2010, p.110). Cette baisse globale s'accompagne d'un effacement des mécanismes de défense et signifie « la baisse des facultés érotiques de liaisons » donc une diminution d'Éros, une déssexualisation générale. Dans ses travaux sur le silence des affects dans les formes dépressives, S. Carton⁷³, met en avant les correspondances entre la *vie opératoire* et les formes de mélancolie sans objet décrites par S. Freud, dans lesquelles la perte du moi n'implique pas l'objet, formes cliniques de la mélancolie référée d'ailleurs par S. Freud à des affections somatiques plutôt que psychogènes. Ainsi, la dénarcissisation du moi au cœur du fonctionnement opératoire (inhérente, selon C. Smadja, à un traumatisme précoce de l'ordre d'une perte vécue à un moment où le sujet n'est pas encore différencié, entraînant un déficit d'organisation narcissique primaire), inaugure un mouvement de désintrication pulsionnelle qui donne la parole à une pulsion de mort désintriquée correspondant à « un désinvestissement du moi en tant qu'objet psychique, à sa déqualification libidinale sous la force désobjectalisante de la pulsion de mort » (S. Carton, 2011, p.55). *L'état opératoire* de C. Smadja, en se référant à la première relation mère-bébé, engendre des modalités de prise en charge intéressantes du patient dans cet état, c'est-à-dire « accompagnant au plus près le patient dans le champ d'expression de représentations, affects voire comportements » (G. Pirlot, 2010, p.110), ce que nous reprendrons dans nos résultats au sujet de nos patientes et de leurs prises en charge. À propos de cette déliaison, nous adhérons au point de vue de N. Zaltzman qu'elle résume ainsi : « Dans l'idée que je me fais du fonctionnement de la pulsion de mort, je ne lui attribue pas le pouvoir de créer directement une maladie. Je lui attribue une appétence, comme à toute pulsion, pour tout ce qui est le plus favorable à sa décharge. » (N. Zaltzman, 1979, p.26)⁷⁴.

Pour finir, je soulèverai, à la suite de C. Janin, la question de la répartition des facteurs psychosomatiques en fonction de la grande diversité des cancers⁷⁵. Ce que l'on observe pour l'un est-il valable pour l'autre ? L'affection du sein est-elle psychiquement comparable à celle du cerveau ou à celle de l'utérus ? Je prends volontairement des exemples à la fois très lointains (tête et sein) et très proches (sein et utérus rangés dans la catégorie gynécologie, ce qui vaut à mon titre la précision gynécologie pelvienne). Cette thèse prendra le parti intuitif et clinique de la différence et même d'une spécificité liée au cancer étudié dans ses retombées psychiques.

Enfin, s'il fallait situer cette étude en une phrase, celle de Patrick Ben Soussan qu'il donne en

⁷³ CARTON, S. **Le silence des émotions**. Paris: Dunod, 2011.

⁷⁴ ZALTZMAN, N. (1979). **La pulsion anarchiste**. In : ANDRE, J., BEETSCHEN, A., CHABERT, C. et al. *Psyché anarchiste*. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 15-79.

⁷⁵ JANIN, C. **Complexités de la question de la réalité en psychanalyse**. In : *La réalité psychique*. Paris : Ed. Dunod, 2004.

introduction de son texte poignant présenté lors du 9ème colloque de médecine et psychanalyse pourrait suffire : « l'expérience subjective de la maladie cancéreuse y est abordée hors de toute logique de causalité psychosomatique et en dehors de toute démarche où la psychogenèse serait sensée se mesurer à l'organogenèse. Posons qu'il existe un fait organique et considérons le comme objectif et incontournable ; intéressons-nous dès lors aux interrelations entre le psychisme et l'expérience de la maladie, avec ses conséquences motrices, cognitives, perceptives et sur la façon dont celles-ci s'intègrent dans la vie fantasmatique du sujet et de son entourage, de son histoire personnelle et familiale, qu'elle soit consciente et inconsciente. »⁷⁶ (P. Ben Soussan, 2007, p.341). Une approche qui s'inspire de travaux tels que ceux de Silla et Sylvie Consoli, c'est-à-dire sans parti pris étiologique, simplement interpellée par les surprenantes possibilités qu'offrent les intrications du corps et de la psyché. « Ce qui les mobilise et emporte leur conviction, à partir de constats cliniques et de leurs implications théoriques, c'est justement l'intrication étroite, l'interaction compliquée, infinie, entre le corps et la psyché, et l'énigme de leur assemblage et de leur désunion » (C. Chabert, 2006, p.10)⁷⁷.

⁷⁶ BEN SOUSSAN, P. **Merde ! Faut recommencer à s'épiler !** In : 9E COLLOQUE MÉDECINE ET PSYCHANALYSE (9 : 2007 :Paris) *La place de la vie sexuelle dans la médecine*; Paris ; 23-25 mars 2007.

⁷⁷ CONSOLI, Sy., CONSOLI, Si. **Psychanalyse, dermatologie, prothèses. D'une peau à l'autre.** Préface de CHABERT, C. Paris : Ed. PUF, 2006.

3. SEXUALITÉ FÉMININE

3.1. SEXUALITÉ HUMAINE ET PSYCHANALYSE : LA VIE SEXUELLE ET LE SEXUEL

La sexualité est un terme au carrefour des disciplines et des cultures qui en influencent son étude, à la croisée des lieux psychiques prenant un sens différent dans l'inconscient et la mise en acte de la réalité, enfin, frontière douanée qui paye constamment son tribut entre la psyché et le corps. Ainsi, il semble impossible d'aborder la sexualité féminine sans étudier le corps féminin, celui de la femme, celui qui souffre justement dans la maladie. Étudier la sexualité féminine demande à clarifier ses définitions, à délimiter un champ d'approche et impose d'avoir toujours en tête l'unité psychosomatique. La sexualité est à l'origine du fondement de la psychanalyse, entre anatomobiologie et psychisme, grâce justement à son caractère limitrophe soma-psyché. S. Freud le premier, souhaitant appuyer scientifiquement ses théories, emprunte aux penseurs de son époque (littéraires, poètes, philosophes, psychiatres), l'idée d'une sexualité au centre de la vie de l'Homme et s'intéresse ainsi au seul concept humain qui permettait d'observer la limite entre somatique et psychisme, donnant naissance à sa théorie des pulsions et inscrivant, pour l'Homme, actes, développements, dynamique des pensées et relations, comme dépendants des mouvements de la libido (énergie dynamique de la pulsion sexuelle), « la pulsion sexuelle elle-même constitue une expansion limitrophe entre le physique et le somatique et représente, comme un facteur dynamique à l'intérieur de la psyché, les stimuli organiques »⁷⁸. La théorie des pulsions naît donc de l'orientation biologique des théories freudiennes et nous y consacrerons un chapitre tant la notion est importante pour parler à la fois de la sexualité et du corps. La théorie de la bisexualité, sur laquelle nous reviendrons également de manière plus transversale, représente de même l'orientation biologique de la science psychanalytique, fondée sur l'hermaphrodisme de l'anatomie embryologique⁷⁹, renvoyant aux motions pulsionnelles féminine et masculine que l'on retrouve dans la constitution conflictuelle des deux sexes. Si nous engageons ici l'importance que prennent la réalité anatomique et la perception dans le référent psychanalytique, c'est pour légitimer la considération que nous ferons plus tard d'une castration réelle qui résonne fantasmatiquement. S. Freud arrive ainsi à décrypter des mécanismes et phénomènes appartenant à une psychologie dite « intuitive » (pensée, affects, sentiments), en les ancrant dans le concret de la perception et du biologique. À cette époque, il voyait donc déjà l'Homme comme une unité psychosomatique, liant les deux versants, psyché et soma, à travers le concept universel de la sexualité.

⁷⁸ LANGER, M. **Procréation et sexualité**. Paris : Ed. Des Femmes, 2008, p. 65.

⁷⁹ FREUD, S. (1905) **Trois essais sur la théorie sexuelle**. Paris : Ed. Gallimard, 1987.

Il existe donc une différenciation entre le génital et le sexuel. La théorie même de la psychanalyse donne au sexuel une part bien plus importante dans la constitution de l'Homme, plus que la simple mise en acte de la sexualité génitale de l'adulte qui se centre sur les organes génitaux et se décharge à travers eux. La sexualité est l'héritière des relations avec les parents, de la curiosité de l'enfant et notamment celle vis-à-vis des parents et de leur relation, donc également de son intérêt pour la scène primitive, des réponses des parents questionnés sur leur propre sexualité et bien sûr des théories sexuelles qui découlent de tout cela. Cette complexification de la sexualité permet de comprendre le lien existant entre organes génitaux et autres zones érogènes. Dans la perspective freudienne, la sexualité telle que nous la connaissons et la pratiquons en tant qu'adultes génitalisés, autrement dit dans sa « forme achevée »⁸⁰, correspond à l'aboutissement du développement psychosexuel dans la synthèse pulsionnelle subordonnée aux organes génitaux. S. Freud⁸¹ perçoit la vie sexuelle comme la finalité instinctive de l'unification des pulsions sexuelles. Si notre propos n'est pas celui de définir l'amour, il est pourtant lié dans la définition freudienne à la sexualité génitale, alliant l'aboutissement du « courant sensuel » dont nous venons de parler avec le « courant tendre »⁸². « Sensualité » et « tendresse » constituent donc l'amour génital et leur clivage nous met sur la voie d'une problématique dans l'accomplissement de la sexualité adulte (« la maman et la putain », clivage du désir et de l'amour décrit chez l'homme par S. Freud⁸³). Mais revenons sur la psychosexualité, c'est-à-dire à l'évolution du courant sensuel qui, d'une zone érogène à l'autre, mène à l'investissement érotique des organes génitaux par l'intégration de la pulsion sexuelle et donc, à la possible mise en acte d'une sexualité par la décharge. Il s'agit bien du sexuel dont parle la psychanalyse qui élargit son champ d'étude à toutes les manifestations de la sexualité. La psychanalyse s'est appropriée le sens du concept de sexuel. Elle différencie sexuel et sexualité, c'est-à-dire qu'elle reconnaît l'expression du sexuel en dehors du manifeste de la sexualité. Elle différencie également la sexualité du sexe lui-même en reconnaissant des zones érogènes pré-génitales. Le sexuel décrit par la psychanalyse se lit dans des manifestations et processus inconscients qui ne le font pas apparaître concrètement. Nous faisons donc référence à la vie psychique inconsciente pour donner une définition de ces notions. Nous empruntons la définition de R. Roussillon⁸⁴ qui dit en résumé que la sexualité est manifeste, « observable » et tient du comportement humain alors que le sexuel est intrapsychique, « il est sexualité intérieure,

⁸⁰ Génital (amour) In : LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. **Vocabulaire de la psychanalyse**. Paris : Ed. PUF, 2007.

⁸¹ FREUD, S. (1905) **Trois essais sur la théorie sexuelle**. Paris : Ed. Gallimard, 1987.

⁸² Relation d'objet basée sur le modèle de la relation primaire à la mère dans laquelle le plaisir sexuel s'étaye de la satisfaction des pulsions d'auto-conservation.

⁸³ FREUD, S. (1912). **Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse**. In : La vie sexuelle. Paris : Ed. PUF, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1973.

⁸⁴ ROUSSILLON, R. **Sexualité, sexuel, sexualisation**. *Revue Française de Psychanalyse*, 2011, vol. 75, n°3, p.825-828.

intériorisée. La mesure du sexuel n'est pas donnée par un comportement, elle surgit du sens caché, inconscient, des manifestations expressives du sujet. Le sexuel se découvre, se reconstruit, s'infère au-delà du manifeste, il est fantasme inconscient » (R. Roussillon, 2011, p.826). Il en reste que sexuel et sexualité sont liés par le caractère même de l'Homme, c'est-à-dire la différence des sexes comme nous le rappelle la définition de M. Fain et D. Braunschweig, pour qui la sexualité adulte correspond à une déssexualisation qui permet normalement la sédation de la culpabilité œdipienne pendant l'acte sexuel⁸⁵. Il s'agit d'une identification sollicitée par l'acte, pour les deux partenaires, à chacun des partenaires de la scène primitive incluant donc la possibilité d'une bisexualité psychique.

Ainsi, traiter de la sexualité des femmes nous commande de jongler avec ces deux notions (au moins), toutes deux définies par la psychanalyse : sexuel et sexualité. De plus, jongler avec ces deux notions, c'est naviguer sans cesse entre l'intra et l'extra du sujet, funambuler sur la limite entre réalité psychique et manifeste. Pour décrire la sexualité d'un sujet, il faut prendre en compte l'aspect gigogne de celle-ci, des motions pulsionnelles à la prégénitalité jusqu'au manifeste génital ; ou dans un sens régrédient : la sexualité adulte masquant ou infiltrée par la sexualité infantile elle-même renfermant une *histoire pulsionnelle* (transposition, équation, subversion...). Notons que le sexuel peut également contenir du « non sexuel » à travers sa fonction de liaison, essentielle à l'économie d'auto-conservation. Pour schématiser, le sexuel est à la fois une « forme d'intériorisation de la sexualité infantile » et un « processus de sexualisation ou de déssexualisation des contenus et expériences psychiques » (R. Roussillon, 2011, p. 827). Si la sexualité se voit, se sent, s'entend, s'éprouve par le sujet, le sexuel, lui, reste caché en son sein même, « Le sexuel - à savoir ce qui défaille et fait échec à toute symbolisation - est le réel auquel le sujet a affaire. La révélation - antonyme de « secret » -, la révélation du sexuel au cœur de l'être est le scandale analytique, scandale qui perdure jusqu'à aujourd'hui » (A. Vanier, 2009, p.130)⁸⁶. Est-ce un hasard si Alain Vanier emploie pour décrire le sexuel caché, secret du sujet même, les célèbres mots qui servirent à décrire le féminin ?

S. Freud observe de nombreuses possibilités sur le chemin qui sépare la perversion de la sexualité « dite normale » et pour cela il observe le coït en lui-même et ce qu'il renseigne de la vie psychique, par exemple (exemple que nous ne choisissons pas au hasard) : « apparition de perversions temporaires quand la satisfaction habituelle devient impossible »⁸⁷. Cette voie d'observation de la

⁸⁵ FAIN, M., BRAUNSCHWEIG, D. **La nuit et le jour**. Paris : Ed. PUF, 1975.

⁸⁶ VANIER, A. **Transparence et secret**. In : AULAGNIER, P. La pensée interdite. Paris : Ed PUF, coll. petite bibliothèque de psychanalyse, 2009

⁸⁷ Sexualité In : LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. **Vocabulaire de la psychanalyse**. Paris : Ed. PUF, 2007.

sexualité pour décrire le sexuel est celle à nouveau empruntée par J. Schaeffer et encouragée par R. Roussillon. Dans une post-face au livre de J. Schaeffer sur le refus du féminin écrite en 2007, R. Roussillon explique comment l'objet se doit de prendre toute son ampleur dans l'analyse de la vie pulsionnelle, surtout lorsqu'elle s'oriente vers la vie sexuelle et plus singulièrement encore vers la sexualité elle-même. En effet, l'objet, au sens psychanalytique, porte un double versant, il est à la fois interne, déterminant de la pulsion, et externe, visé par celle-ci. La vie pulsionnelle « oscille entre représentation d'objet interne et objet externe » (R. Roussillon, postface de J. Schaeffer, 2008, p. 282)⁸⁸. Considérer l'objet dans l'ensemble de ces covalences c'est ne pas oublier son action propre, « en retour » des investissements qui lui sont conférés, son action donc, ses incidences sur le sujet. En cela, l'objet dont nous parlons devient pensant, désirant, un « autre-sujet » tel que le nomme R. Roussillon. Nous ne nous attarderons pas plus que cela sur les définitions complexes de l'objet psychanalytique, il nous intéresse simplement ici de suivre R. Roussillon dans ses remarques et son penchant à approfondir dans les analyses la dimension de réalité de l'objet en tant que retentissant, impactant par ses réponses, la vie pulsionnelle d'un sujet. L'étude de la sexualité permet de prendre en compte plus qu'ailleurs la réalité de l'objet au-delà de la « relation d'objet » qui n'investit que la manière dont le sujet aborde les objets (orale, anale,...), sans considérer réellement la relation au sens d'échange : « La sexualité n'est pas en effet seulement « psycho-sexualité » auto-érotique, elle n'est pas enfermée dans les positions narcissiques du sujet, elle implique l'objet en tant qu'il est autre sujet, qu'il est aussi sujet de désirs, qu'il répond aux mouvements pulsionnels en fonction de son histoire propre, de ses désirs singuliers. [...] La sexualité est « intersubjective », elle est « entre-jeu », elle concerne la rencontre d'un sujet de désir avec un objet qui est aussi sujet de désir, et cela de manière essentielle, centrale » (R. Roussillon, 2008, p. 283).

R. Roussillon remarque la pénurie de travaux en langue française explorant la sexualité ainsi que l'absence d'émergence de ce sujet dans les analyses. « La « pratique » sexuelle et les « jeux » sexuels de la sexualité adulte - hors perversion - sont plus rarement au rendez-vous des associations en cours de séance » (R. Roussillon, 2008). Pourtant, il tient comme fondamental l'exploration de la sexualité à proprement parler, c'est-à-dire la relation sexuelle, dans une démarche analytique afin de cerner la vie pulsionnelle dans son ensemble et pas seulement la psychosexualité mais également l'expression sexuelle de la pulsionnalité : « je tiens l'interprétation de la sexualité et de ses jeux, ses fantasmes mais aussi ses pratiques effectives, voire ses « positions », comme la troisième voie royale de l'exploration de la vie psychique profonde » (R. Roussillon, 2008, p.285). Si, comme le dit R. Roussillon, de nombreuses cures se terminent sans que la sexualité, en dehors des fantasmes

⁸⁸ SCHAEFFER, J. (1997) **Le refus du féminin**. Paris : Ed. PUF, coll. Quadrige, 2008.

sexuels inconscients, n'ait été abordée, nous réfléchissons alors à notre démarche qui consiste justement à aborder les femmes par leur relation sexuelle (et nous y reviendrons dans nos résultats), par ce qui ne se dit pas, ce qui reste tabou dans la relation transférentielle pour diverses raisons et qui pourtant interroge « les aspects les plus nodaux de la vie sexuelle » (R. Roussillon, 2008, p.286), qui nous place directement en contact avec « les intensités pulsionnelles déterminantes pour la régulation psychique » (R. Roussillon, 2008, p.285).

Interroger la sexualité, c'est également se placer dans un contexte socioculturel qui en influence à la fois la pratique et l'étude (les deux étant finalement liées) ; et pour explorer nos bases théoriques, il nous faut également dire un mot de leur intégration dans l'histoire des mœurs de nos sociétés. Le terme de sexualité inclut une série de manifestations instinctuelles au-delà du génital et de la procréation. Ces manifestations sont influencées par le dogme socioculturel dans lequel évolue la pensée des chercheurs. La question se pose donc entre ce qui est immuable du biologique et ce qui s'influence par les variables socioculturelles dans le psychologique. Une de ces variables influence l'origine des théories psychanalytiques elle-même en concernant la différenciation des rôles masculin et féminin, imposée par les sociétés et les époques. Ceci est mis en évidence notamment par les anthropologues, dont l'exemple probablement le plus connu est celui de Margaret Mead⁸⁹, dont les travaux sur les adolescentes et les femmes de Samoa (1928), bien que controversés par la suite, conservent néanmoins la valeur d'orienter les recherches dans le sens d'une différence sociétale dans les approches psychologiques structuralistes homme / femme.

Pour en venir à notre sujet, à l'époque freudienne de l'invention de la psychanalyse, l'influence sociétale concerne la description faite par S. Freud du développement psychosexuel infantile de la femme, approche phallogénique qui considère que la fille se comporte tout à fait comme un garçon jusqu'à l'âge de 3, 4 ans, âge auquel elle découvre la différence des sexes. Nombre des pairs de S. Freud partagent son point de vue à cette époque patriarcale, considérant la femme comme un homme incomplet et respectant l'infériorité féminine promulguée à cette époque, jusqu'à l'émergence d'un courant déterministe⁹⁰, d'abord aux allures polémiques avec Karen Horney mais prenant peu à peu la voie d'une nouvelle perception théorique avec Mélanie Klein et son école, opposant ainsi S. Freud et son école viennoise à l'école anglaise.

⁸⁹ MEAD M. **mœurs et sexualité en Océanie, 1928.**

⁹⁰ Chaque sexe connaît un développement psychologique propre influencé par sa biologie.

La sexualité féminine reste encore aujourd'hui un sujet de polémique. Il existe deux positions psychologiques essentielles à ce sujet qui s'affrontent sur l'origine de la féminité. Soit la féminité est considérée comme une organisation propre relevant de deux destins psychosexuels différenciés précocement, soit comme une organisation dérivée d'une première orientation masculine du développement psychosexuel⁹¹. Cette différence de conception s'implique particulièrement dans la question de l'érogénité utéro-vaginal, question importante dans le cas des traitements du cancer gynécologique pelvien (hystérectomie, curiethérapie). La sexualité féminine est un sujet vaste qui fait appel à une théorie riche ; l'originalité de la partie théorique qui va suivre est de cibler ce qui intéresse la clinique du cancer pelvien et ses effets sur la sexualité féminine. Il s'agira alors du complexe de castration chez la fille, du concept de passivité et de ses déclinaisons, de la construction de la pudeur, de la naissance et du développement de l'érotisme féminin, notamment à travers l'investissement érotique des organes sexuels internes, de l'orgasme féminin, de la création et de la distinction du féminin et de la féminité, de la place du narcissisme et du masochisme dans le fonctionnement féminin.

⁹¹ ANDRE J. **Aux origines féminines de la sexualité**. Paris : Ed. PUF, 1995.

3.2. LE COMPLEXE DE CASTRATION FÉMININ DANS LA THÉORIE FREUDIENNE

3.2.1. Approche comparative garçon / fille

Il ne s'agira pas ici de reprendre tout le développement psychosexuel de la fille, mais de cibler le moment crucial du complexe de castration qui différencie, dans la théorie freudienne, le modèle infantile du choix d'objet hétérosexuel de la fille et du garçon.

Le complexe de castration s'élabore chronologiquement à travers l'œuvre freudienne, d'abord en 1908 entre « les théories sexuelles infantiles »⁹² et le « petit Hans »⁹³, puis en 1914 et 1918 dans « l'Homme aux loups »⁹⁴ et fondamentalement dans « Inhibition, symptôme et angoisse »⁹⁵ pour prendre sa valeur constante d'organisateur de la psyché.

La théorie freudienne est un modèle androcentré gouverné par le primat du phallus et c'est la sexualité féminine qui s'installe fermement dans le dogme, malgré des lacunes et de timides ouvertures. D'ailleurs, le titre donné au développement psychosexuel de la fille : « la sexualité féminine », confirme cette démarcation en ne trouvant pas son homonyme dans l'étude d'une « sexualité masculine » traitée, elle, comme le développement « général » dans l'idée d'une « communauté entre genre et espèce » (J. André, 1994). Ainsi, puisque la féminité s'élabore à partir d'un tronc commun masculin, nous nous attacherons à remarquer les différences entre les deux destins en développant en parallèle la phase phallique chez le garçon et la fille. Pour ce faire, nous nous aiderons des temps « pédagogiques » du complexe de castration dégagés par J-D. Nasio⁹⁶, des travaux importants de Jacques André, et bien sûr de la chronologie des découvertes de S. Freud lui-même que nous citerons au fur et à mesure.

Commençons par énumérer les deux points communs importants du développement libidinal pré-œdipien chez le garçon et la fille, justifiant la logique freudienne de l'étude de la féminité comme un domaine distinct du processus basique qu'est la psychosexualité du garçon. Suite à ses premiers exposés sur la question, dans lesquels il décrit l'importance de l'attachement de la fille à son père et

⁹² FREUD, S. (1905) **Trois essais sur la théorie sexuelle**. Paris : Ed. Gallimard, 1987.

⁹³ FREUD, S. (1909). **Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans)**. In : Cinq psychanalyses. Paris : Ed. PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

⁹⁴ FREUD, S. (1918). **Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups)**. In : Cinq psychanalyses. Paris : Ed. PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

⁹⁵ FREUD, S. (1926) **Inhibition, symptôme et angoisse**. Paris : Ed. PUF, 2002.

⁹⁶ NASIO J-D. **Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse**. Paris : Ed. Payot & Rivages, 2001.

les fantasmes qui y sont associés, sur lesquels nous reviendrons, S. Freud découvre la relation à un premier objet d'amour identique chez les deux sexes : la mère, qu'il expose en 1931 dans « sur la sexualité féminine »⁹⁷. Ainsi, concernant la fille, cette découverte est comparable pour S. Freud à la découverte archéologique de la civilisation minéo-mycénienne, sous-jacente à celle des grecs, et importante pour en comprendre les fondements. Cette première relation mère-fille est donc dissimulée à travers la relation intense qui s'écrit avec le père dans l'histoire œdipienne dont elle conditionne également la teneur. Nous reviendrons sur la discontinuité qui caractérise le passage de cette préhistoire à l'histoire pour la fille, autrement dit le changement d'objet d'amour et qui représente le moment de divergence des destins psychosexuels masculin et féminin. Ainsi, ce premier objet d'amour commun sous-tend chez la fille un passage obligé de changement d'objet d'amour pour entrer dans la dimension hétérosexuelle du complexe d'Œdipe et, par là même suppose une séparation du développement psychosexuel masculin qui lui s'inscrit dans la continuité. Si cette relation à la mère primaire est soumise aux mêmes motions pulsionnelles orale, anale et phallique, S. Freud insiste sur l'ambivalence qui l'accompagne et l'hostilité dont la mère est l'objet⁹⁸. Le sein pourrait être ce premier objet excitant et pénétrant d'envie pour les deux sexes, repérable et enviable sur le corps de l'autre premier objet d'amour, désigné ainsi clairement comme ancêtre du pénis dans *Dora*⁹⁹. La phase orale est donc marquée par les angoisses d'être tué, dévoré ou empoisonné par la mère, craintes en lien avec le sein, le sevrage et la loi du talion. La phase anale est, quant à elle, marquée par les manipulations de la zone érogène associée, sans distinction entre la fille et le garçon. En 1917, dans « sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal »¹⁰⁰, S. Freud met en évidence l'échangeabilité dans l'inconscient de 3 corps solides : les excréments, le pénis et l'enfant, tout en soulignant la proximité d'excitabilité (et donc d'anatomie) chez la femme, du vagin et du rectum, s'appuyant sur les travaux de Lou Andréas Salomé¹⁰¹. L'analogie commune infantile (et non seulement féminine) se fait entre excréments et pénis suite à la constatation de la castration de la femme, objet détachable, objet du renoncement, « ... c'est ainsi que le vieux défi anal entre dans la constitution du complexe de castration »¹⁰² (S.

⁹⁷ FREUD, S. (1931). **Sur la sexualité féminine**. In : La vie sexuelle. Paris : Ed. PUF, 1969.

⁹⁸ ANDRE, J. (1994). **La sexualité féminine**. Que-sais-je?. Paris : PUF. p.27. La raison de cette ambivalence n'est pas clairement expliquée dans les travaux de Freud (sevrage du sein pas vraiment accepté) mais elle semble en lien avec l'inconscient maternel en jeu dans cette première relation : « la question de l'ambivalence est inséparable des représentations inconscientes maternelles »

⁹⁹ FREUD, S. **Dora**. In : Cinq psychanalyses. Paris : Ed. PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

¹⁰⁰ FREUD S. (1917) **Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal**. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

¹⁰¹ ANDREAS SALOME, L. **L'amour du narcissisme**. Paris : Ed. Gallimard, 1980.

¹⁰² FREUD S. (1917) **Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal**. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

Freud, 1917). Dans le chapitre VII de l'Homme aux Loups « Érotisme anal et castration »¹⁰³, S. Freud rappelle que la phase anale contient le prototype de la castration en tant que renoncement à une partie pour le tout de l'amour de l'autre et ce sur la concrétude du corps propre. Cette définition situe de manière claire la filiation de l'anal au génital et explicite tout aussi clairement l'équation symbolique inconsciente entre fèces, enfant et pénis.

La mère est donc le personnage principal des relations jusqu'à ce que le garçon s'en sépare avec angoisse et la fille avec haine, haine sur laquelle nous reviendrons pour expliquer les revendications qui la sous-tendent.

L'entrée dans la phase phallique laisse apparaître le second point commun qui efface dans un premier temps toutes les différences de sexes (anatomiques et psychiques) pour mieux en différencier les destins par la suite, mais pour l'instant : « [...] la petite fille est un petit homme »¹⁰⁴ (S. Freud, 1933) et son activité sexuelle en rapport avec la mère est identique à celle du garçon.

A présent, afin de mettre en exergue les différences des destins masculin et féminin de la psychosexualité, exposons le déroulement de la phase phallique et, avec elle, l'expérience psychique complexe de castration.

Cette phase débute donc par un rapprochement entre le garçon et la fille qui, tous deux, accordent une grande valeur narcissique à leur organe sexuel anatomiquement prédominant, le pénis et le clitoris. À ce stade, les enfants, quel que soit leur sexe, croient à l'universalité du pénis. C'est également le début de la masturbation et des fantasmes conscients associés aux sensations de plaisir. Le pénis universel est la première des théories sexuelles infantiles¹⁰⁵ qui s'inscrit comme le premier temps du complexe de castration lorsque l'enfant mesure le monde qui l'entoure à travers le prisme de son propre modèle narcissique et anatomique projeté par analogie sur l'autre (le corps de l'autre). Ainsi la conviction, aidée des scénarios fantasmatiques (comme celui des « dents de la petite sœur » proposé par Hans¹⁰⁶), précède la comparaison qui fera apparaître la différence.

Pour le garçon, l'activité masturbatoire pénienne est accompagnée de fantasmes dirigés vers la mère. Les désirs du garçon tournés vers la mère introduisent la *situation œdipienne* caractérisée par la jalousie envers le père et le désir de le castrer ou de l'éliminer pour empêcher sa vie sexuelle avec sa mère. Les menaces verbales de castration interdisant les pratiques auto-érotiques ouvrent la voie de l'angoisse. La menace vise le pénis mais ses effets portent sur les fantasmes incestueux, ils

¹⁰³ FREUD, S. (1918). **Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups)**. In : Cinq psychanalyses. Paris : Ed. PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973, p. 378.

¹⁰⁴ FREUD, S. (1933). **La féminité**. In : *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Galimard p.158.

¹⁰⁵ FREUD, S. (1905) **Trois essais sur la théorie sexuelle**. Paris : Ed. Gallimard, 1987.

¹⁰⁶ FREUD S. (1909) Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans). In : Cinq psychanalyses. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

posent les jalons des limites par l'interdit et, par là, l'ébauche du surmoi.

Dans « La disparition du complexe d'Œdipe » (1923), S. Freud expose la situation féminine comme suit : la fille ignore le vagin et l'organe sexuel est forcément pénien, quel qu'en soit la forme. Le clitoris se comporte donc comme un pénis et les fantasmes associés sont dirigés vers la mère. Il s'agit de mettre un enfant au monde pour la mère ou de lui en faire un (notamment lorsqu'il y a la présence d'un puîné) ou encore d'être séduite par la mère en lien avec les premiers soins corporels.

Chez le garçon, la perception de l'autre sexe s'inscrit dans la loi du « tout ou rien », comme une absence d'organe dans un premier temps. Les menaces prennent corps dans la perception du manque et caractérisent l'angoisse en lui donnant un objet dans la réalité, celui du danger de la castration. Néanmoins, dans un premier temps, il refuse l'évidence et se forge des fictions pour préserver son préjugé d'universalité ; il pense par exemple que le pénis de la fille va grandir et concède un caractère spécifique au pénis d'autorité, de pouvoir, sous l'effet de l'attachement narcissique porté à l'attribut permettant de continuer à en doter fantasmatiquement la mère.

Lorsque la fille a l'occasion d'apercevoir (car il s'agit bien d'une expérience visuelle) l'autre sexe, cela déclenche immédiatement (et non progressivement) chez elle une violente envie de posséder elle-même cet organe sexuel proéminent. Elle désire ce qu'elle n'a pas, respectant la loi du « tout ou rien ».

Les conséquences de la découverte du manque de pénis par la fille sont développées davantage par S. Freud en 1925¹⁰⁷. Il s'agit, entre autres, de la propension féminine à souffrir du sentiment d'infériorité et de compter avec la jalousie dans son caractère. Afin de répondre à l'envie du pénis, la féminité peut emprunter trois chemins :

- Soit cette découverte provoque également un sentiment d'infériorité ouvrant la voie à son « complexe de masculinité », c'est-à-dire qu'elle espère que son clitoris va grandir pour devenir un pénis ; car elle imagine que les femmes importantes, comme sa mère, en ont un, et pense avoir perdu le sien à cause de ses jeux sexuels. La fille, et plus tard la femme, s'obstine à croire pouvoir être dotée du pénis de l'homme et, de ce fait, dénie sa castration. Ce complexe peut trouver son issue dans un choix d'objet homosexuel manifeste. Notons que ce complexe s'achèverait par la fixation au clitoris comme zone érogène dominante.
- Soit la fille est effrayée devant son désavantage anatomique et se détourne de la sexualité, refusant

¹⁰⁷ FREUD, S. (1925). **Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes**. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969.

d'entrer en rivalité avec le garçon.

- Soit la fillette reconnaît de manière immédiate et définitive sa castration. Cette dernière attitude féminine est considérée par S. Freud comme la plus « normale », entraînant deux changements importants :

1 - Le changement d'objet d'amour de la mère au père, nous y reviendrons, qui suppose que la fille découvre sa mère elle-aussi châtrée. Cette observation contribue également à la résurgence de la haine pour sa mère, qu'elle rend responsable de son infériorité génitale de par sa mise au monde. C'est ainsi que S. Freud explique également ce qu'il observe dans sa pratique du refoulement de la masturbation par la femme, postérieur à la découverte de la différence sexuelle, celle-ci lui rappelant trop son infériorité : de la même manière que la fille se détourne de la mère, la femme se détourne de la masturbation. La fillette tourne ses sentiments tendres vers le père avec un premier espoir : qu'il satisfasse son envie d'avoir un pénis, amorçant ainsi le complexe d'Œdipe. Notons que les désirs tournés du côté du père renforcent le conflit avec la mère qui devient sa rivale.

2 - Pour la fille, la reconnaissance de sa castration ainsi que de la castration maternelle et le déplacement de la libido d'objet implique un déplacement de la libido dans le corps. Ce déplacement se fait très progressivement et c'est à l'adolescence que l'investissement érotique se transposera du clitoris au vagin, l'envie du pénis signifiant alors envie de jouir d'un pénis lors du coït, « le vagin prend maintenant valeur de logis du pénis ; il recueille l'héritage du corps maternel »¹⁰⁸ (S. Freud, 1925).

Pour le garçon, la découverte de la castration maternelle fait émerger véritablement l'angoisse de castration. Ainsi, la différence anatomique ne prend sens que lorsqu'elle est accompagnée de l'interdit de désir incestueux, intériorisé dans l'après-coup, en lien avec le danger de castration. La comparaison des sexes qui introduit la différence s'inscrit, elle aussi, dans la théorisation sexuelle infantile qui a en charge de faire coexister deux réalités en même temps grâce aux mécanismes de refoulement et aux contre-investissements de scénarios fantasmatiques ; et si le meilleur scénario pour expliquer l'absence chez la mère est la castration (dans un mécanisme de projection de son propre doute sur le corps de l'autre), la solution a le double avantage de préserver la conviction tout en faisant émerger le risque. C'est sous l'irruption de l'angoisse de castration que le garçon va préférer son pénis à sa mère, abandonnant de ce fait les désirs incestueux d'un amour œdipien, cédant à la loi de l'interdit en créant à présent ses propres limites. Ainsi s'achèvent d'un même souffle le complexe d'Œdipe et le complexe de castration, l'un disparaissant (« vole en éclat ») sous

¹⁰⁸ FREUD, S. (1925) **Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes**. In : La vie sexuelle. Paris : Ed. PUF, 1969.

l'action de l'autre.

La fille, quant à elle, reste donc liée au père, espérant recevoir de lui le pénis. Peu à peu, ce désir trouve son ersatz dans le désir d'enfant, à travers la célèbre équation symbolique freudienne pénis = enfant¹⁰⁹. « Le déplacement des investissements érogènes du clitoris vers le vagin se traduira par le passage de l'envie d'accueillir dans son corps l'organe pénien à l'envie d'être mère »¹¹⁰ (J-D. Nasio, 2001, p. 31), les objets internes transmuables et transformables prenant alors une place importante dans la vie psychique féminine. La fille déjà castrée manque alors d'une raison pour se détourner du père et permettre la formation de son surmoi. Ce n'est qu'avec le temps qu'elle se rendra compte que le père ne satisfera pas ses désirs et qu'elle se tournera alors vers un nouvel objet d'amour. « La féminité est en définitive un constant devenir tissé par une multiplicité d'échanges, tous destinés à trouver au pénis son meilleur équivalent »¹¹¹ (J-D. Nasio, 2001). À chaque étape du développement psychosexuel se profile un danger et sa réponse, une réponse qui se spécifie de plus en plus, se délimite, se surmoïse jusqu'à l'angoisse spécifique de castration, modèle de toute autre et organisatrice du fonctionnement psychique. Avec cette superposition de danger et d'angoisse, M. et J. Cournut¹¹² (1993) voient se profiler la problématique féminine telle qu'elle est avancée par S. Freud, c'est-à-dire centrée sur la perte d'amour, car sans angoisse de castration, donc faiblement surmoïque. Mais, notons aussi avec eux que le registre surmoïque est plus un « lien d'articulation entre processus ontogénétique individuel et processus phylogénétique collectif ».

3.2.2. Points de butée de la théorie freudienne

Revenons à présent sur les principaux problèmes soulevés par cet exposé de la psychosexualité. C'est dans ses dernières élaborations, « sur la sexualité féminine » en 1931 et « la féminité » en 1933, qu'apparaissent clairement les problèmes posés par le développement du féminin qui correspondent également aux principales différences avec le développement psychosexuel masculin et qui impliquent d'expliquer les changements majeurs dans son organisation libidinale. Il s'agit du changement d'objet d'amour de la fille, passant de sa mère à son père, accompagné par l'importance de la phase précœdipienne, et du déplacement de l'investissement des ressentis et de l'excitabilité du clitoris vers le vagin, accompagné de la transformation des buts sexuels actifs en passifs.

¹⁰⁹ FREUD, S. (1917). **Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal**. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

¹¹⁰ NASIO J-D. **Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse**. Paris : Ed. Payot & Rivages, 2001, p. 31.

¹¹¹ *Ibid*, p. 31.

¹¹² COURNUT-JANIN, M., COURNUT, J. **La castration et le féminin dans les deux sexes**. *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57). 434 pages.

Commençons par l'importance, déjà évoquée, que prend cette première phase précœdipienne d'attirance pour la mère qui ouvre, pour la fille, la voie du plaisir en prodiguant les premiers soins. De la relation qui s'instaure à cette époque va découler une identification plus ou moins possible à la mère primaire phallique, importante par la suite pour le choix d'objet de la fille. La fixation libidinale au père serait alors la répétition d'une fixation plus ancienne à la mère, première relation fondamentale qui se répéterait plus tard dans le choix d'objet hétérosexuel de la fille rejouant sa relation précœdipienne dans son couple. Donc, plus encore que de partager le même comportement sexuel à l'époque phallique de la masturbation, le garçon et la fille partagent le même objet d'amour et de désir : la mère. Le problème posé, et qui fera destin spécifique du développement féminin, est celui de la fille s'éloignant de ce premier objet d'amour pour se tourner vers ce qui sera son modèle infantile de choix d'objet hétérosexuel : le père.

La toute première relation avec la mère phallique est déjà empreinte de haine et d'hostilité, que S. Freud met en lien avec la frustration de la libido infantile insatiable concernant, à cette époque, le sein et le lait qu'il prodigue, le manque à ce moment là étant forcément un manque d'amour. La seconde source de grief à l'encontre de la mère intervient lors de la naissance d'un autre enfant dans la famille, contraignant à partager ce qui semble impartageable : l'amour maternel. Enfin, après avoir éveillé sexuellement les sensations clitoridiennes par ses soins, elle en interdit la manipulation auto-érotique.

Au demeurant, ces trois raisons concernent également le garçon qui peut en souffrir tout autant que la fille. S. Freud donne alors l'explication suivante qui détermine la spécificité du destin féminin : La fille découvre la mère châtrée et va lui reprocher son propre défaut de pénis autant que le sien et, sous l'accumulation de sentiments hostiles, se détourne d'elle dans le mépris pour espérer du père qu'il lui donne un pénis et plus tard un enfant. L'actualisation des ressentiments primitifs envers cette mère primaire frustrante d'amour sous la forme, cette fois, de la rancune marque la fin du complexe de castration.

Le second problème soulevé par la théorie freudienne du développement féminin est celui de la fille devenant femme, autrement dit, comment elle en arrive à investir sa sexualité sur son vagin. Après la période de latence, l'excitation sexuelle réapparaît avec la puberté et les premières règles. Le clitoris conserve son rôle d'organe directif de l'excitation sexuelle puis le vagin peut être investi comme organe excitable sexuellement, comme zone érogène, souvent après le premier coït. Le plaisir vaginal ravive les phases anale et orale dans ce qu'elles avaient de sensation agréable réceptive. La femme n'atteint donc sa position féminine qu'après la puberté.

Le travail conséquent et remarquable de Monique et Jean Cournut (1993), dans le rapport sur la question du féminin et de la castration dans les deux sexes¹¹³, analyse en détail le travail freudien pour en extraire la moindre substance au sujet de la castration. Remarquons par exemple avec eux que les réponses données respectivement par chacun des deux parents à Hans reflètent à elles seules l'ambiguïté de la différence des sexes et, ajoutons, reflètent probablement la connaissance et les perspectives pour chaque sexe de son complexe de castration. Si le père laisse exprimer les traces d'un fantasme d'universalité du pénis à travers sa réponse « ta mère n'a pas de fait pipi »¹¹⁴, qui témoigne de la volonté d'affirmer une différence, ainsi que la négation du sexe féminin (rejoignant là la théorie freudienne), quel est le fantasme qui se dissimule derrière la réponse maternelle à la question du petit Hans ? :

- « as-tu un fait pipi ? »

- « naturellement »

Les auteurs posent la question : peut-on entendre l'affirmation d'une universalité qui n'aurait pas subi la formation par le complexe de castration ? Si l'un répond en pointant la différence de l'autre, l'autre ne répond que pour lui-même. Quoi qu'il en soit, la réponse reste mystérieuse et incomplète, et contient sûrement une part « de pure vérité », propre aux théories sexuelles infantiles. Pourtant S. Freud, fidèle à sa théorie du « tout intrapsychique », ne s'intéressera pas aux problématiques parentales et ne fera aucune hypothèse sur la propre névrose infantile de la mère « et ce qui lui en serait resté » (M. et J. Cournut, 1993, p.1359). Toutes les hypothèses sont permises, nous disent Monique Cournut-Janin et Jean Cournut, mais elles semblent toutes tendre vers la négation de la différence, quelle qu'en soit la raison. Ainsi « Hans (et ses débats intrapsychiques) serait bien alors le symptôme de ses parents » (M. et J. Cournut, 1993, p.1380), « héritier conscient mais incertain d'un ignoré refoulé si difficile à représenter et à penser et dont l'horreur qu'il déclenche est rabattue sur un fantasme de castration, prisonnier de sa théorie de pénis universel, il ne peut même pas imaginer que si sa mère n'en était pas pour-vue il pourrait être - ou avoir - lui, ce pénis qui la comblerait. » (M. et J. Cournut, 1993, p.1380). Monique et Jean Cournut nous parlent de ce *reste* du complexe de castration qui ne réussit pas complètement dans sa fonction. Hans reste aux prises de ses pulsions « hostiles » et « sadiques » entretenues par son ignorance. Ainsi, le complexe de castration « nécessite l'apport d'une parole extérieure » (M. et J. Cournut, 1993, p.1380) qui, dans l'histoire, n'est pas donnée aux regrets de S. Freud. Néanmoins, les auteurs proposent une tout autre valeur à la réponse maternelle assortie de sa menace qui, finalement, est l'ouverture d'un possible complexe une fois mise en travail dans la triangulation (sans oublier le professeur). Il s'agit là de

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ FREUD, S. (1909). **Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans)**. In : Cinq psychanalyses. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

l'éducation sexuelle instinctive, traduite en ces termes : « éloigne-toi de ce qui éveille ton désir œdipien et éveille le mien, accepte de faire la part des choses pour que l'Œdipe règne dans la famille » (M. et J. Cournut, 1993, p.1381).

Pour conclure, les différentes zones d'ombre laissées par S. Freud comme un travail inachevé sont le reflet de la difficulté encore actuelle à circonscrire (comme seul peut le faire la castration) l'angoisse chez la femme et ses liens avec la castration qui nous laisse et nous laissera sans doute toujours une impression de complexité, d'inachevé ou, pour reprendre les mots de M. et J. Cournut, d'un *reste*, d'un *ignoré* au sujet de la sexualité féminine. Leur hypothèse en 1993 est donc que tout ce qui s'élabore du monde interne sous l'égide de la castration est rendu concevable à l'analyse mais laisse un *reste, caché, ignoré*, mais pressentie, derrière les questions qui précèdent ou accompagnent les théories sexuelles infantiles, une *connaissance ignorée*. Ce qui reste se cache derrière la castration féminine, que cela soit explicite, comme la question de Hans, ou indicé, comme dans la démarche analytique de S. Freud face à Sergueï (les pertes de sang, le doigt de pied coupé). Il s'agit donc toujours de castration féminine, mais abordée par la théorie freudienne dans des scénarios attribués à *une* autre par *un* autre, une mise en représentation et en affects, certes utile, voire nécessaire, mais qui laisse un non élaboré (rejeté de mise en représentation et en affects).

Cette expérience de la castration ne doit pas être appréhendée seulement dans un moment, comme une étape purement chronologique. Même si elle permet à l'enfant d'entrer du côté du symbolique ou de se tourner vers ailleurs comme nous le verrons ensuite, normalement au prix de l'angoisse, cette acceptation du monde par la différence des sexes est sans cesse renouvelée tout au long de l'existence et d'ailleurs cette expérience inconsciente est particulièrement remise en jeu lors de la cure analytique¹¹⁵. La conception de F. Dolto, qui met la castration au pluriel, propose d'ailleurs de repérer dans l'enfance les différentes épreuves *symboligènes* qui, de castration en castration, font progresser le petit d'homme dans son humanisation¹¹⁶. L'accumulation de ces castrations crée le moule contraignant de *l'image inconsciente du corps* en le définissant par la limite¹¹⁷. « D'où le concept de castration symboligène, rendant compte d'un acte symbolique positif effectué par la parole, et ce dès la naissance, première des castrations symboligènes, grâce à l'acte de nomination qui l'accompagne et permet l'inscription du petit d'homme dans l'univers symbolique des humains. »¹¹⁸ (C. Schauder, 2002).

¹¹⁵ NASIO J-D. **Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse**. Paris : Ed. Payot & Rivages, 2001, p. 18.

¹¹⁶ DOLTO Françoise. **L'Image inconsciente du corps**. Paris, Le Seuil, 1984.

¹¹⁷ Cf. Deuxième partie. II. 1. La représentation du corps

¹¹⁸ SCHAUDER, C. **Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto**. *Le Coq-Héron*, 2002/1, n° 168.

Qu'est ce que le fantasme de castration ? Finalement, après cet exposé, nous ressentons le besoin de préciser ce qu'est le fantasme de castration pour s'enquérir ensuite de la collusion du fantasme et de la réalité. Le fantasme, en tant que scénario conscient ou inconscient, est sous-tendu par un désir et vient pallier une réalité frustrante pour le sujet. Les fantasmes de castration entrent dans ce que S. Freud nomme les fantasmes originaires, au côté des thèmes de séduction et de scène originaire. Les réponses fantasmatisques aux questions essentielles à l'homme font invariablement partie du registre sadomasochiste jouissif (viol, fustigation, castration). Ils ont pour but, dans la théorie freudienne, d'être l'explication donnée aux *rocs irréductibles* offerts par la réalité : l'origine du sujet, de la sexualité et, dans le cas qui nous intéresse, l'origine de la différence des sexes. « La problématique du « voir » s'articule avec celle du « savoir » »¹¹⁹ (A. Raffy, 2003). Les fantasmes originaires de castration font partie des théories sexuelles infantiles qui apportent une solution aux énigmes majeures de tout petit d'homme. Devant la théorie d'universalité du pénis, la différence des sexes ne pourra s'expliquer que par la castration.

¹¹⁹ RAFFY A, **Le fantasme de séduction comme version féminine du fantasme de castration.** *Cliniques méditerranéennes* 2/ 2003 (n° 68), p. 207-217.

3.3. CONFRONTATIONS DES POSITIONS THÉORIQUES POST-FREUDIENNES SUR LA SEXUALITÉ FÉMININE ET NOTAMMENT LE COMPLEXE DE CASTRATION

Si le Robert¹²⁰ parle de privation de la faculté à se reproduire, S. Freud, lui, ne considère que le côté pénien de la castration, mais surtout, discute sur un registre fantasmatique. Le terme a donc deux sens. L'un est anatomo-physiologique et s'inscrit dans le registre du perceptif ; pour étayer ce versant, Litza Gutierrez-Green¹²¹ (1993) nous rappelle que les femmes en situation d'ovariectomie ou d'hystérectomie peuvent continuer à fantasmer ces organes ou en tout cas leur présence. L'autre sens de la castration est métaphorique : « la représentation d'un handicap associé à la perte de facultés, de force ou de pouvoir attribués à un dommage imaginaire » (L. Gutierrez-Green, 1993, p.1641). Elle nous rappelle, servant là notre propos, que du moment où l'on fait référence à la mutilation d'un organe, c'est le risque de castration qui est convoqué, « risque réel ou fantasmé », dit-elle, mais nous dirons *et* fantasmé pour indiquer la collusion possible du fantasme à la réalité.

Nous dégageons dans ce chapitre tout ce qui pourrait nous instruire chez les auteurs post freudiens, qu'ils s'inscrivent dans sa droite lignée ou qu'ils soient dissidents, pour discuter du cancer pelvien et de ses effets sur la sexualité féminine. Il s'agira alors d'interroger chez chacun les points névralgiques et fondamentaux, qui divisent les points de vue en deux courants théoriques se confrontant sur le noyau complexe de castration, que sont l'envie du pénis et la connaissance et investissement érotique des organes génitaux internes de la fille.

Le principal affrontement théorico-clinique se situe donc au niveau de l'envie du pénis et de l'adoption d'une position passive. Quoiqu'il en soit, la petite fille souffre et désire le phallus, que ce soit par méconnaissance de ses propres organes (S. Freud, H. Deutsch), ou par refoulement de sa sensibilité vaginale (K. Horney). Il en découle la seconde différence concernant l'adoption par la fille d'une position féminine initiale étayée par la connaissance précoce de ses organes génitaux internes et notamment de son vagin, qui divise l'école viennoise de l'école anglaise. Il m'intéresse ici de fédérer les arguments issus des théories du développement de la sexualité féminine qui proposent une explication à l'investissement comme zone érogène des organes internes féminins exécutifs de

¹²⁰ Castration n.f. : « Opération par laquelle on prive un individu, mâle ou femelle, de la faculté de se reproduire. **Stérilisation ; châtrer.** Castration radiologique par irradiation des gonades. Castration par ablation des testicules (émasculatation), des ovaires (ovariectomie) » Le petit Robert, 2000.

¹²¹ GUTTIERES-GREEN L. **Une angoisse de castration féminine ?** In : *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

la « sexualité passive » (H. Deutsch, 1947)¹²². Car, si les auteurs s'accordent en général sur le fait que la femme investit sa sexualité adulte sur le vagin, il nous faut comprendre pourquoi et comment.

Nous allons donc analyser chez la fille le changement d'objet d'amour et l'envie du pénis, les positions passive et active et le changement d'organe, l'investissement érotique des organes génitaux féminins, dont les rapports entre rectum et vagin, le passage du père aux autres amours, et enfin la mise en acte de la sexualité génitale dont l'orgasme. Nous avons tenté, au départ, de décomposer selon ces étapes le développement psychosexuel de la fille chez chaque auteur pour le traiter par phase. Au final, cette présentation n'est pas apparue pertinente tant chaque étape est liée de logique à la suivante et difficilement sécable de l'ensemble théorique dont elle découle. Envie du pénis, érotisation des organes internes, position passive et changement d'objets sont à ce point entremêlés que nous optons pour une approche qui confronte les auteurs principaux, dissidents ou orthodoxes des théories freudiennes, en faisant apparaître la logique, les justifications et le schéma global qu'ils proposent pour la fille plutôt que de disséquer leur théories qui perdraient ainsi du sens et de la substance. Néanmoins, quelques titres permettront de ponctuer l'exposé autour de ce que nous discutons chez les auteurs.

3.3.1. Un développement en parallèle ? Une équivalence des organes ?

Nous commençons par J Godfrind¹²³ (1993, 2001), puisqu'en désignant le vagin et l'utérus comme équivalent chez la femme du pénis chez l'homme, elle propose de discuter le complexe de castration au féminin en miroir exact de celui du garçon, reprenant le schéma freudien que nous venons de décrire. Ainsi, au « percer / trouser », elle oppose le « mettre au dedans », s'appuyant sur la complétude des organes génitaux masculin et féminin, l'un *voilant* l'autre. Sa théorie, bien que critiquable comme nous le verrons sur le plan du parallélisme homme / femme, a le mérite d'accorder une place à l'utérus fécond et créateur. Elle propose de considérer un ensemble vagin / utérus qui permettrait d'approcher de plus près la spécificité créatrice de la femme, alliant finalement féminin maternel et érotique et donnant à la fille un support toujours « en creux » (plutôt un récipient) pour accueillir ses fantasmes et désirs au sujet du pénis et de l'enfant, un logis pour chacun. Ainsi, comme le garçon, la femme serait soumise à la crainte de perdre sa partie : son *creux*

¹²² DEUTSCH H. 1947. **La psychologie des femmes**, Paris, PUF Quadrige, 2002.

¹²³ GODFRIND J. **Identité féminine et identité du féminin**. In : *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

GODFRIND J. **Comment la féminité vient aux femmes**. Paris, PUF, « Épîtres », 2001.

symbolique, qui serait alors un *support symbolique* (un représentant) de son sexe, avec risque de rétorsion, à la fois de l'enfant / pénis et du *creux vagin / utérus*. Une crainte qui serait elle aussi organisatrice des fantasmes et des instances à l'image de la castration. Nous ne nous situerons pas dans cette approche et préférons suivre la critique de Monique Cournut (1993), entre autres, qui nous rappelle que si le pénis est bel et bien représenté et structurant, les mots vagin et utérus ne supportent pas de représentation psychique, celle-ci manque. On ne peut donc pas attribuer de rôle symétrique dans la structure du psychisme humain à ces organes. Il nous semble que cette assertion se vérifie relativement bien dans notre clinique de la femme. Jaques André (1995) stipule qu'il y a un risque, et nous ajoutons peut-être une conduite défensive pour abroger les différences, à vouloir attribuer des développements psychosexuels parallèles au garçon et à la fille.

Ce manque de représentations psychiques est conforté par l'observation anthropologique concernant la méconnaissance par les femmes de leurs organes sexuels intérieurs malgré leur importance dans la sexualité et la maternité. Les organes sexuels intérieurs et gynécologiques restent subjectifs et métaphoriques. « Elles le représentent [l'utérus] comme un large récipient rond ou en forme de poire tête en bas posé au milieu de la partie inférieure du ventre » (H. Hoarau, 2005)¹²⁴. L'utérus est d'ailleurs considéré comme le « siège de toutes les pensées irrationnelles » des femmes¹²⁵. La plupart des femmes sont surprises de la petite taille de cet organe sur un schéma¹²⁶ et l'espace vide qu'il laisse après une hystérectomie est souvent représenté de façon disproportionnée. Par ailleurs, il faut noter la confusion des limites anatomiques entre vagin et utérus qui traduit une méconnaissance de l'agencement des organes internes féminins, persistant même après leur explication sur la base d'un schéma par le thérapeute (selon l'étude en curiethérapie gynécologique¹²⁷). Cette persistance suppose l'influence sur la réalité organique des représentations et de la fantasmagorie associées à l'utérus, difficiles à objectiver. M. et J. Cournut (1993) posent la question : « la connaissance perdue du complexe de castration fait-elle partie de l'irreprésentable ? », que nous reprenons dans ces termes : le vagin, le ventre, le dedans, l'intérieur féminin est-il représentable ? En relisant la définition de C. et S. Botella soutenue par M. et J. Cournut : « l'irreprésentable ne se définit que dans une négativité singulière de la représentation incluant celle-ci » (Botella In : Cournut, 1993, p.1511), on comprendra que l'intérieur féminin et maternel appartient à la catégorie de

¹²⁴ HOARAU, H. **De l'hôpital à la famille: vivre le soin. Étude anthropologique sur le vécu du soin de femmes atteintes d'un cancer gynécologique en curiethérapie ambulatoire, Institut Bergonié, Bordeaux.** 2005. Th. Doct. : Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle : Bordeaux 2 : 2005.

¹²⁵ DURIF-BRUCKERT C. **Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques.** In : *L'Homme*, 1995, vol. 35, n° 133, pp. 166-168.

¹²⁶ MIMOUN S. **Des maux pour le dire. Les conseils d'un gynécologue pour mieux écouter la douleur.** Paris, Flammarion, 2005.

¹²⁷ HOARAU H., 2005, *op. cit.*

l'irreprésentable en tant que représentable seulement à travers le système phallique et ses couples d'opposés. Pour ne pas savoir, l'enfant a recours aux théories sexuelles infantiles et « vagin » devient « châtré » dans le système phallique.

3.3.2. La connaissance des organes génitaux féminins dans ses liens aux positions active / passive et à l'envie de pénis

Cette méconnaissance anthropologique, liée à l'intériorité des organes sexuels féminins, s'accompagne d'une angoisse que Karen Horney¹²⁸ ajoute à la faille narcissique spécifiquement féminine décrite par S. Freud. Elle n'objecte pas que la constatation d'un manque a lieu, entraînant un sentiment de désavantage et d'envie, mais elle souligne que le problème peut être constitutif en soi et non simplement une insatisfaction qui sera surmontable plus tard si les conditions favorables sont réunies. Elle situe le problème autour de l'érotisme urétral, stipulant ainsi que ce qu'il manque aux femmes n'est pas le pénis en soi mais ce qu'il autorise, c'est-à-dire la possibilité de s'assurer pour le garçon de sa constitution ainsi que le droit de s'exhiber à travers par exemple la possibilité d'uriner debout et dans des lieux publics. Françoise Dolto¹²⁹ décrit également une phase phallique qui serait urétrale et qui concernerait les ressentis au niveau de la vulve pour la petite fille. La sexualité de la petite fille se différencie de celle du garçon au moment même de ce qu'elle va percevoir de la différence anatomique des sexes. L'observation de la différence sexuelle est là mais le sexe n'existe pas encore. Si, de tout temps et de tout courant, on parle de l'énigme du féminin et de son sexe caché, il faut envisager que la femme elle-même subit cette énigme pour son propre sort. Cette remarque permet d'envisager ce silence et cette énigme comme une menace en elle-même de castration par le déni et la disqualification. Bref, la possibilité pour le garçon d'accéder à ses organes génitaux et à ce qui est vécu comme de l'érotisme urétral serait considéré comme la permission injuste de se masturber, convoquant « des désirs onanistes refoulés » comme soubassement à l'envie du pénis (K. Horney, 2002). La fille, de par sa différence physique, est alors privée d'un plaisir accordé à l'autre sexe. L'envie du pénis serait donc essentiellement basée sur la jalousie et l'inaccessibilité des organes génitaux féminins.

Ainsi, la fille ne pourra jamais s'émanciper d'un doute quant à une possible mutilation subie (conséquence des fantasmes incestueux et d'une activité masturbatoire), des dommages ou encore d'un mauvais fonctionnement de son appareil génital qui ne peut se soumettre à la vérification de part son intériorité. En effet, les sensations vaginales que la fillette a pu ressentir sont associées à

¹²⁸ HORNEY K. **La psychologie de la femme**. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2002.

¹²⁹ DOLTO F. **Sexualité féminine: la libido génitale et son destin féminin**. Paris, Gallimard, coll. Folio, 1996.

ses désirs pour le père, mais également à une crainte de subir un dommage vaginal dans sa relation fantasmée avec lui. Françoise Dolto parlait, elle aussi, de cette crainte à travers l'intuition chez la petite fille d'une disproportion de taille entre le pénis paternel, démesurément grand, et ses propres organes génitaux, conduisant à l'angoisse de viol et à la peur d'être détruite intérieurement. La fille ressent des sensations physiques vaginales à l'apogée de sa sexualité infantile et se comporte comme une femme (attitudes féminines), mais il règne une atmosphère d'angoisse autour de cette sexualité féminine précoce (culpabilité envers la mère, angoisse de viol, de castration, de destruction interne) et les sensations ressenties seront refoulées (rappelant là l'hypothèse de M.Fain et D. Braunschweig sur le refoulement primaire).

Karen Horney s'appuie sur des observations de pédiatres et de gynécologues, et F. Dolto fait elle-même ses observations, permettant d'affirmer la présence chez l'enfant d'une masturbation vaginale au moins aussi importante que la masturbation clitoridienne (seule prise en compte par S. Freud). Afin d'étayer son point de vue sur une sexualité qui débiterait par des sensations perceptibles vaginales, K. Horney met en avant la fréquence du fantasme de viol chez la femme qui associe violence et pénétration et qui advient avant même le début d'une sexualité génitale consommée ou même d'une éducation sur le sujet, comme une connaissance instinctuelle de l'acte de pénétration du corps féminin et elle pose la question d'une connaissance en miroir d'un organe de réception tel que le vagin.

D.W. Winnicott¹³⁰ reconnaît également une connaissance innée du vagin dans les deux sexes. Le petit garçon se ferait ses représentations à partir de ses désirs oraux et anaux. « Si un garçon ne peut se battre ou pousser un train dans un tunnel, il ne peut délibérément féconder. », quant à la connaissance de la petite fille, elle est innée, « secrète », qui prendrait ses sources dans le prégénital « si une fille n'est pas capable de garder un secret, elle ne peut pas devenir enceinte. ». Puis D.W. Winnicott maintient l'importance d'une image masculine dans les représentations féminines. En plus d'une capacité d'identification à la mère (féminin maternel non châtré) et à la femme (sexuée et castratrice), l'envie du pénis détermine alors le destin féminin dans les deux sexes.

S'appuyant sur la principale question laissée en suspens par la théorie freudienne suite à « inhibition, symptôme et angoisse » (1926) au sujet de l'angoisse de castration chez la femme, Mélanie Klein s'inscrit elle aussi dans cette approche de la castration féminine qui postule une

¹³⁰ WINNICOTT D. W. **La nature humaine**, Gallimard, 1990.

connaissance innée du pénis et du vagin chez les deux sexes. L'Œdipe féminin découle directement des « éléments instinctuels féminins »¹³¹ (M. Klein, 1932, p.211), c'est-à-dire si tout débute de la frustration du sein maternel, ce qui se crée en retour, c'est l'image d'un organe « source intarissable d'immense satisfaction orale » (M. Klein, 1932, p.211). Le pénis, dans cette théorie, prend la succession du sein. Si S. Freud l'avait déjà évoquée, l'idée est exploitée par H. Deutsch (1947) qui parle d'une équation inconsciente entre le sein de la mère et le pénis du père autour de leur aspect nourricier. Ainsi, dans une suite logique, le vagin se verrait plus tard investi par déplacement du rôle passif de la bouche. Pour M. Klein, à la frustration orale ressentie à propos du sein et attribuée à la mère, s'ajoute l'identification à celle-ci en tant que mère réceptacle ayant incorporé le pénis paternel. C'est cette première relation qui active chez la fille ses « qualités réceptrices du génital féminin », qualités qui concernent le vagin objet des pulsions orales, anales et génitales. Ainsi, à la différence de la libido freudienne en stades, ici toutes les zones érogènes sont excitées en même temps et leur connaissance est quasi immédiate.

Ruth Mack Brunswick¹³² ajoute à la théorie freudienne le fait que le garçon et la fille souhaitent tous deux, dans leur tentative d'identification à la mère aimée, avoir un bébé. Il est important, pour un développement réussi, qu'une tentative d'identification à la mère active des premiers temps soit possible. En même temps, pour maîtriser cette mère et sortir de leur position passive, les enfants souhaitent aussi faire un enfant à la mère pour lui imposer à son tour une position passive. Ainsi, en choisissant son objet d'amour, le garçon renonce aux désirs passifs d'enfanter mais n'abandonne pas le fantasme (actif) de faire un enfant à la mère. La fille, quant à elle, en se tournant vers le père, accepte une position passive et renonce à ses désirs actifs pour la mère. Ruth Mack Brunswick complète les arguments freudiens en expliquant le passage de la mère au père chez la fille par un défaut d'organe. Ainsi, elle justifie également le changement d'organe par le changement d'objet d'amour : en abandonnant la mère comme objet aimé, la fille abandonne le clitoris qui était l'organe masturbatoire de ses désirs et fantasmes dirigés vers la mère. Pour Ruth Mack Brunswick, il existe une excitabilité vaginale durant l'enfance bien que le clitoris reste l'organe principal de cette période. L'anus transférerait au vagin une partie de sa sensibilité passive. Pour S. Freud, après la période de latence, l'excitation sexuelle réapparaît avec la puberté et les premières règles. Le clitoris conserve son rôle d'organe directif d'excitation sexuelle, puis le vagin peut être investi comme organe excitable sexuellement, comme zone érogène, souvent d'ailleurs après le premier coït. Le plaisir vaginal ravive les phases anale et orale dans ce qu'elles avaient de sensations agréables

¹³¹ KLEIN Mélanie, 1932, **La psychanalyse des enfants**, Paris PUF, 1959.

¹³² MACK BRUNSWICK R. **La phase préœdipienne du développement de la libido**. *Revue Française de la Psychanalyse*, vol. 31, n°2, 1944.

réceptives. La femme n'atteindrait alors sa position féminine complète ou finale qu'après sa puberté.

Hélène Deutsch (1947) fait une différence entre les organes "activo-agressifs" et "passivo-masochistes". Elle admet une certaine *passivité biologique* chez la fille mais explique surtout son acheminement vers la passivité par le "double manque" d'un organe approprié, d'abord cet organe tronqué (et anatomiquement ressemblant à un pénis), exécutif pourtant de ses premiers désirs érotico-agressifs : le clitoris ; puis le manque d'un organe qui correspondrait à ses changements de désirs "tournés vers l'intérieur", c'est-à-dire plus passifs. Elle n'a pas, à ce moment-là, conscience de son vagin et celui-ci ne perçoit presque pas d'excitation jusqu'à l'adolescence. L'envie du pénis n'est donc pas responsable de la transition clitoris / vagin, actif / passif. L'organe exécutif de sa sexualité passive va cohabiter avec le clitoris que la fillette conserve après l'impact du second manque, de plus l'oral et l'anal sont rechargés en libido car représentant des zones réceptives passives, ce que recherche la fillette à ce moment-là. C'est donc la carence définitive d'un organe sexuel actif et le défaut temporaire ou subjectif d'un organe receptivo-passif qui détermine le conflit de la fillette. Plus tard, elle investira sa sexualité adulte sur le vagin. Notons que Michel Fain et Denise Braunschweig considèrent que les deux sexes sont d'emblée dans une identification hystérique à la mère, c'est-à-dire dans une position de passivité-réceptivité envers le pénis, déplaçant alors la justification du changement d'objet sur l'autre manquant. Le détournement se justifie soit par un manque d'organe chez la fille soit par un manque d'organe chez l'autre, pour la combler dans ses attentes passives. Leur hypothèse d'un « refoulement primaire du vagin » (1975)¹³³ permettrait d'expliquer cette latence de désir qui concerne cet organe investi mais ignoré souvent jusqu'au premier coït, et par là même, d'expliquer ce que les auteurs peinent à justifier concernant le changement d'investissement érotique d'organe qui accompagne la sexualité génitalisée. Comme M. Fain et D. Braunschweig, M. et J. Cournut pensent que le refoulement du vagin ne se lèverait qu'au moment des rapports sexuels, « comme si le désir de l'homme restait en charge de proposer la levée de ce refoulement » (M. et J. Cournut, 1993, p.1501). Le refoulement du vagin permettrait à la femme de garder distinct le féminin érotique du maternel, sans confondre les plaisirs qui se mêlent sur les mêmes zones érotiques : sein, utérus, vagin.

Pour J. Schaeffer¹³⁴ la *censure de la mère* vis-à-vis de la fillette ne consiste pas seulement à endormir celle-ci, mais également, à endormir ses ressentis vaginaux, c'est-à-dire à passer sous silence son érogénéité vaginale instaurant ainsi le *refoulement primaire du vagin*, dont le voile ne

¹³³ BRAUNSCHWEIG, D., FAIN, M. **La nuit et le jour**. Paris : Ed. PUF, 1975.

¹³⁴ SCHAEFFER J., (1997) **Le refus du féminin**, Paris, PUF, Ed. Quadrige 2008.

sera levé qu'à la rencontre avec un *amant de jouissance* qui désignera (ou arrachera, mais nous y reviendrons) à la femme ses capacités érotiques vaginales. En attendant, la fillette investit son érotisme sur son corps entier développant des *capacités érotiques diffuses*. Si la mère exerce cette censure, c'est pour mettre à l'abri sa fille non seulement du père (dissimuler le « trou » pour ne pas réveiller d'angoisse de castration) pour éviter d'être une menace de castration, mais également du fantasme incestueux qui naît à l'encontre de la mère lorsqu'elle celle-ci, devenue amante, indique que le lieu privilégié du bébé est également celui de sa jouissance avec le père-amant et, par identification, le même que celui de la fille. J. Schaeffer propose de métaphoriser sa théorie dans une relecture du conte de la « belle au bois dormant » sur lequel nous ne revenons pas, mais qui nous semble tout à fait explicite. C. Parat¹³⁵ inscrit elle aussi son travail du côté d'une connaissance précoce et sensitive du vagin, refoulée tôt et s'apparentant à l'érogénéité anale. L'érogénéité clitoridienne est vouée à disparaître ou à se modifier « dans le sens d'une augmentation de la passivité aux dépens de l'activité » (C. Parat, 1964, p.138). Elle s'inspire des conceptions de Ernest Jones sur les équivalences symboliques entre la bouche et l'organe vaginal. Ainsi, ces caractères que prennent les différentes érogénéités dans le passif ou l'actif, et plus encore, dans leur relation avec l'objet, découlent du rapport entretenu entre les phases qui s'entrecroisent à la manière d'un fondu cinématographique, se qualifiant au passage de quelques-unes de leur spécificités. Ainsi, décrivant un mouvement de balancier entre le caractère passif et actif, elle souligne que « l'érogénéité active vaginale (vaginale-cloacale-anale) s'augmente de la passivité, aux dépens de l'activité, pour tendre ainsi à une « érogénéité passive anale » trouvant ainsi ses fondements dans l'âge précédent.

Discutant des organes sexuels féminins, B. Grunberger¹³⁶ s'inscrit dans le courant qui reconnaît à la femme un sexe présent et représenté dans le corps pour participer à une sexualité « vivante ». De plus, il étend le nombre d'organes sexuels aux zones érogènes nombreuses et même au corps entier, « représentation phallique inconsciente de son moi corporel ». Il soutient que la sexualité féminine va plutôt dans le sens d'un investissement pulsionnel plutôt que d'un retrait ou d'un deuil qui accompagnerait un changement d'organe. Il propose une description des organes participant à la sexualité à travers leur caractères plus ou moins narcissiques : il place le clitoris comme organe narcissique par excellence tant il se suffit à lui-même sans autre fonction que celle du plaisir ; et pas n'importe lequel, il s'agit du plaisir « solitaire » que l'on peut se donner sans participation d'un autre, contrairement au vagin qui est bel et bien un organe réceptacle en attente de quelque chose

¹³⁵ PARAT, C. **Le changement d'objet**. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

¹³⁶ GRUNBERGER B. **Jalon pour l'étude du narcissisme dans la sexualité féminine**. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

venant de l'autre. C'est l'organe du plaisir « social ». Le clitoris est alors l'organe préférentiel de la femme en ce qu'il fonctionne sur le même mode narcissique. Il va jusqu'à placer la rivalité de la différence des sexes dans la possession de l'intégrité narcissique. La théorie de B. Grunberger (1964) nous met sur la voie d'un investissement pulsionnel intégratif des organes génitaux féminins. Or, dans la théorie freudienne, l'investissement du vagin se fait au détriment du clitoris et S. Freud donne les raisons de ce détournement qui conduit à un abandon : déception, rancune, haine, dégoût... Mais quels sont les constats de cet abandon dans la sexualité de la fillette devenue femme ? Les analysantes ne font-elles plus état de plaisir clitoridien ? Pourquoi partir du principe d'un désinvestissement plutôt que d'une répartition libidinale sur l'ensemble des organes de la sexualité féminine ?

Litza Guttieres-Green¹³⁷ reprend le développement psychosexuel de la fille avec un intérêt pour les organes et leur érotisme. Ciblant, comme le fait C. Chiland (dans ses travaux sur l'identité sexuée et l'angoisse de genre), la réalité des organes féminins, elle nous donne sa conception du vagin et des éprouvés qu'il sollicite pour s'inscrire à son tour dans la polémique de sa reconnaissance plus ou moins précoce. Elle atteste des « investigations » de la petite fille (« enfilet des objets ») mais rapporte que les sensations de plaisir sont attenantes au clitoris et que l'intérieur n'est pas évoqué. Seul ce qui se voit est nommé : « vulvette » (L. Guttieres-Green, 1993). D'ailleurs, au sujet de l'abandon de ces comportements, sur un axe progrédient, elle suggère que ce soit la méconnaissance de l'intérieur qui sous-tend l'inhibition de la curiosité comme si, confrontée aux limites naturelles du corps (et donc des représentations), elle ne pouvait pousser plus loin l'exploration. C'est donc, pour elle, à la puberté que les organes sont découverts, mis à jour par les changements anatomophysiologiques comme les menstrues, les seins, les grandes lèvres. Elle suggère que l'attrait que les jeunes filles continuent de porter au corps entier et phallique, ainsi que le dégoût classique pour les règles, est l'expression de la théorie cloacale de la sexualité (association vagin-anus et refoulement de l'analité qui en découle). Donc, malgré la reprise de l'onanisme à cette époque pubertaire, il s'agit toujours du clitoris. Au final, elle rejoint le courant théorique qui propose la révélation du vagin (son érogénéisation et non sa connaissance) lors des premiers coïts « par le pénis qui le pénètre, par l'Autre » (L. Guttieres-Green, 1993, p.1643).

Nous voilà arrivés, au fil des auteurs, à l'importance, pour notre travail de déchiffrement de la sexualité féminine, des rapports entretenus entre le rectum et le vagin.

¹³⁷ GUTTIERES-GREEN L. **Une angoisse de castration féminine ?** In : *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

3.3.3. Vagin et anus, rapports au féminin

S. Freud reprend la proposition de Lou Andréas-Salomé au compte de sa théorie des transpositions symboliques¹³⁸ et entend mettre sur un même fonctionnement l'excitabilité du vagin et du rectum par les entrées et sorties de corps solides transposables. J. Schaeffer (1997) commente la proposition de Lou Andréas-Salomé concernant l'appareil génital voisin du cloaque. Elle en extrait trois confusions possibles pour la femme : confusion des zones, des motricités, des maîtrises. Elle relève que, même si l'inconscient ne distingue pas entrée et sortie, la théorie, le préconscient et l'organisation anale, eux, font acte de cette différence et ne peuvent assimiler vagin et rectum sur ce point. Le vagin est plus proche de la bouche dont la muqueuse est excitée par l'entrée et la sortie du sein, pénétration, retrait, présence, absence de l'objet de la pulsion. Il s'agit moins d'une transposition de représentations que d'une « communication directe d'érogénité » à travers la sensibilité des muqueuses cloaquales. J. Schaeffer précise encore que, si cette sensibilité rend l'érotisme diffus entre les zones vagin et rectum, il existe néanmoins des représentations distinctes de type phallique et anale attribuées respectivement à chacune, qui voilent la confusion. Les transpositions se feront sur les orifices de ces zones avec ce qu'elles entraîneront comme conséquences figuratives pour les objets physiologiques entrés et sortis: règles, sperme, excréments,... La transposition peut d'ailleurs également se jouer sur les matières. Reprenant Ernest Jones et Jacques André, J. Schaeffer affirme qu'il existe une différenciation difficile chez la femme de l'anal et du génital comme du vagin et de l'utérus ; cette confusion est confirmée, comme nous l'avons vu, par les travaux anthropologiques sur les représentations conscientes des femmes de leurs organes génitaux ; donc, confusion consciente et inconsciente, mais surtout, essentielle « au débordement pulsionnel que constitue la jouissance féminine » (J. Schaeffer, 1997, p.183)

M. et J. Cournut (1993) insistent sur le carrefour anal, très important, non seulement pour l'angoisse de castration (qui vient y mettre de l'ordre), mais également comme socle à ce qui sera vaginal (en opposition à l'intestinal). Chez la fille (car ce fantasme est présent dans les deux sexes), la pénétration anale est teintée de génital en raison des concordances sensorielle et anatomique avec son sexe, « inconsciemment vécu comme un creux, une bouche, colore de génital le trop d'excitation » (M. et J. Cournut, 1993, p.1486). La proximité de l'intérieur intestinal et de l'intérieur vaginal chez la femme entraîne un état transitoire de confusion dans son développement dans lequel tous ses objets internes sont d'abord partageables et entrent dans la relation à l'autre avant de se constituer (si tout va bien) une intimité, « un trésor » interne dans une dimension vaginale

¹³⁸ FREUD S., **Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal**. 1917. In : La vie sexuelle. PUF, Paris, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

équivalent d'une éthique féminine. Ainsi, la génitalité chez la fille est toujours teintée d'analité et peut-être s'en faut-il de peu pour que celle-ci (la génitalité) fonctionne à nouveau sur un mode d'échange anal. Cette spécificité du fonctionnement féminin est à garder en mémoire pour interroger la situation de cancer pelvien. Il serait alors possible pour la femme d'avoir des recours transitoires à un mode de fonctionnement anal accompagné d'un effacement des limites et l'intériorisation d'objets internes déterminant la qualité du féminin permettrait le dégagement vers un retour au « vaginal ».

3.3.4. Le changement d'objet dans la constitution de la féminité

Pour M. Klein¹³⁹, le tournant vers le père est gage d'ouverture à la féminité et se fait sous l'influence fondamentale de la privation du sein, détour qui s'accompagne d'une haine dont on retrouve l'équivalent chez S. Freud, bien que plus tardivement dans le développement de l'enfant (pour M. Klein = second semestre de la première année). Néanmoins, cette haine est couplée à l'envie de la mère toute entière dans la position de puissance qu'elle occupe. La fille ne se détourne pas seulement par le manque d'un don de pénis fait par la mère, mais parce que celle-ci lui bloque l'accès à son intérieur composé de pénis et de bébés, parce qu'elle lui refuse quelque chose qu'elle possède en elle. L'avènement de la féminité supporte donc l'envie du pénis paternel pour pallier à la déception maternelle ; l'originalité, ici, est importante, car elle concerne la conception psychanalytique Kleinienne au-delà du problème de la sexualité féminine. L'investissement du pénis reste essentiel dans la psychogenèse de la féminité mais est, ici, un objet partiel capable de se déplacer fantasmatiquement d'un corps à l'autre. Il ne s'agit pas de l'envie de posséder un pénis pour assouvir le désir d'être pareille, mais de convoiter un objet à mettre au-dedans sur un mode de satisfaction orale. Donc, entre sein haï, pénis incorporé et orifices insatiables, la théorie est orificielle, présentant des « logis » du pénis. Ajoutons qu'en tant qu'objet partiel, le pénis n'est pas forcément recherché à l'endroit du père, même s'il en garde l'ombre prometteuse de par l'association perceptive, mais plutôt, là où sont toutes les choses désirables pour l'enfant de cet âge, c'est-à-dire dans le corps-réceptacle de la mère. Le corps de la mère est donc à la fois le lieu des projections et la source des objets introjectés participant de ce fait au processus d'identification qui conduit à la féminité, nous y reviendrons à propos des identifications féminines. Le fantasme fondateur de la féminité dans la théorie de Mélanie Klein est celui de l'incorporation du pénis, orale comme vaginale, et le rapt de celui-ci (nous devrions dire : de ceux-ci, car l'incorporation se reproduit à chaque coït) au corps de la mère, sous la crainte des représailles, qui entraîne l'angoisse constitutive

¹³⁹ KLEIN M. **Le complexe d'Œdipe** 1921-1945. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2006.

de la féminité de destruction du corps interne. Ainsi, plutôt que d'avoir peur de subir ou d'avoir subi la castration, la fillette a peur que l'on détruise son intérieur, destruction advenue ou à advenir de ses organes féminins. De la même manière que l'énonçait S. Freud en parlant de la relation à la mère primaire puis au père, l'objet partiel pénis introjecté hérite des mêmes relations qu'au sein maternel, c'est-à-dire clivé en « bon » et « mauvais ». C'est ainsi que nous découvrons le rôle des parents réels et intériorisés ou en passe de le devenir. Cette fois-ci, la fille se tourne à nouveau vers sa mère (à présent intériorisée et réelle) pour la soutenir contre le « mauvais » pénis. Ainsi, l'attitude du père pourra favoriser le penchant de la balance soit du côté « bon » soit du côté mauvais et sadique dans le processus d'intériorisation entraînant des destins spécifiques de la vie sexuelle de la femme du normal au pathologique. En résumé, si le passage du sein au pénis ouvre à la féminité, le pénis, dans son clivage, interroge le surmoi et l'angoisse que nous développerons plus avant dans la partie sur l'angoisse. À la phase d'attachement à la mère perçue par S. Freud, se complexifie ou se complète une phase d'identification et d'angoisse de rétorsion chez les deux sexes. Dans tous les cas, pour la fille, le sein est l'objet d'envie primordiale avant le pénis et au-delà la mère enviable et terrifiante.

Pour J. Chasseguet-Smirguel,¹⁴⁰ l'envie de pénis n'est pas réellement l'envie « virile » de posséder mais une tentative de se défaire de la toute puissance maternelle responsable des blessures narcissiques installant les deux dans un rapport de dépendance. La femme usurpe le pouvoir du père pour rivaliser avec sa mère d'où la culpabilité et les inhibitions liées aux satisfactions narcissiques (dont la sexualité fait partie comme une des réalisations qualifiantes sur le plan narcissique). En reconnaissant l'envie de pénis comme, avant tout, réparation à la blessure narcissique que l'on retrouve dans toute tentative de combler un manque dans les deux sexes et non comme une simple « revendication virile » qui ne concernerait alors que le sexe féminin, elle place la sexualité tout genre confondu comme accession à la possession d'un pénis. Cette possession répond pour la fille à la fonction d'assimilation du vagin vers la complétude.

La conception d'Ernest Jones¹⁴¹ est intéressante en ce qu'elle permet de soutenir ces théories de la castration féminine. Il développe le concept d'aphanisis et ce qui devient important dans le développement psychosexuel de la fille n'est plus la peur d'avoir subi la castration, mais plutôt l'angoisse de ne pas pouvoir jouir qui découlerait de la perte ou destruction des organes érogènes. Alors, lorsqu'un organe déjà érotisé comme apportant la jouissance éveille des angoisses, il y a déplacement sur une autre partie du corps pour éviter l'aphanisis.

¹⁴⁰ CHASSEGUET-SMIRGUEL J. **La culpabilité féminine**. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

¹⁴¹ JONES, E. (1938). **Théorie et pratique de la psychanalyse**, Paris, Payot/Désir, 1997.

Hélène Troisier¹⁴² s'intéresse particulièrement au changement d'objet chez la fille comme un moment privilégié pour déterminer « la position féminine chez la femme ». Partant d'un investissement primaire du sein comme socle à l'homosexualité primaire toujours du côté de la mère, elle situe le fantasme de fustigation au tournant du changement d'objet pour la fille, permettant le passage ou comme elle le dit l' « articulation charnière » de l'homosexualité primaire aux relations d'objets œdipiens (l'investissement du père). Revenons avec elle sur les trois étapes du fantasme de l'enfant battu :

<u>S. Freud :</u>	<u>Ce que relève H. Troisier :</u>
1. un enfant est battu : un autre que moi sans concordance de sexe, battu par un adulte indéterminé substitut du père. L'enfant battu est toujours un garçon.	1. substitut parental donc soumission indifférente à la mère ou au père.
2. phase inconsciente, reconstitution freudienne : l'enfant battu est l'auteur du fantasme, celui-ci lui permettant l'expression de son désir masochique et donnant du sens au plaisir masochique.	2. s'appuyant sur les représentations et souvenirs inconscients de l'homosexualité primaire et sur « le mouvement masochique de la fille » (C. Parat), elle propose que ce soit la mère qui « punisse, aime, batte, pénètre » l'enfant.
3. la mise en scène du fantasme : le fantasme raconté par la patiente est situé dans le temps (5-6 ans). Pour S. Freud, il aurait une préhistoire et serait une production terminale.	3. suivant l'idée de la « préhistoire », associée à l'insertion chronologique du texte dans l'émergence des idées freudiennes, et notamment celle de la force du lien précoce à la mère, elle propose une réorganisation œdipienne du fantasme.

Revenons à présent en détail sur ce moment où le mouvement masochique introduit le passage de la mère au père : l'envie du pénis reste le pivot des investissements d'objets œdipiens, de l'emprise de la mère anale et séductrice dont elle se dégage pour le père tout en gardant cette position féminine dont le masochisme est sous-tendu par la culpabilité du désir œdipien naissant et du désir agressif contre la mère. Ainsi, avant d'être *battue, caressée, pénétrée* par le père, l'enfant vit ce fantasme masochique du côté de la mère d'abord avec indifférence (phase 1) puis excitation et plaisir (phase 2 et 3). Le mouvement amorcé se termine dans la phase 3, le pénis et son porteur sont devenus des objets excitants à investir mais au détour des fantasmes de scène primitive, l'agressivité portée à la mère est investie sur le père et la fille rejoue le scénario du côté du père. Hélène Troisier précise

¹⁴² TROISIER H. **La position féminine chez la femme.** In : *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

cette fois les changements identificatoires qui amènent la fille à être un garçon et à dénier la castration dans la nouvelle mise en scène du fantasme pour ressentir l'excitation dans la situation sadique anale, rejoignant ici la dernière phase freudienne, montrant également l'importance de l'analité chez la femme, toujours associée au génital. Ainsi, toujours dans une dimension masochiste, c'est-à-dire gardant une position féminine, la fille change d'objet en s'inscrivant dans une féminité. Le jeu des identifications dans la mise en scène protège le père contre sa propre angoisse de castration et permet l'éloignement de l'inceste œdipien. L'homosexualité primaire ne concerne logiquement que les parents pour l'enfant du même sexe qu'eux. Au moment du changement d'objet de la fille, ce sont les qualités de la relation à la mère primaire, c'est-à-dire le lien homosexuel primaire, qui permet, selon H. Troisier les modifications identificatoires vers une homosexualité œdipienne (« homosexualité du complexe œdipien »).

Pour D. Quinodoz¹⁴³, c'est l'*angoisse d'amputation*, qui découle du *complexe d'amputation des organes féminins*, qui met en avant la rivalité mère-fille qui détruirait le complexe d'Œdipe tant la fille ne voudrait pas être la rivale de sa mère.

J. Chasseguet-Smirguet¹⁴⁴ s'intéresse à son tour à l'Œdipe féminin mais tentant de se dégager d'une description en symétrie à celui du garçon. Au contraire, elle relève des spécificités féminines de la situation œdipienne, notamment dans la relation au père. Elle relève dans l'œuvre freudienne que la place du père « est au garçon, bien plus qu'il n'est à la fille » (J. Chasseguet-Smirguet, 1964, p.145). L'Œdipe *positif* (S. Freud, 1931) peut faire totalement défaut ou être une réécriture de la relation plus ancienne à la mère. Finalement, il ne s'installe qu'à la faveur de désirs masculins (envie de pénis) et non de l'amour, il est « une position de tout repos » (S. Freud, 1933), « un havre » (S. Freud, 1917). D'ailleurs, si le père n'est pas choisi par amour, il n'est pas non plus le rival digne de ce nom de l'Œdipe *négatif* et la fillette ne s'identifie pas à lui dans son amour homosexuel pour la mère. Enfin, sans crainte, le changement d'objet se fait attendre, la fillette ni ne renonce, ni ne constitue de surmoi. Ainsi, J. Chasseguet-Smirguet approfondit l'étude de la relation fille-père, laissant exprès de côté la préhistoire de cette relation et les problématiques identificatoires qui lui sont liées (homosexualité). Elle axe son propos sur le changement d'objet à l'origine d'une culpabilité spécifique de la femme. Pour qu'il y ait changement, il faut un objet mauvais carencé et un objet capable de suppléer au premier dans ce qui fait défaut. Ainsi J. Chasseguet-Smirguet

¹⁴³ QUINODOZ D. **L'angoisse de castration a-t-elle un équivalent féminin ?** *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

¹⁴⁴ CHASSEGUET-SMIRGUEL J. **La culpabilité féminine.** In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine.* Paris : Ed. Payot, 1964.

remarque que, toutes écoles confondues, les théories fondent le changement d'objet sur la frustration : soit celle narcissique de ne pas posséder, soit celle liée au sein maternel. Le second objet est donc idéalisé dans l'espoir qu'il apporte les satisfactions narcissiques et objectales qui manquent, donc, lieux de projection des caractères du premier objet. Ce processus d'idéalisation, centré sur le second objet issu du changement, implique une désintringation pulsionnelle responsable du clivage entre bon second objet et mauvais premier objet. Ce processus de désintringation sera coûteux pour la fille puisqu'il sera entretenu par le refoulement et les contre-investissements de ses pulsions agressives dans sa relation à ce second objet, le père et ses attributs. « Il en résultera une culpabilité spécifiquement féminine dans la mise en œuvre de la composante sadique-anale de la sexualité » (J. Chasseguet-Smirguel, 1964, p. 148). Néanmoins, cette « obligation de pérenniser l'idéalisation de l'objet et la désintringation pulsionnelle concomitante » (J. Chasseguet-Smirguel, 1964, p.149) est plus ou moins soutenue en fonction de la conflictualité de la relation mère-fille sous-jacente et de la qualité du support de projection que sera le père. Mais, pour J. Chasseguet-Smirguel suivant B. Grunberger, la relation primaire à la mère se joue en général sous le joug de la frustration et celle au père se vit comme « l'ultime recours », rejoignant ainsi la branche freudienne. « Dans le cas le plus courant donc, la relation de la fille au père se caractérise par le maintien plus ou moins serré d'une désintringation pulsionnelle, les composantes agressives sadiques anales, étant refoulées et contre-investies, le second objet devant être sauvegardé à tout prix »(J. Chasseguet-Smirguel, 1964, p.149). La culpabilité spécifiquement féminine apparaît au moment du changement d'objet, lorsque l'envie du pénis et le désir érotique du pénis convergent pour écarter la mère et trouver le père. Ainsi « la satisfaction symbolique du premier serait un pas vers l'intégration du second » (J. Chasseguet-Smirguel, 1964, p.180).

3.3.5. La mise en acte de la sexualité génitale féminine

Le développement génital de la libido féminine et l'érotisation de son corps et de ses organes sont liés au premier coït et à la dialectique émotionnelle, d'abord avec la mère, puis prise dans la triade et enfin avec le sexe opposé. La maturation sexuelle féminine se construit donc et s'aboutit dans la relation à l'autre, spécifiquement chez la femme, dans une relation d'amour à l'homme dont elle aura besoin pour devenir génitalement mûre.

Les difficultés de l'évolution psychosexuelle de la fille sont analysées par J. Chasseguet-Smirguel en terme de culpabilité dont la frigidité atteste. Elle suit la piste de l'idéalisation et discute ainsi la proposition de H. Deutsch (1947) qui attribue «l'idéalisation féminine» ou le caractère

« spiritueux » de la sexualité à la sublimation. Au contraire, J. Chasseguet-Smirguel pense que l'inhibition (la frigidity), qui signe ici le processus, met sur la voie d'une « formation réactionnelle fondée sur le refoulement et le contre-investissement des composantes pulsionnelles qui s'opposent, essence, à l'idéalisation, au spirituel, au sublime, je veux parler des *pulsions sadiques-anales* » (Chasseguet-Smirguel, 1964, p.151). Elle pense que les pulsions de maîtrise (décrites chez le garçon : la main qui attrape le pénis), qu'elle nomme « composante sadique-anale », sont également présentes dans la sexualité de la femme. Dans ce sens, elle propose le vagin comme substitut de la main dans le coït, effectuant le même travail que les cuisses qui serrent et ensèrent le pénis. Le désir *fondamentalement féminin* ou *désir le plus authentiquement féminin* serait pour elle l'incorporation du pénis paternel sollicitant pour cela la composante sadique anale de la sexualité et entraînant par là même une culpabilité spécifique. La réalité du rapport sexuel rejoint alors le fantasme chez la femme, à la différence près que l'incorporation est désirée permanente et totale (S. Freud, 1917), inscrivant ce désir tant dans l'érotisme que dans sa finalité biologique : « le garder pour être fécondée » (d'ailleurs tout comme le garçon veut retourner tout entier dans le corps de sa mère)¹⁴⁵. F. Dolto disait à ce propos que la femme accepte sa position génitale passive, retrouvée plus tard dans le coït, en acceptant le risque fantasmatique de viol par le pénis. Réalité et fantasme se superposent donc autour de la pénétration.

Pour J. Chasseguet-Smirguel (1964), les troubles de la sexualité, qu'il s'agisse d'une sexualité clitoridienne, d'une dyspareunie par manque de striction vaginale ou d'un vaginisme, sont l'expression d'une « culpabilité d'incorporation » du pénis qui entraîne donc des contre-investissements. Mélanie Klein place également les aléas de la sexualité de la femme autour de l'incorporation du pénis. Elle explique pourquoi beaucoup de femmes retireraient de l'acte sexuel un apaisement de leur tension psychique et de leur angoisses inconscientes. Elles redouteraient en fait d'avoir introjecté un pénis "mauvais" et le coït avec un compagnon subjectivement adéquat leur permet l'incorporation d'un "bon" pénis, "curatif et neutraliseur des mauvais objets". Dans la logique kleinienne, l'épreuve de réalité, qu'est l'activité sexuelle, témoigne des relations plus ou moins anxieuses entretenues avec le pénis interne (bon ou mauvais), jouant le rôle de circonscripteur et de liaison de l'angoisse interne (ce qui nous rappelle le rôle joué par la castration dans l'angoisse qui lui est associée). Frigidité, abandon du féminin, sexualité compulsive et masochisme (dans sa version pathologique) sont donc l'expression de l'angoisse d'introjection du mauvais pénis. La sexualité réelle et extérieure, ses ressentis et ses mises en acte, joueraient alors la

¹⁴⁵ FERENCZI S. 1924 **Thalassa, essai sur la théorie de la génitalité**, In : Psychanalyse 3, Œuvres complètes- Tome III: 1919-1926, Paris : Payot, 1974.

solution étonnamment positive et apaisante pour l'économie psychique (étonnante en regard des souffrances engendrées par ces comportements), mise en œuvre pour gérer l'angoisse du danger interne.

La mise en œuvre des pulsions sadiques-anales dans la sexualité de la femme (J. Chasseguet-Smirguel, 1964), se fera avec culpabilité du normal au pathologique, le pathologique allant jusqu'au refus de la sexualité (au symptôme) car l'identification à une mère castratrice du pénis du père ne supportant pas l'idéalisation, plusieurs scénarios sont possibles :

–identification au pénis du père

–culpabilité d'incorporation.

Pour résumer l'ensemble du travail de J. Chasseguet-Smirguel : les pulsions sadiques anales d'incorporation du pénis du père doivent être refoulées normalement pour préserver l'idéalisation du père. Ces pulsions qui apparaissent avec le désir authentiquement féminin d'incorporer le pénis vont à l'encontre de l'idéalisation et déclenchent une culpabilité spécifiquement féminine. C'est cette culpabilité d'incorporation qui peut engendrer des contre-investissements et formations réactionnelles venant expliquer les difficultés sexuelles des femmes. Elle décrit particulièrement l'identification de la fille au pénis du père par inversion du contenant et du contenu, la fillette s'identifiant alors au contenu en proie à un contenant dangereux (le vagin de la mère, son vagin). C'est ainsi que J.Chasseguet-Smirguel explique les différents symptômes qu'elle relève chez ces analysantes comme des phobies d'engloutissement, d'impulsion à se jeter dans l'eau ou dans le vide, des vertiges.

C. Dejours (2001), s'appuyant sur sa conception de la construction d'un corps érotique par étayage sur le corps biologique, permettant à la sexualité psychique d'investir les organes d'érotisme, propose une vision de la sexualité prise dans la dualité des corps érotique et viscéral, y compris lors d'une problématique psychopathologique. Les achoppements de cet étayage d'un corps sur l'autre sont d'ailleurs possibles à toutes les étapes du développement entraînant des ruptures corporelles entre fonctionnel (endocrinien, physiologique...) et érotique lors du développement pubertaire de l'adolescence créant des clivages entre sexualité automatique conduite par le corps viscéral et sexualité psychique gérée dans l'érotisme du corps. Il faut donc une intrication des corps malgré la contradiction entre instinctuel et pulsionnel. C. Dejours¹⁴⁶ définit la sexualité humaine comme une « domestication du corps sous le primat de l'érotisme », permettant l'orgasme et le désir en dehors des cycles et jusqu'à la mort. Pourtant, nombreux sont ceux qui ne sont plus concernés par cette sexualité érotique et qui s'installent au rythme de la sexualité viscérale, probablement moins

¹⁴⁶ DEJOURS, C. (2003). *Le rêve*. In : *Le corps, d'abord*. Paris: Ed. Payot, 2003.

contraignante au sens névrotique du terme. L'acte sexuel peut alors s'inscrire dans une routine rythmée par les hormones et le monde cyclique endocrinien, défaite de l'érotique, du désir et de la relation à l'objet. En parlant de « l'amant de jouissance », J. Schaeffer (1997) fait une place dans le développement du féminin à un objet en tant qu' « autre-sujet », comme le dit R. Roussillon, donc, avec ses caractéristiques propres et son action propre. Elle explore le paysage de la sexualité féminine dans son rapport à l'autre, donc, en intégrant l'étude de la vie sexuelle comme une dimension importante pour aborder le féminin de la femme ; entreprise saluée par R. Roussillon (2007) qui considère la sexualité effective comme une des voies à emprunter pour explorer la vie psychique. Les relations sexuelles deviennent, dans le travail de J. Schaeffer, symptôme, expression de la féminité, mais également, chaînon dans la constitution de la femme en tant que troisième effracteur ouvrant sur le féminin. Le féminin se crée dans sa rencontre avec le masculin de l'homme. L'ouverture du féminin dépend d'un objet sexuel extérieur suffisamment bon et non pervers. « La « Belle au sexe dormant » doit rencontrer son prince, l'homme de sa jouissance. C'est ce qui la rend dépendante, davantage menacée par la perte de l'objet sexuel et la perte d'amour que par la perte d'un organe sexuel... »¹⁴⁷ (J. Schaeffer, 2004, p.189)

Pour P. Ben Soussan, il existe un continuum entre le corps abîmé, l'identité perdue et la sexualité oubliée. Dans le texte « Merde ! Faut recommencer à s'épiler ! » dont nous avons déjà parlé, qui présente de manière émouvante des patientes atteintes de cancer, il parle d'une femme traitée pour cancer du sein qu'il nomme, selon ses paroles, une « femme trouée ». Ce « trou », qui est au départ corporel, inscrit sur le corps comme marque des traitements, contamine petit à petit l'identité de sa patiente et notamment l'identité sexuelle, « l'hystérectomie pour cancer utérin vient de la même façon réaliser comme une atteinte percutante à l'image qu'elles se font d'elles-mêmes en ce qui concerne leur maternité, la fertilité et la perception de leur féminité au sens le plus large. [...] Les patientes ressentent ainsi des sentiments d'incomplétude, d'inachevé, de vide, de pertes. [...] leur capacité de se penser entière, individualisée, sexuée, en est extrêmement fragilisée » (P. Ben Soussan, 2007) et tout ceci « perturbe » naturellement « leur désir sexuel ». « Le corps de ces femmes, blessé, « troué », auquel il manque une part, si chargée de représentations, de violence émotionnelle, qu'elles vivent comme violenté, effracté, intrusé, « ravagé », ce corps auquel elles se vivent réduites, devient dès lors, leur nouvelle identité » (P. Ben Soussan, 2007, p.349).

Il propose donc un lien qu'il nous paraît évident ou du moins nécessaire de creuser, entre l'atteinte du corps, de l'identité et de la sexualité, suivant quelque part l'idée de S. Freud concernant un moi

¹⁴⁷ SCHAEFFER J. **Fin du maternel, enfin le féminin ?** In : La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes. Eres, 2004.

conscient qui serait avant tout corporel (S. Freud, *Le moi et le ça*, 1923). L'atteinte de la sexualité entre alors dans le jeu des croyances et fantasmes. Ciblant les femmes atteintes de cancer gynécologique (ovaires), il note que beaucoup d'entre elles sont persuadées d'un lien entre sexualité et cancer notamment à travers la contagion à leur partenaire comme étiogénèse de leur cancer « sexuel », ce que nous reprendrons dans nos résultats. La conséquence de ces croyances est le plus souvent l'arrêt des relations sexuelles. P. Ben Soussan explique à quel processus psychopathologique se réfère cette réaction radicale en rappelant la phrase de S. Freud : « le symptôme fourni par la réalité devient immédiatement le représentant de toutes les fantaisies inconscientes qui épiaient la première occasion de se manifester » (S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, 1922)¹⁴⁸. Il propose également que le refus de sexualité soit le dernier bastion pour une maîtrise du corps en réaction à la perte de contrôle et pour se protéger des angoisses de morcellement. « Le désir sexuel et l'atteinte de l'orgasme, notamment en présence du partenaire, suppose un certain degré de vulnérabilité qui peut être perçu comme menaçant, voire impossible pour certaines femmes qui ne peuvent plus tolérer des sentiments de perte de maîtrise ou de changement des réactions de leur corps » (P. Ben Soussan, 2007, p.349). Nous poursuivons dans nos résultats le fil de ces deux idées qui sont l'évidence même dans notre clinique et qui apparaîtront avec force à la lumière de nos analyses. C. Dejours¹⁴⁹ pose la question de ce qu'indique le renoncement aux relations sexuelles ? « Il indiquerait plutôt un manque de stabilité, en tout cas, une certaine rigidité du fonctionnement psychique qui n'ose se soumettre à l'épreuve du plaisir du corps, de peur de s'y perdre et de menacer du même coup l'équilibre psychique et la cohésion du Moi » (C. Dejours, 2001, p.76). Une autre marche sur laquelle nous prenons appui, est celle que P. Ben Soussan nous donne en citant une étude américaine (Lamb MA, Sheldon TA, « The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer », in *Cancer pract*, 1994, 2(2) 103-13) qui dit que le retour à une « sexualité normale » est la dernière étape du processus de guérison et d'acceptation du cancer.

3.3.6. Et l'orgasme ?

A la fin du développement de la libido féminine, les organes génitaux sont normalement érotisés. Le désir, une fois qu'il a pris sens chez la femme, peut être provoqué par une cause exogène sensorielle et se focalise sur sa région génitale.

¹⁴⁸ FREUD S. (1922) **Introduction à la psychanalyse**. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2001.

¹⁴⁹ DEJOURS C. 2001, **Le corps d'abord**. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2003.

F. Dolto¹⁵⁰ décrit quatre orgasmes qui sont chacun en lien avec une étape du développement de la libido féminine, reliquat de l'érotisation progressive des différents organes génitaux. Ces orgasmes sont soit ressentis séparément, soit confondus au moment intense du plaisir, mais en général, ils constituent les maillons d'un plaisir montant, risquant à chaque étape, comme pour les stases libidinales, un achoppement, un refoulé, un trauma, un nié, un symptôme qui bloquerait le processus.

En premier, dans la chaîne du plaisir montant, il y a l'excitation clitoridienne censée déclencher des sécrétions vulvo-vaginales ainsi qu'un désir d'intromission du pénis dans le vagin. À ce stade génitalisé, le clitoris est un reliquat d'une période de plaisir plus archaïque qui a normalement été abandonné en partie pour laisser la place à des organes sexuels plus enfouis chez la femme comme le col utérin, « organe ambigu dressé phalliquement au fond de la cavité vaginale » (F. Dolto, 1996, p.247), et qu'elles ne peuvent découvrir qu'à la suite du coït. Le clitoris est donc devenu un appel vers un plaisir plus intense qui semble de raison quant au développement de la féminité, conduisant vers l'excitation du vagin prêt physiologiquement et désireux d'être pénétré par le seul objet sensé dans cette situation (pénis = pénétration). Les modifications physiologiques provoquées par la pénétration ne sont pas seules responsables de la qualité sensuelle du rapport entre les deux partenaires. La réaction corporelle est très souvent présente (dans un consentement mutuel) mais ne garantit pas la valeur plus ou moins positive de l'échange sexuel. En effet, l'orgasme et le plaisir ne sont pas simplement liés à une stratégie kinesthésique, physiologique ou corporelle, il s'agit aussi d'une réaction émotionnelle, d'une entente affective qui concerne le versant érotico-symbolique de la relation entre les deux partenaires. Suite à la pénétration, le col utérin pourrait à son tour entrer dans la réaction orgastique, soit par stimulation et excitation pénienne, soit par inondation spermatique provoquant la sollicitation de l'utérus et du ligament large entraînant une satisfaction en lien avec un stade d'accomplissement de la sexualité féminine mais inconsciente chez la femme, pouvant donc modifier son comportement sans qu'elle sache pourquoi. Col de l'utérus et utérus pourraient donc faire partie du plaisir féminin et même participeraient pour F. Dolto d'un orgasme « authentiquement satisfaisant » (F. Dolto, 1996, p.249). Cependant, l'utérus ne peut pas réellement être excité, il s'agit donc d'une réponse strictement motrice et même réflexe. Le corps utérin bascule d'avant en arrière et retour, dans un mouvement ondulatoire en continuité du vagin, avec un effet de succion-aspiration qui facilite l'acheminement des spermatozoïdes en les projetant dans les trompes, et donc normalement la procréation. Sans l'orgasme utéro-annexiel, le temps de cheminement des spermatozoïdes est beaucoup plus long.

¹⁵⁰ DOLTO F. 1996, **Sexualité féminine: la libido génitale et son destin féminin**, Paris, Gallimard, coll. Folio.

Mis à part cette description très organique, on s'intéresse peu à l'orgasme en psychanalyse en dehors de son absence comme révélateur d'une défaillance de la sexualité psychique. Pourtant, C. Dejours¹⁵¹ à, lui aussi, le mérite de s'intéresser à l'orgasme en lui-même, en dehors de toute considération pathologique, afin de le méta-théoriser dans le champ de la psychosomatique en tant que réalisation du corps biologique en réponse des stimuli de la sexualité psychique. Il le considère ainsi comme une somatisation de l'excitation, une somatisation donc non pathologique. Il est l'aboutissement de l'acte sexuel en tant que décharge de l'excitation provoquée par l'adresse d'un désir érotique à un objet d'amour. Cette décharge ne s'épuise donc pas dans la sphère de l'érotique ou du corps volontaire (motricité volontaire) mais dans celle de l'interne qui sollicite le corps viscéral. L'orgasme est donc une réponse trouvée non pas dans l'érotique mais dans le somatique et plus encore dans les viscères, profondeur somatique interne, invisible et mal délimité par la représentation. Qui mieux que la femme peut situer dans cet interne sa réponse sexuelle à son désir de par sa morphogenèse propre indiquant ses organes sexuels en partie dans la sphère viscérale. Bien sûr, il faut faire le distinguo avec C. Dejours, entre sexualité et orgasme ; si ce dernier ne va pas sans le premier (et nous parlons bien d'orgasme organique et non de jouissance), le lien qui les unit n'implique pas pour autant une dépendance et ne peut renseigner sur une pathologie (sexualité sans orgasme non pathologique). On ne peut pas décréter que l'absence d'orgasme soit psychopathologique comme on ne peut pas penser que la présence d'une sexualité signe l'absence de toute psychopathologie. Il s'agit de considérer un ensemble, une économie, un équilibre qui allie et fait concorder sexualité psychique avec acte sexuel et orgasme, témoin de stabilité et souplesse des investissements objectaux. C. Dejours pose alors la question de la place de l'orgasme dans la sexualité psychique. Schématiquement, il s'agit d'un processus allant du mental par le désir, le fantasme, les représentations, la pensée, vers le sensorimoteur par le réflexe neurovégétatif et la réaction endocrino-physiologique, englobant ainsi toute l'économie psychosomatique. Cette inscription de l'orgasme comme parangon de l'unité psychosomatique nous semble tout à fait justifiée et à la hauteur de la sexualité humaine comme limitrophe de la psyché et du soma sur toutes les frontières de leur rencontre.

Piera Aulagnier¹⁵² a le mérite de s'intéresser, elle aussi, aux relations sexuelles proprement dites dans leurs rapports avec l'érotisation des différents organes génitaux (féminins et masculins) et l'orgasme. Nous reprenons ici les trois raisons qu'elle dégage à l'investissement érotique du clitoris

¹⁵¹ DEJOURS C. 2001, **Entre rêve et orgasme : le corps érotique et la sexualité psychique**. In : Le corps d'abord. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2003.

¹⁵² AULAGNIER P. **Remarques sur la féminité et ses avatars**. In : Le désir et la perversion, Paris, Ed. Du Seuil, 1967.

dans l'acte sexuel, théorie d'autant plus intéressante remise dans le contexte de nos patientes privées de leurs organes génitaux internes :

- Ce plaisir s'apparente à une offrande de l'autre,
- Il lui rappelle ses possibilités d'autonomie dans son propre plaisir,
- Il entre dans la dette de plaisir contractée par son partenaire comme une assurance du sien, marque de sa quittance.

Malgré la dimension anthropologique de ces observations, tirées du discours conscient et socialement admis des hommes et femmes sur la sexualité, elle tente de s'en dégager pour apporter une explication psychique en deçà de ce registre. Elle nous rappelle, et nous en prenons note, que l'orgasme, comme la guérison dans la cure analytique, se fait « par surcroît », autrement dit, il n'est pas analytiquement pertinent pour nous de le considérer (du même point de vue que les partenaires) comme un aboutissement d'une relation sexuelle satisfaisante, « un signe de la réussite de la relation du sujet au registre du désir où il a à assumer sa place » (P. Aulagnier, 1967, p.65). Il faut plutôt s'inquiéter, s'enticher de la qualité du désir et du plaisir qui y mène, ainsi que sa fonction dans la sexualité au sens strict accompagnée du scénario amoureux, parti que nous adoptons face au discours de nos patientes. Finalement, l'orgasme n'est qu'un symptôme. Dans ses relations amoureuses, la femme saura « revêtir sa nudité des parures d'un désir qui n'est pas le sien et qui pourtant le croise car il fait d'elle l'objet permettant au plaisir de se faire réponse à l'appel du désir » (P. Aulagnier, 1967, p.65).

Ces réflexions, dans le champ du désir, sont complétées par celles de J. Schaeffer qui aborde la sexualité féminine à travers le plaisir, celui du sexe qui mêle jouissance et orgasme. Elle souligne la distinction nécessaire entre les deux ainsi que les vertus de l'orgasme, à la fois témoin et limite de la jouissance dans le corps. La femme possède une double érogénéité, externe sur le modèle masculin de l'orgasme, et interne, diffuse, participant pour J. Schaeffer à la jouissance. Avec cette bi-érogénéité, J. Schaeffer fait également une différenciation entre orgasme et jouissance sexuelle. Les deux sont même antagonistes ; si le premier est lié au plaisir sous la coupe d'Éros, la seconde, quant à elle semble le parangon de la déliaison, obligeant le moi à une passivité pure qui supporte donc la défaite et élargit ses limites. « [...] Cela [le masochisme érogène primaire] lui permet [le moi] de s'abandonner à des expériences de possession, d'extase, de perte et d'effacement des limites, de passivité et donc de jouissance sexuelle »¹⁵³ (J. Schaeffer, 2002, p.51). Dans la relation sexuelle, l'orgasme a une action liante puisqu'il permet la décharge par satisfaction. On pourrait presque dire qu'il est la limite de la jouissance sexuelle. Si celle-ci est un phénomène purement psychique de

¹⁵³ SCHAEFFER J. **Masochisme féminin et relation sexuelle**, *Le Divan familial* 2/ 2002 (N° 9), p. 47-60

déliation qui accompagne ou non l'orgasme (donjuanisme féminin), celui-ci en est la liaison corporelle pour le ravissement du moi. Poursuivant son point de vue sur la jouissance comme effracteur et élargisseur des limites, autant instanciées (du moi) que corporelles (vagin, utérus, anus), elle inscrit la jouissance dans une confusion des motricités. Autrement dit, il ne s'agit plus d'analité et de sphinctérisation, plutôt du côté du plaisir sexuel qui satisfait le moi et revient sur le mode du cycle, mais d'une poussée constante et d'un débordement libidinal. « Ni le délire, ni même le sommeil ne réalisent cette expérience d'abolition momentanée de toutes les vigilances qu'est la jouissance sexuelle » (N. Zaltzman, citée par J. Schaeffer, 2002, p.83). Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les solutions pulsionnelles ne sont pas de bonne augure pour une sexualité féminine assumée pleinement. Les résistances anales doivent être vaincues et le compromis se situer entre la volonté du moi (résistances anales et phalliques) et la poussée de la pulsion sexuelle, entre désir et défense. C'est bien là que se situe le scandale du féminin dans ce paradoxe interne créé par un sexe qui désire être vaincu, défait, soumis, alors que le moi n'aspire qu'à la satisfaction et la constance. Entre orgasme et jouissance, l'un satisfait le moi et l'autre le sexe et la femme est en perpétuel conflit interne et perpétuelle insatisfaction moïque. Le refus du féminin, c'est alors le refus de cette ouverture moïque par débordement pulsionnel (J. Schaeffer, 2005), que la pulsion soit considérée comme intrusive ou qu'elle soit seulement nourricière, celle-ci doit être à la fois effracte et bénéfique à l'image de la bonne surprise.

Si la femme s'ouvre au féminin et à la jouissance sexuelle accompagnée par le masochisme érotique, qu'est-ce qui pousse encore l'homme à jouer son rôle d'effracteur et à désirer posséder le féminin de la femme ? Et pourquoi celle-ci désire-t-elle encore le pénis ? Pour J. Schaeffer, à chaque chute, la défense narcissique reprend ses droits à travers *le refus du féminin*, précipitant à nouveau le moi dans l'analité et l'homme devra à nouveau la reconquérir. Ce processus entretient donc le désir dans la différence des sexes et le refus du féminin devient « une partie d'un procès dialectique sans fin » (J. Schaeffer, 2005, p.104).

3.4. LES ANGOISSES PRIMITIVES¹⁵⁴ SPÉCIFIQUEMENT FÉMININES

Ce qui nous intéresse à présent, ce sont les problèmes soulevés par la seconde théorie de l'angoisse par rapport à la sexualité féminine. C'est ce point de la théorie freudienne qui laisse échapper une faille dans son raisonnement psychanalytique. Il est courant à présent d'entendre cette phrase d'introduction chez les auteurs contemporains : « la seconde théorie ne permet pas d'expliquer les angoisses et les névroses féminines ».

Dans la première théorie de l'angoisse exposée dans la 25ème leçon de 1916¹⁵⁵, la source de l'angoisse est strictement interne, conséquence de la déliaison entre affect et représentation, provoquée par une trop grande poussée pulsionnelle. Cette quantité de libido libérée, déliée est débordante pour l'appareil psychique qui n'arrive pas à la canaliser et échoue dans son travail d'élaboration. Ainsi conçue, l'angoisse est la manifestation d'un danger interne, du « péril pulsionnel », l'angoisse est cette libido « flottante » elle-même, qui bloque les tentatives de liaison.

L'hystérie d'angoisse est particulièrement claire pour illustrer la naissance de l'angoisse et la solution psychique pour la maîtriser relative à la première conception freudienne. Devant le surgissement de l'inacceptable, le refoulement (de représentations inacceptables pour la conscience) entraîne la libération d'une quantité déliée d'affects débordant les capacités représentatives de la psyché et signant l'angoisse. Le déplacement de l'attaque interne vers un danger externe est le travail effectué par la phobie afin « d'apporter une cause à ce qui semble sans objet » (J. André, 1995). Donner un objet externe au danger permet d'anticiper et d'éviter l'attaque. L'angoisse de la première théorie est donc : la conséquence d'un excès de sexuel (libido excessive et immaîtrisable par les capacités représentatives de la psyché), la résultante d'un danger interne, et elle précède le symptôme.

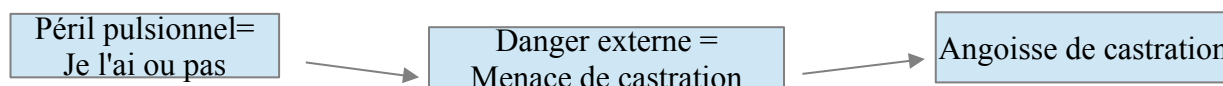
La seconde théorie, que l'on trouve dans « inhibition, symptôme et angoisse »¹⁵⁶, déplace de manière analogue au processus de la phobie, le danger de l'interne vers l'externe, faisant de l'angoisse un « signal d'alarme » défensif (dans le meilleur des cas) provoquant la réaction psychique de déliaison

¹⁵⁴ Nous avons préféré le terme « primitive » à « précoce » car ce dernier introduit une notion d'antécédent à quelque chose alors que « primitif » suggère le début de la vie et souligne le caractère fondamental et structurant de ces angoisses.

¹⁵⁵ FREUD S. (1922) **Introduction à la psychanalyse**. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2001.

¹⁵⁶ FREUD S. (1926) **Inhibition, symptôme et angoisse**, PUF, Paris, 2002.

(le refoulement) au lieu d'être le symptôme résultant de cette même déliaison. Ainsi, S. Freud redonne son importance au vécu réel et à la perception : « l'angoisse est toujours angoisse devant un danger réel ». Ce n'est plus le danger interne qui crée l'angoisse, le péril pulsionnel suscite un danger extérieur qui provoque l'angoisse :



Ainsi, conjuguant la théorie de l'angoisse à la seconde topique, le moi, comme part organisée phalliquement du ça, et l'angoisse de castration, prennent dans un même mouvement toute leur importance au sein de la théorie freudienne : « l'angoisse est angoisse de castration », primordiale et structurante pour l'organisation de la psyché.

Nous en arrivons à ce « point de butée » de la théorie freudienne, comme le nomme J. André, qui nous intéresse par ce qu'il soulève comme problématique au sujet de la sexualité féminine. En effet, si l'angoisse de castration devient fondamentale, elle ne peut concerner les femmes qui ne sont pas soumises au danger de la castration mais à son complexe qui ouvre sur l'Œdipe.

Si elle n'est pas de castration, quelle est la source de l'angoisse chez la femme ? Quelles sources, quelles figures prend l'angoisse féminine ? Nous parlons donc ici d'angoisse primitive et structurante du féminin en regard de l'angoisse de castration qui est primordiale dans le développement du garçon car constitutive de son organisation psychique. Le rôle des angoisses primitives est donc celui de structurer le féminin et le masculin, et parler de l'angoisse et de ses sources internes (pulsionnelles) et externes (perceptives) corrélatives aux deux théories freudiennes, c'est déjà évoquer la différence fondamentale entre le masculin et le féminin, d'une angoisse qui symbolise à une angoisse qui intériorise. L'angoisse de castration, en délimitant l'objet et le risque, impose des limites que les angoisses sous-jacentes devant la libido incestueuse (la perception de l'autre sexe) et la menace paternelle n'instaurent pas en elles-mêmes. Seule l'angoisse de castration implique une représentation du danger dans la réalité et par là même l'entrée au symbolique du côté des interdits. L'intérieur féminin, quant à lui, échappe au symbolique. L'intérieur féminin n'est pas représentable et palpable comme le pénis, il n'est ni objet, ni objet partiel, et comme nous l'avons démontré plus haut par des études anthropologiques, ses limites sont incertaines, il est invisible, ses atteintes sont invérifiables, il n'entre pas dans la chaîne des signifiants comme le phallus. Le risque encouru par la femme à propos de ses organes génitaux ne prend pas appui sur la perception, et

l'angoisse qui en découle (autrement dit l'angoisse devant les dommages causés à ses organes génitaux) n'a pas les vertus symbolisatrices de l'angoisse de castration mais ouvre plutôt sur « un approfondissement de l'intériorité ». Ces angoisses « trouvent plus aisément une issue régressive dont la gamme du grave au léger est presque infinie, de l'hystérectomie à l'accès de fringale » (K. Horney, 2002, p.106). À ce propos, reprenons brièvement les 3 sources d'angoisses féminines que K. Horney situe dans le perceptivo-anatomique de l'observation de la différence des sexes :

-La différence de taille entre elle et son père et, au-delà, entre leurs organes génitaux qui deviennent incompatibles et même dangereux dans la mise en lien avec ses sensations vaginales précoces de recevoir, entraînant l'angoisse de destruction interne.

-L'observation des menstrues signant la fragilité, la vulnérabilité du corps féminin, renforçant ses angoisses de destruction interne.

-L'impossibilité de vérification des effets de sa masturbation, ni de rien d'autre sur l'intégrité de son intériorité alors que la garçon a la possibilité de vérifier que la castration n'a pas de fondement dans la réalité.

Pour en revenir à la théorie de l'angoisse, la butée théorique conduit S. Freud à réinvestir « le dedans » dans ses développements suivants (attaque interne par la pulsion, effraction traumatique des limites du moi), mais surtout, à reconnaître l'angoisse féminine comme une « forme élémentaire de l'angoisse » en regard de la forme élaborée de l'angoisse de castration. En effet, S. Freud reconnaît dans l'angoisse élémentaire de perte d'amour de l'objet, l'angoisse féminine par excellence. J. André (1994, 1995) nous propose deux manifestations évidentes de cette angoisse dans la crainte des femmes de se faire quitter par l'homme et la difficulté des mères à laisser partir l'enfant.

Pourquoi cette angoisse de perte d'amour qui concerne également les hommes est-elle spécifiquement féminine ?

En deçà du changement d'objet œdipien imposé par le développement psychosexuel de la fille et la contraignant à structurer sa féminité sur la perte, S. Freud interroge les sources ou commencement de la vie psychosexuelle dans le rapport du nourrisson à l'autre et notamment à la mère des premiers soins, séductrice et même pénétrante.

S. Freud annonce dans « angoisse et vie pulsionnelle »¹⁵⁷ que l'angoisse féminine prolonge l'angoisse du nourrisson, mais l'angoisse du nourrisson, quelle est-elle ? Il s'agit de l'angoisse ressentie devant cette libido insatiable d'amour dont nous parlions dans la première théorie de

¹⁵⁷ FREUD, S. (1933). **Angoisse et vie pulsionnelle**. In : Nouvelles conférences sur la psychanalyse, Paris, Gallimard, 1936.

l'angoisse, et qui, devant l'objet désiré (le sein), reste insatisfaite. Ainsi, l'angoisse du nourrisson est celle qui advient devant la perte de l'objet d'amour, éternellement perdu à satisfaire ses motions libidinales. Cette angoisse élémentaire est celle qui advient suite à ce que J. Schaeffer (2005) nomme la première effraction nourricière, reprenant dans la première théorie de l'angoisse la trop grande poussée pulsionnelle, excès de sexuel et attaque interne.

J. André (1995) ajoute une pierre à l'édifice freudien qui réunit le nourrisson et la femme autour de l'angoisse. Son hypothèse concerne cet état d'impuissance et de passivité spécifique de l'inter-subjectivité du bébé et de la femme, autrement dit « l'être pénétré » qui qualifie la position féminine se superpose à « l'être effracté » que suppose pour l'enfant l'ouverture à la psychosexualité. Ainsi J. André propose une féminité passivité première du tout petit qui devra s'inscrire dans la différence des sexes du côté de la féminité par la corrélation de cet état d'intrusion séductrice et traumatique, et du fantasme de pénétration par le pénis paternel du complexe de castration. Dans la logique de J. André, l'angoisse de viol ne peut être considérée comme l'angoisse constitutive du féminin car forcément sous-tendue par le désir d'être coïtée. C'est d'ailleurs ce désir d'intromission du pénis qui entraîne la véritable angoisse féminine d'être détruite intérieurement. La crainte de viol est une peur qui interviendra plus tard comme l'expression d'une fantasmatique associée à l'angoisse féminine par excellence de destruction interne, à moins d'être dans un registre pervers.

Passer d'une « pré-féminité » (J. André) à la féminité de la différence des sexes suppose la superposition des intrusions, effractions, la seconde étant plus ou moins précoce en fonction des auteurs et de la découverte sensitive du vagin (je renvoie ici au développement précédent sur l'érotisation des organes génitaux internes). Finalement, J. André s'appuie sur la seconde théorie de l'angoisse « du dehors avant d'être du dedans » pour expliquer les « origines féminines de la sexualité », partant de la passivité du nourrisson « dont l'effraction du moi par les représentants de pulsions est précédée par l'effraction de l'enfant par les intromissions de l'adulte soignant / aimant mêlant à ses gestes les sentiments inconscients de sa propre vie sexuelle » (J. André 1995, p.145). J. Schaeffer, quant à elle, reprend également les théories de l'angoisse mais pour leur apporter une dimension chronologique, ouvrant petit à petit le féminin de la fille au fil des *effractions nourricières*.

Notons, en perspective de la thèse personnelle qui sera soutenue par la suite, que J. André précise que les angoisses qui concernent le « corps interne » de la femme se rapportent aux organes génitaux et à la crainte de leur endommagement. Il relève spécifiquement, comme expression de cette angoisse, la peur du cancer de l'utérus : « une part non négligeable de la clientèle des gynécologues repose sur la chronicité de ces angoisses » (J. André, 1994, p.105).

La constitution des angoisses du féminin renvoie à la passivité et la pénétration sous-tendue par les soins dispensés par les parents : lavements, suppositoires, température... Elles sont donc des angoisses qui concernent autant le garçon que la fille. Mais notre propos n'est pas pour l'instant d'attribuer une origine féminine ou masculine à la psychosexualité, mais de relever les angoisses structurantes du féminin de la femme, même si celles-ci peuvent parfois concerner également le garçon. Nous ne sommes pas en train de discuter de l'étiologie de la sexualité afin de lui accorder une origine ou bien une préhistoire féminine ou masculine (pour cela, je renvoie le lecteur au chapitre sur la construction du féminin). Nous dirons simplement, pour le moment et pour cet exposé sur les angoisses spécifiquement féminines, que c'est au moment de la différence des sexes que s'élabore chez la fillette la « promesse de pénétration » selon les termes de J. Schaeffer puis au cours de la relation sexuelle, la « jouissance sexuelle ». C'est pourquoi nous adoptons la façon de décrire ces angoisses de J. Schaeffer, c'est-à-dire prises dans le temps du féminin.

J. Schaeffer (2005) décrit trois « effracteurs nourriciers » sous le coup de trois « épreuves de réalité » accompagnées de trois angoisses, structurant, dans une logique temporelle, la psychosexualité féminine. Pour résumer, la première angoisse est le signal de la poussée constante sexuelle dans le moi, qui l'effracte en créant dans un premier temps du déplaisir, signal d'apparition de l'angoisse dans le moi par augmentation de la tension. Nous reconnaissons ici les éléments de la première théorie qui placent le danger au niveau du péril pulsionnel. Cette grande quantité de libido envahissante du moi est ressentie comme un « corps étranger interne » qui effracte dans un premier temps, déclenchant « l'angoisse de poussée constante », mais au lieu d'être traumatique, l'effraction nourrit le moi dans un second temps en obligeant celui-ci à s'ouvrir à la pulsion selon les trois solutions proposées par J. Schaeffer, que je ne détaille pas ici, introjection (extase), rejet (mauvais sein), négociation (autoérotique). Cette « angoisse de poussée constante » est à rapprocher de l'effraction du nourrisson décrite par J. André. Cette angoisse prendra toute sa dimension féminine après s'être augmentée des deux autres épreuves de réalité que sont la différence des sexes et la relation sexuelle.

J. Schaeffer perçoit dans l'amant de la relation sexuelle le troisième et dernier effracteur nourricier qui crée le féminin de la femme en permettant la réélaboration « en après-coup (de) toutes les figures antérieures de l'étranger effracteur et nourricier, pulsionnel et objectal » (J. Schaeffer, 2005, p. 25).

L'intérieur du corps est l'objet de l'angoisse d'intrusion et de destruction du féminin. « Il l'est [l'intérieur du corps] davantage par envahissement et intrusion que par ce qui peut être arraché,

coupé » (J. Schaeffer, 2005, p.66). De ce fait, J. Schaeffer spécifie que certaines représentations de la perte, avec la notion de renouvellement permettant d'élaborer le dedans et le dehors, auraient un rôle de défenses symbolisantes contre l'angoisse spécifiquement féminine de ce qui entre et envahit. Pour J. Schaeffer, le féminin vient aux femmes avec le second effracteur, le premier n'étant pas équivalent d'une féminité précoce mais d'une effraction étayante et déterminante pour la suite, là elle se différencie de la théorie de séduction originaire et de l'origine féminine à la sexualité de J. André.

« L'angoisse de féminin » n'est donc pas spécifiquement féminine et le devient définitivement sous le coup du troisième effracteur nourricier. « L'angoisse de féminin » est « l'angoisse de pénétration du moi et du corps par un étranger » et le travail de réélaboration en fonction notamment du second effracteur nourricier est nommé « travail de féminin » qui renvoie à la « capacité du moi à élaborer la figure [de l'angoisse ?] de ce nouveau corps étranger pulsionnel et objectal, créé par la différence des sexes, renforçant l'étayage selon la pulsion » (J. Schaeffer, 2005, p. 67).

Suite à la lecture des textes « sur la sexualité féminine » (S. Freud, 1931) et « la féminité » (S. Freud, 1933), M. et J. Cournut (1993) proposent, eux aussi, l'image d'une mère pleine qui se superposerait à celle de la mère phallique. Pleine, donc possiblement vide et vidable. À l'hostilité qui détourne la fille de la mère, ils intriquent la loi du tout ou rien et du talion, c'est-à-dire qu'elle se détourne car elle a peur de vider ou d'avoir vidé, et bien sûr de le subir à son tour. À travers une théorie basée sur le fantasme, M. Klein dépeint l'imaginaire de l'enfant et ses représentations inconscientes, approfondissant par là même les notions « d'intérieur » et « d'intériorisation ». M. Klein place le corps interne de la fille comme source d'angoisse primordiale. Ce corps interne est constitué d'objets non ambivalents dont le premier est le modèle de tous les autres : le sein maternel, clivé d'emblée entre amour et haine, entre bon, satisfaisant, et mauvais, frustrant. Il faut ajouter à ces objets leur relation à l'enfant lui-même, avec son désir primaire insatiable et donc frustrant par nature ainsi que « l'agressivité innée » qu'il développe à l'encontre de ces objets, ici le sein comme premier et « fondamental » exemple, et dont il se défend par la projection respectant ainsi la loi du talion. Ainsi, lorsque M. Klein parle de l'angoisse concernant le corps interne de la fille, il s'agit de sa crainte de se voir ravir, endommager l'intérieur et notamment les organes génitaux internes.

Doris Vasconcellos¹⁵⁸ reprend trois observations, comme des postulats, concernant la sexualité de la fillette. D'abord, de l'impossibilité d'avoir accès à ses organes génitaux « dont découle la difficulté à intégrer leur représentation mentale parce que la vue est le principal moyen d'accès à la représentation » (D. Vasconcellos, 2012 p.731), et des sensations internes qui sont diffuses et imprécises toujours en raison de l'anatomie spécifique de la fille et qui freinent donc également les représentations mentalisées, elle déduit une *angoisse d'accès*. De ce même envahissement interne par l'excitation sensorielle diffuse liée à l'identification narcissique primaire à la féminité de la mère entravant les processus de différenciation, elle propose une *angoisse de diffusion identitaire*. Enfin, elle articule les sensations intéroceptives avec le manque d'un stimulus à identifier dans la réalité pour expliquer une *angoisse de pénétration* qui les laisse toujours en danger devant l'immaîtrisable.

Marie Langer¹⁵⁹ rappelle que cette crainte liée à l'intériorité des organes génitaux et leur état peut, par exemple, devenir consciente à travers certains troubles hypocondriaques de souffrir d'un cancer. Le développement fantasmatique de la fille à travers l'introjection du pénis clivé et non ambivalent proposé par M. Klein porte ses conséquences dans la réalité extérieure notamment dans le choix du conjoint (cf. partie traitant de la mise en acte de la sexualité génitale). Ainsi, la recherche d'un partenaire sadique servirait à apaiser l'angoisse d'introjection d'un mauvais pénis en limitant le mal qui peut être fait par sa confirmation et sa circonscription engendrée par la réalité elle-même (l'angoisse interne imaginaire est sans fin, l'expérience externe la confronte aux limites de la réalité). Arrêtons-nous également sur l'exemple de la frigidité qui met en jeu le vagin de la femme, associé, comme tout élément de l'intérieur du corps dans la théorie kleinienne, à une angoisse profonde. L'angoisse prend ici la figure de l'objet vagin décrit en fonction de l'objet pénis et du mal qu'il peut lui faire entraînant « le silence de l'excitation (qui) remplit la fonction positive, du point de vue de l'économie psychique, de tenir à l'écart les éléments fantasmatiques anxiogènes » (J. André, 1995, p.73). L'angoisse est associée à la destructivité, qu'elle concerne le vagin « destructeur » ou le pénis « mauvais », et la sexualité, pour être satisfaisante, devra triompher de ces angoisses.

Les angoisses primitives et structurantes du féminin concernant le corps interne de la femme sont ravivées et mises à l'épreuve tout au long des âges du féminin : règles, premier coït, maternité, accouchement et ménopause.

¹⁵⁸ VASCONCELLOS D. **Identité sexuelle : les angoisses spécifiques à la masculinité et la féminité**. In : *Information psychiatrique*, vol. 88 n°9, 2012.

¹⁵⁹ LANGER M. 1951, **Procréation et sexualité : Étude psychanalytique et psychosomatique**, avec une préface de Janine Puget, Éd.: Des femmes, 2008.

Colette Chiland¹⁶⁰ propose ce que l'on pourrait appeler une « angoisse de genre ». Le destin d'anatomie est signifié par les parents et il n'y a pas d'autre choix que de s'y soumettre, même s'il est douloureux, il s'inscrit dans une lignée de même sexe : « l'appui sur le même et la conjonction avec l'autre ». C'est bien de cela dont il est question dans le cancer pelvien, c'est du « sentiment d'appartenance à une identité sexuée » qui est bouleversé. Ainsi, elle situe l'angoisse de genre dans la perte de ce qui désigne comme appartenant à un sexe, donc dans la crainte de ce qui porte atteinte à l'intégrité corporelle.

L'angoisse de castration, en concernant la dimension métaphorique du terme, se définit chez la femme, pour L. Guttieres-Green, comme « la crainte générale de perdre les attributs de son propre sexe, y compris la capacité de se reproduire, donc comme une angoisse symbolisant la perte du phallus et non de l'organe lui-même » (L. Guttieres-Green, 1993, p.1643). S'il s'agit donc de perdre un pouvoir, quels sont ceux de la femme ?

–La *perte de la beauté* qui séduit les hommes.

–La *perte de la capacité de jouissance*. Elle s'adresse ici à la jouissance érogène du corps génital, autrement dit la frigidité chez la femme. Nous remarquons alors que l'*équivalent féminin* de l'angoisse de castration ne se manifesterait qu'à l'âge adulte.

–La *perte des capacités procréatrices*. Elle précise que cet équivalent peut se rencontrer autant de manière « naturelle » chez la femme, qu'au détour d'un acte chirurgical, dans ce cas l'angoisse est bien réelle et actuelle, liée à l'événement. Nous préférons nous référer à J. André pour considérer ces éléments comme événements actuels, épreuves de réalité actualisant des angoisses plus archaïques appartenant aux craintes parsemant le développement psychosexuel de la fille. Il ne s'agit donc pas « d'équivalent féminin » de l'angoisse de castration puisqu'ils ne participeront pas à la constitution de l'appareil psychique féminin (instances, représentations, conflits...) mais de situations « renvoyant à la crainte de perdre un pouvoir plus qu'un organe » ravivant des angoisses de type de l'angoisse de castration chez la femme. Il nous semble que nous nous situons ici dans des expressions à l'âge adulte de l'angoisse féminine et non face à un réel équivalent.

–Une *menace qui pèserait sur l'enfant*. Surtout si celui-ci est l'équivalent du vol du pénis, entraînant une potentielle vengeance de la mère.

Se posant alors la question d'un véritable équivalent tangible, circonscrivant dans le perceptif, elle s'appuie sur les craintes d'attaque contre l'intérieur imaginées par M. Klein, auxquelles la fillette ne pourra donner forme (au vide, sans limite) dans la réalité qu'à l'âge adulte (un pouvoir), une forme

¹⁶⁰ CHILAND C. **Dans la tête de l'autre**. In : *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57). 434 pages.

jouant le rôle du pénis permettant de penser le manque : mari, enfants, réalisation sociale. Les fantasmes archaïques seraient alors les prémices d'une angoisse de castration inscrite dans la réalité des pertes objectales. Sa théorie conforte la théorie freudienne qui expose une résolution longue et peu franche du complexe d'Œdipe féminin qui, sans angoisse, se résoudrait peu à peu, grâce, en partie, à la transposition d'objets. Mais ces craintes actuelles des analysantes semblent bien être l'expression d'angoisses plus archaïques qui n'ont pas attendu l'âge adulte pour trouver leur objet. Celui-ci s'est génitalisé et transposé avec l'âge adulte, renvoyant notamment à la crainte de perte. Voyons pour cela l'exemple du vertige de Danielle Quinodoz¹⁶¹. Elle s'interroge sur le fait de retrouver une forme particulière de vertige : *le vertige par compétition* chez ses patientes. Celui-ci est une expression de l'angoisse de castration, suscitée par la rivalité œdipienne. Si le garçon vit le complexe de castration sous l'influence de l'angoisse de castration, la fille le vit sous l'influence de l'envie de pénis, du désir d'obtenir, d'avoir, de posséder, qui reste « conservé dans l'inconscient » (S. Freud, 1933) pour toujours investi d'énergie. D. Quinodoz interprète certains investissements d'une réussite professionnelle, intellectuelle, sociale chez la femme « comme un avatar sublimé de ce désir refoulé » (cite S. Freud, 1993, p.1649). Se plaçant dans le référentiel de la bisexualité, elle décrit, chez la fille comme chez le garçon, l'envie d'avoir l'organe de l'autre et la peur de perdre ce qu'on a (ce que l'on a étant l'équivalent de ce que l'on perçoit pour un temps), sous la forme d'une « angoisse d'amputation ». C'est cette dernière qui ne peut être prise en considération chez la fillette, entraînant une double négation pour la femme : ne pas avoir de pénis et ne pas avoir peur d'être amputée de son propre sexe. Ceci provoque, pour D. Quinodoz, une « hallucination négative du sexe féminin », un doute sur l'existence du sexe féminin, équivalent en lui-même d'une menace de castration. La femme, confrontée à un double manque : de pénis et d'organe féminin, nous rappelle la proposition théorique de H. Deutsch.

C'est la tentative de réduire au silence la possibilité pour la femme d'être amputée à travers la dénégation de son sexe et de ses ressentis internes qui constitue en elle-même l'équivalence d'une menace de castration. Cette théorie fonctionne au regard d'une connaissance proprioceptive des organes internes et d'une connaissance fantasmatique de l'image du corps transmise, entre autres, par la rêverie de la mère et le monde en relation autour de l'enfant. « Il s'agit de représentation internes du corps propre liées à des fantasmes corporels inconscients » (D. Quinodoz, 1993, p.1651). Aussi, la distinction qu'elle établit entre l'angoisse d'être amputée des organes féminins (accueillir le partenaire sexuel) et des organes permettant d'enfanter, nous intéresse particulièrement

¹⁶¹ QUINODOZ D. **L'angoisse de castration a-t-elle un équivalent féminin ?** *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (n° 57). 434 pages.

face aux représentations induites par le cancer de l'utérus ou des ovaires ; l'expression de ces angoisses se différencie dans les craintes actuelles concernant des domaines différents : le rapport sexuel et la maternité. Pour le premier, nous penserons volontiers au vaginisme et à la dyspareunie ou à l'inverse à un comportement sexuel multipliant les partenaires pour vérifier la présence d'un vagin fonctionnant (sans le sens d'une possibilité d'accueillir) (Cf les travaux de M. Klein détaillés par ailleurs dans ce texte) ; pour le second l'exemple le plus probant est probablement celui des grossesses itératives conclues par IVG pour vérifier (inconsciemment) que les organes génitaux sont bien là et en état de fonctionner.

Dans son analyse du vertige par compétition, D. Quinodoz distingue des sensations masculines et féminines. Les femmes parlent d'un sentiment d'arrachage qui les prend au ventre pour les déstabiliser vers le vertige, « un trou ou un creux s'ouvre en elles, les implosant, les clouant sur place », correspondant à « un ancrage dans le corporel lié à la sensation chez les hommes que l'amputation de leur sexe le détacherait et le ferait tomber, et chez les femmes que l'amputation de leur sexe les laisserait vidées » (D. Quinodoz, 1993, 1653). Nous pensons alors à l'hystérectomie qui désigne le trou, l'absence, et à ses conséquences vertigineuses de vide pour la femme.

3.5. CONSTRUCTION DU FÉMININ ET DE LA FÉMINITÉ

3.5.1. Qu'est ce que le féminin, qu'est ce que la féminité ?

Répondre à cette question équivaudra à proposer une définition du féminin et de la féminité pour mieux comprendre ce qui les lie ainsi que leurs expressions cliniques.

Les auteurs M. Cournut-Janin et J. Cournut¹⁶² souhaitent aborder le thème du féminin qu'ils distinguent pour cela de la sexualité féminine. Cette distinction, nous la reprenons à notre compte tant elle semble indispensable pour garder une clarté dans l'exposé théorique mais également pour traiter par la suite les résultats. Ainsi,

–la sexualité féminine correspondrait au *fonctionnement psychosexuel des femmes*

–la féminité serait *l'ensemble des caractéristiques propres aux femmes*

–le féminin désignerait une caractéristique de l'Humain et de certains phénomènes psychiques non spécifiques de la femme.

Dans la logique phallique freudienne le féminin est caractérisé :

–par la passivité : chez la femme, chez l'homme (dont particulièrement l'homosexualité), chez l'enfant séduit et le tout petit en détresse devant l'excitation sans possibilité d'élaboration de l'absence ou de la trop présence séductrice de la mère.

–par le masochisme, « expression de l'émergence féminine » (S. Freud)

Le féminin est souvent représenté dans les travaux freudiens à la fois comme le côté sombre, attirant mais à la limite du pathologique, la tentation contre nature pour l'homme et comme le mystère fascinant, porteur du « charme étrange et inquiétant de ce que l'on a toujours connu » (M. et J. Cournut, 1993, p.1448). Puis, à partir de 1937, la tentation devient *refus du féminin* qui est d'ailleurs considéré comme une erreur pour les deux sexes, les unes (femmes) ne reconnaissant pas la réalité et les autres (hommes) prenant trop en compte ce qui n'est que de l'ordre du fantasme. On connaît également l'importance que S. Freud accorde à la toison pubienne dans son texte sur les fileuses. Ce poil qui accompagne l'advenue de la puberté cache le sexuel, c'est-à-dire ce qui doit demeuré secret. Avec la station debout, la toison pubienne perd toute son importance et dissimule un sexe auparavant exhibé. Poils et cheveux participent du masque de féminité qui préserve de la perception de castration et ménage la logique phallique. Pour S. Freud, c'est de l'envie du pénis que découle la féminité, celle-ci correspond à un investissement de « ses charmes », « précieux », « dédommagements » des organes défectueux.

¹⁶² COURNUT-JANIN, M., COURNUT, J. **La castration et le féminin dans les deux sexes.** *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57). 434 pages.

Pour Monique et Jean Cournut, la féminité s'instaure comme la réponse féminine à l'angoisse de castration masculine : rien ne doit évoquer pour l'autre masculin l'angoisse de castration, la *cicatrice* voire le *trou* susceptible de faire fuir l'homme et d'enrayer sa capacité d'aimer. Il s'agit là du même concept que celui de « l'éclat pénien », proposé par M. Fain et D. Braunschweig (1975), pour parler du corps phallique qui doit à la fois attirer le regard du père et le détourner du sexe pour ne pas réveiller l'angoisse de castration : « fétichisation du corps féminin tout entier » et cela grâce au regard de la mère qui enveloppe le corps de sa fille et le désigne comme *tout entier phallique* (F. Dolto, 1996).

M. et J. Cournut (1993) interrogent le désir féminin à travers le corps et l'image du corps qui renvoient aux identifications spécifiques féminines, aux montrés-cachés, aux identifications corporelles de surface qui ne racontent rien du dedans, de l'intérieur féminin. Cet intérieur nous rappelle l'éthique féminine de F. Dolto. La femme est toujours double, une partie interne et une partie visible, une éthique et une esthétique et les deux sont liées. Ce qui est invisible peut cependant le devenir, visible : excréments, urines et puis les règles qui introduisent à la sensation une nouvelle muqueuse, un nouveau chemin. Les orifices sont proches mais séparés. Ainsi, soutenant les idées de Maria Torok¹⁶³, les auteurs pensent que l'envie de pénis cache le véritable désir féminin et ajoutent que le dégoût souvent lié aux règles (sales, déplaisantes) pourrait être destiné à cacher un vécu plaisant et secret prototype en quelque sorte de la pénétration, véritable objet du désir féminin. L'expression de la beauté et l'attention portée au corps extérieur lié à la féminité trouverait ici son explication, non pas pour cacher ou pallier à un défaut de sexe anatomique, comme le suggère S. Freud, mais pour parer à l'angoisse déclenchée par le corps interne, retournement sur le corps externe comme le suggère F. Dolto.

L'expression de la féminité est mise en lien par M. et J. Cournut avec l'analité et la proximité, non seulement anatomique, mais fantasmatique de l'anus et du vagin. Ainsi, alors que la petite fille tient à distance les fantasmes de mise en dedans et rend l'anus silencieux car trop proche, trop près, « elle sera revêtue de l'éclat que la mère et le père prêtent au narcissisme corporel tout entier de l'une et au narcissisme phallique de l'autre » (M. et J. Cournut, 1993, p.1499). Le garçon, quant à lui, n'a pas ce problème de confusion et peut profiter plus longtemps, plus pleinement de l'air de jeu qu'offre l'analité. La saleté ne lui fait pas peur, il n'est pas prude, il n'est pas coquet même si nous entrons là

¹⁶³ TOROK M. **La signification de « l'envie du pénis » chez la femme.** In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

dans la caricature, il n'est pas rare de remarquer ces différences de manière affirmée chez les enfants du même âge. De plus, choisir l'intestin au vagin permet d'être tranquille encore un temps, de la rencontre avec l'autre sexe.

La caractéristique double de la femme, entre un corps érotique et un corps maternel, mais aussi entre un interne et un externe, se matérialise symboliquement et métaphoriquement à travers ses investissements. Les vêtements pour la parure externe, la maison pour l'intérieur sont les exemples les plus usités mais nous montrent toujours la même chose : que l'utilisation de la féminité voile ou désigne le féminin de la femme. J. Schaeffer explique la mascarade de féminité par la métaphore du rubis : « si le rouge du rubis est sa couleur manifeste c'est précisément parce qu'il refuse la longueur d'onde de celui-ci ». Il s'agit dans son texte de la présentation hystérique de la féminité, mais il nous semble intéressant de reprendre ses avancées au compte de nos patientes, ainsi « le féminin outrancier que les hystériques donnent à voir n'est pas l'expression directe d'une féminité assumée et simplement exacerbée, tout au contraire, il exprime ce qui n'arrive pas à être intégré dans les profondeurs de la vie psychique, il exprime la difficulté du sujet face à l'intégration véritable à la fois de la différence des sexes et de la bisexualité qu'elle implique, et de la sexualité elle-même. Sexuel et effraction, sexuel et intrusion narcissique sont confondus, vagin, bouche et anus ne sont que mal différenciés, les expériences d'intrusions orales et anales sont transférées et amalgamées à la pénétration vaginale alors vécue comme intrusion et non comme rencontre sexuée » (R. Roussillon, 2007, p.288). Cette phrase de René Roussillon à propos du travail de J. Schaeffer nous interpelle par sa pertinence dans la clinique de nos patientes.

Piera Aulagnier¹⁶⁴ définit de façon originale la féminité à travers l'amour, le désir et donc l'autre, l'autre sexe, le couple. Les deux sexes qui se font face s'interrogent (interroge l'autre et s'interroge en fonction de l'autre), « que désire-t-elle ?... de quel désir suis-je désirant ? », c'est en ces termes que se posera pour l'homme la question de la féminité. « De quel désir me veut-il désirante ? », voilà ce qu'en écho vient répondre la femme » (P. Aulagnier, 1967, p.57). La féminité de la femme se constitue dans la reconnaissance d'un autre sexe désirant et désiré.

La femme inscrit son désir en regard de l'amour, c'est-à-dire que celui-ci vient servir d'alibi et recouvrir son impossibilité à se concevoir comme objet de désir pour l'autre. La femme désire parce qu'elle est aimée et rejette le désir de l'homme qui la « rabaisserait » à l'état d'objet de jouissance soumis au désir, c'est-à-dire aux caprices et exigences de l'homme. Paradoxalement, la femme sous

¹⁶⁴ AULAGNIER P. **Remarques sur la féminité et ses avatars**. In : Le désir et la perversion, Paris : Ed. Du Seuil, 1967.

couvert d'amour veut être l'objet unique et irremplaçable du désir de l'homme. Elle se veut choisie et pour cela elle ne peut se reconnaître désirante du désir de l'autre qui la renverrait à son manque. Elle dénie donc en partie son désir pour se penser offerte comme un cadeau dans le sens d'une faveur au désir de l'homme. Elle est ce qui lui manque et ainsi ne reconnaît pas sa capacité à manquer de ce désir que lui accorde l'autre. Elle est désirable, pas désirante.

C'est ainsi que Piera Aulagnier parle de la féminité dont s'enveloppe la femme : un voile jeté sur son désir caché à l'autre sexe : « qu'on dénonce sa démarche de sujet du désir et elle se découvre nue sous le regard, dépouillée d'une parure qui, comme nous le verrons, n'est autre que l'emblème de la féminité dans sa fonction d'écran, voire de bouclier face à un premier regard qui l'a découverte privée de ce qu'elle croyait avoir » (P. Aulagnier, 1967, p.63). Une féminité d'apparat qui se montre pour cacher les profondeurs d'un féminin désirant et peut être même dépendant du désir de l'autre. La féminité est un leurre à l'attention de l'autre sexe.

Si l'apparat de la féminité cache le féminin, c'est surtout ses origines anales qui sont dissimulées. En effet, les auteurs Monique et Jean Cournut remarquent que la levée du refoulement portant sur le sexe de la fille à l'adolescence peut être brutale pour le père. Celui-ci serait alors, tout à coup, sollicité dans ses identifications homosexuelles face à sa fille devenue désirable et pénétrable jusque là cachée par sa féminité avec le concours de la mère. La levée convoque donc une régression anale dont la fille est l'objet. Les auteurs font le lien avec les comportements parentaux et notamment le comportement paternel protecteur qui tente de contrôler les sorties de sa fille adolescente comme on contrôle l'objet partiel pour le préserver du génital. Dans ce sens l'anal protège du génital. Ce qui est dévoilé, c'est le « trou », le vagin angoissant, et le pénis est à protéger : « la fille est la représentation de la sexualité génitale dans ce qu'elle dévoile de rapport entre un pénis et un vagin » (M. et J. Cournut, 1993, p. 1504)

« Aussi bien, séparer l'anal du génital sera-t-il un souci féminin constant, et « vider » l'intestin aura ainsi le sens, inconscient, d'évitement d'une souillure sexuelle ».

En décrivant des exemples cliniques de l'angoisse d'amputation, D. Quinodoz apporte une vue intéressante aux difficultés pour la femme d'être en contact d'une éthique féminine (F. Dolto), d'un féminin interne (M. et J. Cournut), d'un objet interne fantasmatique (M. Klein), d'un interne précieux (L. Andréas-Salomé), il s'agirait de *l'inhibition du sentiment d'être riche*, expression d'une angoisse d'amputation importante qui conduirait la femme à cacher inconsciemment aux yeux du monde (de sa mère) ses richesses intérieures pour à la fois ne pas risquer la rétorsion et ne pas entrer en rivalité avec sa mère. La femme se montrant ainsi pauvre extérieurement (sentiment, affect,

intelligence beauté...), donc manquante de quelque chose, symbolise son manque « de richesses sexuelles de femme ancrées dans le corporel » mais également l'incapacité à prendre soin des objets internes précieux (pénis, embryons, bébé), évitant ainsi d'être accusée par la mère de vol et donc de subir la rétorsion en retour de rivalité. « Je n'ai rien volé, je n'ai rien à voler ».

« Le « féminin » de la femme réside dans le dépassement, toujours à reconsidérer, d'un conflit constitutif, qu'elle le dénie ou non, de la sexualité féminine » (J. Schaeffer, 2005, p.55). Ce conflit est le même que celui qui exige le masochisme pour le gérer : entre son moi et son sexe, ce que l'un veut, l'autre le refuse, la discorde s'inscrit sur la « défaite », désirée / rejetée. « Tout ce qui est insupportable pour le moi est précisément ce qui contribue à la jouissance sexuelle : à savoir l'effraction, l'abus de pouvoir, la perte du contrôle, l'effacement des limites, la possession, la soumission, bref « la défaite », dans toute la polysémie du terme » (J. Schaeffer, 2005, p.55). Le féminin de la femme est changeant, instable, modulant au gré des caprices pulsionnels et des périodes. À la fois temporelle et atemporelle, la femme est deux, est trois, elle est paradoxale dans sa façon même de répondre à ses propres exigences pulsionnelles qui sollicitent son moi, mais elle est également contrariée dans l'accession de ses buts social, maternel, érotique, toujours en train de jongler entre analité, phallisme et masochisme érotique, dans l'attente de se réaliser et de l'homme adéquat pour le faire ou le laisser faire.

3.5.2. Développement libidinal du féminin entre esthétique et éthique

Nous proposons à présent de revenir sur le développement de la féminité et du féminin chez la femme en reprenant, brièvement, les stades psychosexuels de la fille en mettant un accent sur l'accès au féminin et à la féminité à travers notamment les concepts développés par Françoise Dolto¹⁶⁵ d'*éthique* et d'*esthétique* féminines, permettant d'expliquer avec clarté l'investissement d'un externe et d'un interne constitutifs d'une identité sexuelle féminine.

Le moment clé du développement de la sexualité féminine, celui qui sera toujours de retour en cas de trauma mais aussi dans les étapes du développement de la femme, est celui de la première relation avec la mère. Cette première relation est une relation de dépendance vitale pour le bébé qui va déterminer ses modalités sexuelles et émotionnelles ultérieures en commençant un apprentissage éthique et esthétique basé sur les satisfactions et les réactions du corps, les sensations et les perceptions, dans une dialectique avec la mère. Sexualité, mais également féminité, prennent leurs

¹⁶⁵ DOLTO, F. (1996). **Sexualité féminine: la libido génitale et son destin féminin**. Paris : Gallimard, coll. Folio.

marques dans les prémices d'une possible identification plus tard à la mère active et phallique des premiers soins. Pour cela, il faut qu'un tiers du sexe opposé soit présent pour valoriser physiquement et symboliquement la mère. L'homme joue le rôle que la fillette n'aura pas à jouer en s'intéressant à la mère et, en cela, soutient ses potentialités féminines.

Les observations de nourrissons montrent une attraction déjà très nette de la fille pour tout homme qui ne déclenche pas de méfiance chez la mère. Le bébé tend alors les bras au sexe opposé alors qu'elle ignore les représentants de son propre sexe. Ces observations incitent certains auteurs à penser que la féminité est déjà présente et diffuse dans le corps du bébé fille alors qu'elle n'est encore qu'un nourrisson.

De ses premières relations avec ses parents, la façon dont elle est mise au monde, accueillie, parlée, pensée, doit se dégager pour la fillette une intuition de son sexe et de sa féminité traduit par son comportement à la présence masculine. En effet, le sexe anatomique qui rend l'être humain femme, ne va pas forcément de pair avec la féminité qui est une construction marquée par des étapes importantes de la naissance jusqu'à la femme adulte. Ainsi, la féminité se développe grâce aux échanges sensoriels et physiques de la fille avec son entourage et les valeurs symboliques que celui-ci lui renvoie et échange avec elle. Se développent alors, en parallèle de sa libido, son narcissisme féminin et l'intelligence de son sexe, une esthétique et une éthique.

Dès cet âge (phase phallique freudienne), la petite fille déplace sur les choses sa compréhension et son acceptation de son sexe, transfère sur les objets une intuition éthique et esthétique inconsciente, un transfert qui se fait sur le corps, les comportements (jeté ballon, sauté sur place, jeux différents) et le développement intellectuel (de la curiosité par exemple) et donc qui différencie très tôt petit garçon et petite fille, entre masculin et féminin (comportement, pensée, attitudes, désirs). À cette époque, l'éthique féminine s'exprime par l'intérêt porté aux cachettes, aux trésors, la valorisation des creux, des boutons, des plis, des ornements,... Elles expriment, par exemple, un intérêt pour les décorations, le petit plus sur leurs habits comme les broches et les boutons, elles s'ornent et se parent d'objets qui n'ont pas d'autre utilité que de faire beau, d'attirer l'attention sur leur corps qui a pris une valeur « tout entier phallique » (F. Dolto). Karen Horney rapporte également la « pruderie » et la gêne exagérée qu'ont parfois les petites filles à cette impossibilité de laisser cours à leur pulsions exhibitionnistes comme peut le faire le garçon, tendances qui régresseraient alors à un stade où le désir de se montrer concerne tout le corps. Elle explique ainsi la manière dont les femmes s'habillent et ornent leur corps ainsi que le trait stéréotypé que l'on attribue aux hommes et

aux femmes entre objectif et subjectif, les femmes se voyant contraintes par la méconnaissance de leur corps de se tourner vers leurs objets internes avec une plus grande difficulté à se dégager d'elles-mêmes car en recherche permanente d'une connaissance de soi inaccessible par le percept et nous ajouterons une connaissance du monde qui s'établit sur le même principe (projection de soi sur le monde qui les entoure). Boutons, plis et nœuds dans leur préférence vestimentaire les différencient des garçons du même âge. Accompagnant cette observation, F. Dolto propose une analogie avec le clitoris et la vulve : « le bouton et la fente », clitoris qui est un vestige, reliquat d'une autre époque et qui prend l'aspect d'un bijoux décoratif avec, plus tard, un détournement sur le vagin. Les filles sont donc très tôt séductrices devant la glace, déployant ces moyens pour faire remarquer un corps dont le sexe ne se remarque pas ; son désir du pénis devient *centrifuge* tout comme la dynamique féminine : tournée vers l'intérieur.

Si le petit garçon peut manifester ses sensations localisées à l'endroit du sexe par l'érection, la petite fille, elle, utilise son corps entier dans ses mouvements pour traduire ses émois, ainsi elle va développer la grâce, la démarche, tout ce qui fait joli en utilisant les mouvement du corps (danse) et surtout les mouvements ondulatoires du bassin.

C'est en passant du statut passif à actif que des échelles de valeur se structurent chez l'enfant en relation avec celles de sa mère. D'abord, la libido est digestive et les objets ne peuvent pas être investis activement par l'enfant. Puis, celui-ci adopte progressivement une autonomie physique jusqu'à la station debout permettant déplacement, transport et modification des objets. Esthétique et éthique se développent donc en parallèle par l'expérimentation d'une dialectique inter-relationnelle entre lui (l'enfant), sa mère et les objets partiels introduits dans la relation, permettant l'échange émotionnel. Les objets sont liés à la mère et permettent la dialectique de l'amour et de la perte constituant ainsi « l'éthique de la libido du désir de l'objet valorisant ressenti centralisé au cœur (lien d'aimance et tendresse) et l'éthique de la libido du désir centralisé aux zones érogènes (tentation érotique) » (F. Dolto, 1996, p120).

Ce moment de l'acquisition de l'autonomie physique est celui de l'observation et de l'exploration du corps, c'est le moment de nommer le sexe car ce qui ne se nomme pas n'est rien. Les premières érotisations des parties génitales et du corps (premiers jeux érotiques oral et anal) doivent être accompagnées par la mère qui accepte l'érotisme féminin de sa fille et qui l'aide à se développer dans sa relation vers l'extérieur en transférant ses pulsions vers des objets pour éviter un retour au corps des premières érotisations. L'éducation érotique est une éducation qui va permettre à la fille de se détourner vers l'extérieur ; c'est une éducation aux sens, psychomotrice, gestuelle, à

l'expression verbale et tout ce qui l'intéresse autour d'elle. L'éducation érotique et le développement de la féminité se font très tôt de concert et concernent la dialectique qui existe entre les différentes libidos (orale, anale, active, passive, phallique), elles-mêmes engagées dans la dialectique de relation entre la mère et l'enfant. C'est donc au moment où l'enfant s'aperçoit des différences de caractéristiques péniennes que la fillette pose la question de ce manque chez elle à ses parents et notamment à sa mère, prise en expert. En fonction de la réponse, elle pourra se tourner vers son destin féminin. En effet, c'est de la réponse des parents à la différence des sexes dont va dépendre le sens narcissique donné à cette découverte. Cela était vrai pour Hans et l'est aussi pour la fille. Il faut permettre à la fille de se situer du côté de la mère: être faite comme sa mère, comme une femme, dans ses identifications à venir qui l'orientent vers une identité sexuelle de fille. Devant la demande de la fille, la mère modifie donc son sens esthétique et éthique de son corps en la valorisant identique à elle dans son sexe de fille. La fille, s'apercevant de sa différence anatomique de sexe avec le garçon, pourra, autant qu'elle en aura besoin, s'identifier à sa mère dans son sexe et sa personne. À l'âge de trois ans, la petite fille est déjà très féminisée et très érotisée dans sa féminité, parlant la langue maternelle. L'identification aux images parentales se continue ensuite avec « grande et belle » comme maman. En acceptant sa conformité au corps féminin, la petite fille joue à la maman avec ses poupées et se constitue déjà une éthique à trois, contrairement au garçon qui reste encore duel. En continuant à s'identifier à sa mère, c'est-à-dire à l'introjecter dans son sexe, la fille adoptera peu à peu des préoccupations de femme. La femme a besoin de différents étayages féminins dans son parcours, et plus tard, les problèmes féminins qui étaient des problèmes de femmes, le restent dans la confiance. La féminité est une histoire (transgénérationnelle) de femmes.

Dans cette phase de l'Œdipe, le mouvement esthétique est majoritairement tourné vers l'extérieur. Les filles s'identifient au rôle et les garçons à la personne. La fille est gratifiée par le "non pénis", elle n'a rien à défendre comme le garçon et semble plus sereine quant à son rôle. Par contre, elle peut être agressée et développe déjà la prudence, l'économie, la conservation et le camouflage de ses trésors, tout ce qui sera des traits féminins de la personnalité.

La résolution œdipienne se passe au moment où la denture définitive s'établit chez la fille qui peut alors sourire au miroir pour y apercevoir son aspect de jeune fille. Ses fantasmes se tournent vers l'avenir et également vers l'extérieur. La phase de latence physiologique permet de sublimer ses pulsions par le développement de son intérêt pour la culture, la société, ses amis, ses activités. À la fin de cette étape, la fille a normalement reçu ce qui pouvait soutenir son narcissisme féminin et le

confronte maintenant aux autres.

Il est nécessaire que les valeurs éthiques puissent se développer en même temps que les valeurs esthétiques pour que la femme puisse se constituer, tant dans son féminin que dans sa féminité. Les déliaisons entre éthique et esthétique sont autant de risques pour la féminité et le féminin de la femme. Danielle Quinodoz (1993) met en opposition le vide, le rien, l'absence avec désirer, accueillir et non posséder un pénis. Elle propose une angoisse d'amputation située du côté de la rétorsion maternelle et constitutive d'une menace pour la féminité dont l'expression est psychique et corporelle : « depuis le sentiment d'une incapacité à être séduisante, d'une impossibilité à enfanter biologiquement ou symboliquement, d'une compulsion à répéter une scène œdipienne où elle laisserait sans cesse le partenaire à la rivale, ou au contraire ne serait intéressée que de lui ravir, d'une inhibition à l'orgasme, d'une stérilité ou d'une infertilité psychiques, du sentiment d'être vide, pauvre de ne contenir aucune richesse » (D. Quinodoz, 1993, p. 1652).

3.5.3. Quelles origines pour le féminin ?

L'état des recherches actuelles en embryologie montre la femellité du fœtus qui se masculinise ensuite par des procédés hormonaux, sinon il restera femelle. Est-ce que cette information aurait changé quelque chose pour les travaux freudiens ? En tout cas, elle corrobore ce que nous dit la psychanalyse d'un féminin au départ dans les deux sexes.

Il semble que notre question titre trouve sa réponse dans le concept de féminin ou féminité primaire commun aux deux sexes qui représente l'un des deux courants dont nous parlions en introduction des théories sur la sexualité féminine post-freudienne, celui qui propose une psychosexualité de la fille à part entière, distincte de celle du garçon. Une partie de la réponse a d'ores et déjà été donnée dans l'exposé sur les angoisses féminines¹⁶⁶, ce qui nous conduit à un simple et bref retour sur la question.

Rappelons que S. Freud n'a pu faire l'hypothèse d'une féminité primaire que du côté du pathologique avec les cas Schreber et Léonard (1910-1911). Pourtant, il décrit aussi la première effraction des soins que la mère procure au nourrisson, lui imposant une passivité et une réceptivité que J. André nomme une « pré-féminité ». Monique et Jean Cournut, prenant la suite de J. Lanouzière (1993, p.1409), interrogent, chez les enfants des deux sexes, une féminité primaire à travers le plaisir du sein partagé entre la mère et l'enfant, inscrivant chez eux une « activité

¹⁶⁶ Notamment les points de vue de J. André et J. Schaeffer sur une ouverture initiatique au féminin.

réceptrice » (C. Parat) (forme active de la passivité sur laquelle nous reviendrons pour nous y attarder). Pour M. Klein, cette féminité primaire est à la base de sa théorie, elle se traduit par l'envie d'incorporer le pénis possédé par la mère chez les enfants des deux sexes. Ainsi, le petit garçon est lui aussi soumis à cette réceptivité féminine précoce et doit dépasser, dans son développement psychosexuel, un complexe de féminité (désir oral du pénis du père et désir d'avoir des enfants de son père) qui ressemble à la position féminine de la petite fille.

D.W. Winnicott propose un « féminin pur » qui serait le socle a-pulsionnel de toute construction psychique pour les deux sexes. Ce tout premier temps se joue dans la relation avec le sein maternel appréhendé comme une partie de soi, différenciable et indifférencié. Ainsi, ce féminin primordial se situe dans le même, immobile, alors que la pulsion est l'élément masculin qui circule et fait du lien, permettant les identifications. R. Roussillon (2007) pense que le petit d'homme est au départ féminin. Ce féminin primaire se constitue donc à partir d'une relation homosexuelle « en double » avec la mère primaire. Le maternel, ou plutôt la rencontre avec le maternel de la mère primaire, joue donc un rôle important dans la constitution du féminin primaire du bébé, c'est-à-dire ce que la mère pourra faire passer de sa propre féminité et de sa sexualité dans cette première relation. Le féminin sera ensuite remanié par ce que l'histoire du sujet lui apprendra mais cette première rencontre avec « le maternel », cette « relation homosexuelle primaire en double », restera le socle de l'histoire et laissera des traces. Dès lors, R. Roussillon considère que « la réceptivité première de la mère aux élans pulsionnels et affects de son bébé fournit ainsi une première matrice au féminin » (Roussillon, 2007, p.291). C'est cette réceptivité témoin du féminin qu'il nous intéressera de mettre en exergue dans notre matériel (Rorschach, TAT, entretiens) : tout ce qui se remplit, se bouche, se creuse, qu'il s'agisse du vagin lui-même comme dans l'exemple clinique de R. Roussillon (d'autant plus flagrant qu'il s'agit des propos d'un homme), ou plus symboliquement d'un trou, voire d'un désir (d'enfant...), corrélé bien sûr par leurs opposés : s'ériger, monter, couper... En fin de compte, nous suivons volontiers l'hypothèse de R. Roussillon, considérant que « la représentation du sexe féminin hérite des caractéristiques de la relation primaire à l'objet », indiquant un lien entre féminin primaire et féminin secondaire qui inclue la sexualité génitale mise en acte. Autrement dit, nous rechercherons ces représentations chez des femmes interrogées directement et sans détour sur leur sexualité, pour répondre à la question du devenir de leur féminin avant et après les traitements.

M. et J. Cournut mettent en avant la dimension féminine de l'analité en tant qu' « équivalent réceptif féminin dans les deux sexes » (1993, p.1486) tant la partie anatomique correspondant à la chose est investie des mêmes fantasmes de pénétration. Ils reprennent l'hypothèse d'un féminin primaire en tant qu'identification à la mère, profondément enfoui dans les strates du temps et de la psyché, à

l'image d'un trésor narcissique, enfoui mais néanmoins disponible. Reprenant l'image du *trésor* de L. Andréas-Salomé, ils proposent un féminin primaire fondamental pour les investissements narcissiques, au risque d'un *féminin sans réserve* (pour reprendre l'idée de thésaurisation narcissique de B. Grunberger), à entendre probablement en deçà du sexuel de la génitalité infantile, un narcissisme perdu car trop enfoui que les garçons pourraient continuer à poursuivre, à rechercher toute leur vie à travers l'autre féminin pour posséder ce trésor à travers elle. Ces approches ont en commun l'intégration nécessaire du féminin primaire pour la suite du bon développement, notamment narcissique.

3.5.4. Identifications et identité féminine

Les études qui abordent les retentissements psychologiques du cancer sur les patients atteints (cf. l'état de la question réalisé en début d'étude) font systématiquement référence à l'identité des malades pour en souligner un bouleversement, un ébranlement. Lorsqu'il s'agit d'étudier une femme atteinte de cancer, quel qu'il soit, les auteurs font facilement référence à l'identité sexuelle ou l'identité féminine pour décrire les conséquences psychiques, de l'alopécie¹⁶⁷ par exemple. Dans ce contexte, il nous est apparu utile pour notre propos de clarifier les notions d'identité sexuelle et féminine. Ce paragraphe fait suite aux explications sur la construction du féminin puisque l'identité féminine en résulte comme le vécu subjectif du sentiment de soi, forgé à la croisée de la biologie, des cultures et des contextes historiques.

L'identité en général est un *phénomène paradoxal*¹⁶⁸ qui pourrait se traduire par : être différent mais semblable aux autres de son espèce, c'est-à-dire allier la continuité du sentiment d'exister comme soi-même tout en se sentant faire partie d'une communauté d'espèce. Le sentiment d'identité s'acquiert tout au long du développement de l'individu, il est l'aboutissement d'un certain nombre de processus qui se fondent sur la relation d'objet insérée dans un modèle culturel qui porte l'identité au niveau collectif de l'espèce. Les auteurs mettent en avant la première relation mère-enfant comme constitutive de l'image du corps et du sentiment de soi si cette relation est adéquate. C'est donc à la mère de faire advenir, de transmettre l'expérience « d'être » à l'enfant et notamment en le séduisant comme nous le détaillerons avec l'homosexualité primaire. Ce que les mères transmettent à leurs filles n'est autre que leur identité, leur féminité, la reconnaissance et la complémentarité de l'autre sexe, leur désir de maternité, leur tendresse, leur érotisme mais aussi

¹⁶⁷ Effets secondaires tout à fait classiques du traitement des cancers par chimiothérapie entre autres.

¹⁶⁸ VASCONCELLOS D. **Identité sexuelle : les angoisses spécifiques à la masculinité et la féminité**. In : *Information psychiatrique*, vol. 88 n°9, 2012.

leur ambivalence et leur violence. L'anatomie de naissance indique un sexe aux parents et cette réalité biologique est prise en charge par leur psychisme et notamment par celui de la mère dans la toute première relation. Autour de cette inscription psychique s'organisent les fantasmes et messages qui vont être renvoyés à l'enfant comme le reflet de son sexe sur le miroir parental.

Pour Doris Vasconcellos le cheminement qui mène la femme à son identité sexuelle féminine n'est pas chose simple. La fille aurait « deux puissants facteurs qui s'opposent à l'acquisition d'une identité individualisée : l'identification primaire narcissique à la mère et l'envahissement de son intérieur par l'excitation non représentable » (D. Vasconcellos, 2012, p.732). Ainsi, ce sont les propres entraves de la mère sur la question des représentations de ses expériences sexuelles et de son sexe qui freinent l'individualisation identitaire dans sa relation à sa fille. La remarque anthropologique sur les femmes et notamment les mères qui se trouvent dépourvues de mots pour nommer spécifiquement l'appareil génital féminin, est reprise par Rolphe et Gaeirson ainsi que par D. Vasconcellos pour souligner les difficultés de représentations qui font planer la confusion dans la discrimination des zones érogènes de la fille. L'identification primaire impose de savoir « rester femme, tout en devenant différente de sa mère idéalisée ». De l'identification à la mère naissent des contraintes issues de ses propres failles qui vont s'inscrire à leur tour dans les processus d'identification de la fille : pas de nom, pas de perception, pas de discrimination, pour l'ensemble de la zone génitale, laissant orphelines les sensations internes perçues. Il en reste que la fille « reste très dépendante de sa mère pour être rassurée quant à l'intégrité de son corps » (D. Vasconcellos, 2012, p.732.)

L'identité sexuelle féminine se construit tout au long du développement de la sexualité féminine. Érotisme, éthique, esthétique et libido s'intriquent, se construisent et fondent la sexualité féminine jusqu'à son aboutissement : une femme sexualisée, génitale et épanouie dans son identité sexuelle. En ce qui concerne la fille, elle doit pouvoir s'identifier à la femme sexuée dans la mère. Les trois imagos : de la fille, de la femme et de la mère constituent l'identité féminine.

Pourquoi parler plus spécifiquement des identifications ? D'abord parce que distinguer identité et identification c'est reconnaître la nature constitutive des secondes sur les premières, ainsi que les problématiques différentes qui s'y rattachent et qui n'ont pas le même poids psychopathologique ; (l'outil qu'est le TAT est particulièrement efficace pour relever les problématiques identitaires et identificatoires attenantes d'un fonctionnement psychique et d'une situation donnée). L'identification joue un rôle dans la formation du moi, du surmoi et de l'idéal du moi, outre la formation du caractère et de l'identité, et elle est en même temps une constante dans le jeu continu

de la relation entre sujets et objets.

Il existe deux grands mouvements identificatoires, constitutifs de la personnalité et la différenciant : *l'identification primaire* est « un mode primitif de constitution du sujet sur le modèle de l'autre, qui n'est pas secondaire à une relation préalablement établie où l'objet serait d'abord posé comme indépendant »¹⁶⁹ (Laplanche & Pontalis, 1998).

Les identifications, autant que les investissements d'objet, sont parties tenantes du travail de deuil (perte et renoncement) imposé par la disparition du complexe d'Œdipe sous le coup de la castration. Alors que la fille redoute les pertes, le garçon, lui, renonce sous le joug du même complexe. Sans entrer dans les travaux complexes qui examinent la naissance de l'identité sexuelle, son étiologie entre corps et culture pour répondre aux problématiques posées par le transsexualisme ou encore l'intersexualité, nous nous cantonnerons dans nos travaux à examiner les mouvements identificatoires qui vont déterminer une identité sexuelle féminine pour pouvoir comprendre ensuite, comment le cancer « sexuel » se greffe et bouscule cette identité acquise ; car « la perte d'identité est un danger spécifiquement humain, et maintenir l'identité est un besoin spécifiquement humain » (D. Vasconcellos, 2012 p.729).

Dans la théorie kleinienne, la féminité primaire peut être rattachée à la connaissance d'un corps interne (y compris le sien) porteur d'objets partiels (enfant, pénis...), donc d'envie, attaque et crainte de rétorsion dans son corps propre, mais nous l'avons déjà vu. Ce qui accompagne la réceptivité féminine de cet objet partiel prestigieux, c'est la haine pour la mère qui refuse de se laisser déposséder. L'envie du pénis n'est donc pas primordiale, à la faveur de l'identification sexuelle et maternelle à une mère phallique car détenant, en elle, parmi ses objets internes, le pénis. L'identification maternelle est donc primordiale avant l'organisation de la castration et le jeu fantasmatique qu'elle permet. La féminité devient la résultante du processus d'introjection du pénis qui combine des mécanismes d'identification à la mère « être comme en faisant sien ses contenus » et d'investissement de l'objet père en incorporant-recevant son pénis.

L'identification et l'altérité se jouent donc pour le tout petit dans son rapport à sa mère : entre objet (pour elle) auto-érotique et *partenaire amoureux sensuel*. C'est dans ce double registre, entre identification et investissement objectal, que s'inscrit « l'homosexualité primaire » selon E. Kestemberg¹⁷⁰. L'homosexualité primaire entre dans le jeu des identifications pour en marquer la différence des sexes face aux investissements narcissique et objectal : l'amour de la fille pour la

¹⁶⁹ LAPLANCHE J., PONTALIS JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967.

¹⁷⁰ KESTEMBERG E. "Astrid" ou : **homosexualité, identité, adolescence**. In : *Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, n° 8 (1984)

mère est dans l'identique, ainsi elle peut la remplacer fantasmatiquement auprès du père tout en ne cessant pas complètement de l'aimer à travers la part narcissique, inscrite dans le corps identique, qui pallie la perte identificatoire. Puis, l'identification peut se faire au père, c'est-à-dire aimer la mère comme lui. Le garçon n'a pas cette part narcissique dans l'identification, il est bel et bien confronté à la perte identificatoire à laquelle s'ajoute l'horreur de la différence.

Les mouvements identificatoires des femmes en âge de procréer et des mères convoquent le féminin maternel. Comme nous l'avons déjà évoqué, le féminin est double, tantôt maternel tantôt érotique, telles les deux faces d'une même pièce. Ce visage janusien est celui de l'identité des femmes, une identité à plusieurs facettes, parfois difficilement conciliables. Les femmes s'identifient à leur fille comme à leur mère, réactivant un *fond commun de libido*. Le travail inconscient, notamment identificatoire, qui inscrit la femme dans son sexe n'est pas purement homosexuel, bien que nécessaire pour l'identité sexuelle. L'identification au sexe opposé, qui aura été possible pour une mère, permettra, sous couvert d'un courant homosexuel, de s'identifier à l'homme dans la mère. La bisexualité psychique est importante pour permettre à la fille de retrouver, dans sa mère, l'homme et la femme de ses propres identifications, et convoquera aussi, chez la mère, une identification au courant que sa fille traverse, pour mettre en place sa propre bisexualité (exemple d'une mère attendrie par les attitudes « garçon manqué » de sa fille).

Le travail de Colette Chiland¹⁷¹ sur le transsexualisme (et dans l'ensemble, sur les troubles de l'identité sexuée) nous aide à éclaircir les notions d'identité sexuée, de genre et à comprendre comment entre en relation la réalité perceptive du corps propre (toujours en rapport à la perception sur le corps de l'autre) et la réalité psychique. Comment se rejoignent et s'achoppent les différentes réalités anatomiques et le fantasme, entre destin (« je suis comme ça ») et expression du destin (« je dois être comme ça ») ; comment se situe le désir du sujet (« je veux être comme ça »). Dans cette perspective qui découle du *destin anatomique* freudien, nous nous posons la question des conséquences psychiques de « je suis devenue comme ça », achoppement involontaire du destin anatomique des sexes qui coupe de la lignée des femmes comme du regard des hommes (du moins lorsque le corps est investi comme apanage).

Le sentiment d'identité sexuée est commun à tous les êtres humains et, malgré la bisexualité freudienne, nous nous plaçons toujours, ou plutôt souvent, en regard de cette « bipolarité sexuée »

¹⁷¹ CHILAND C. **De l'essence du féminin**. In : *Psychologie clinique et projective*, vol. 1, n° 2 (1995)

qui constitue l'être humain et inscrit, en chacun, un sentiment d'appartenance à l'un ou l'autre sexe . Colette Chiland (1993) fait intervenir quatre dimensions pour définir le sexe : le biologique, le psychologique, la culture et la fantasmatisation individuelle. Retenons la dimension psychique qui propose des caractéristiques psychologiques dégagées par elle comme étant les seules assez opposées pour ne pas entraîner de confusion entre les sexes : « seuls la position lors du coït (pénétrer ou être pénétré vaginalement), la capacité d'enfanter et d'allaiter, le cycle de la vie sexuelle aux étapes tranchées et marquées par le signe du sang chez la femme différencient radicalement l'homme de la femme » (C. Chiland, 1993, p.1632).

Remarquons avec elle que quelque soient les modifications liées à *l'interprétation par la culture*, tels Ulysse et Pénélope, « l'homme doit faire ses preuves et la femme attend ». Ceci est repris dans les considération de J. Schaeffer sur le phénomène de « la belle au bois dormant », promulgué par la mère qui s'adresse aux garçons dans des termes de mise en garde « fais attention » et à la fille dans des termes de retenue « attends ».

J. Chasseguet-Smirguel (1964) fait intervenir l'identification de la fille au pénis du père comme issue aux problèmes féminins. Elle donne deux voies d'identification. Une *au phallus autonome* : cette femme souhaite dans ce cas être désirée comme une fin en soi, elle s'érige comme un phallus, impénétrable, inaccessible, proche de la femme narcissique de S. Freud. La seconde voie est celle de l'identification au pénis du père comme objet partiel dépendant de l'objet. Cette femme est, à l'inverse, dépendante, complémentaire, voire étayante. Elle distingue donc « être » identifiée à un objet total et « être la chose de l'autre », identification à l'objet partiel. Cette dernière serait l'issue « réparatrice » de la *contre identification* à une mère castratrice du père dans la scène primitive. Ainsi, pour récapituler sa position sur les identifications féminines, la pulsion œdipienne génitale est d'incorporer le pénis mais lorsque l'identification à la mère phallique est trop culpabilisante, renvoyant à une imago maternelle et son vagin identifié comme dangereux, castrateur, destructeur et à une scène primitive sadique à l'intention du père, la pulsion œdipienne peut être réalisée après retournement de l'agressivité contre le sujet elle-même et son corps (son moi corporel), l'identification se fait alors, en contre, au pénis du père, le vagin destructeur non assumé étant projeté sur le monde extérieur. La culpabilité est concomitante au désir d'identification à une mère sadique. L'expression de cette culpabilité spécifique féminine se retrouve dans de nombreuses situations de la vie quotidienne dont la « signification phallique » est évidente : travail, ambition, intellectualisme, créativité, jusqu'à des domaines plus spécifiquement féminins comme la grossesse.

Si l'identité est secouée par les altérations du corps (maladie et traitements), elle n'est pas

entièrement changée. Elle est ébranlée par un nouveau rapport à soi et au monde. L'annonce du cancer est un séisme qui, en très peu de temps, souvent trop court pour le psychisme, impose que le patient ne maîtrise plus ni sa vie ni son corps. L'après est différent ; il y a un avant et un après. Le patient doit changer sa vision de lui-même : de son physique, de ses capacités, de la manière dont il se sentait perçu (son rapport au monde), ses projections dans l'avenir, bref son rapport aux autres et à lui-même. Il est gouverné par la maladie, il a changé. Le patient doit faire le deuil de ce qu'il était avant, et spécifiquement de ce qui s'investissait en l'organe atteint et enlevé : de sa voix, de son sein,... de son utérus ? Dans le cancer gynécologique, les effets secondaires des traitements lourds changent l'image de la personne comme être sexué ; elle n'est plus la même dans le miroir, son visage change, ses cheveux et ses poils tombent, ses caractères sexuels secondaires sont remis en question... Ces caractéristiques, si importantes dans l'investissement de l'identité sexuelle, changent ou disparaissent. Miroirs interne et externe sont tous deux modifiés, ébranlant l'identité du sujet.

3.6. LES SPÉCIFICITÉS DU TEMPS DU FÉMININ

Un collègue et ami me disait, inspiré, lors d'un dîner, que l'expression « de l'eau coule sous les ponts » serait parfaite pour métaphoriser la sexualité féminine. Cette expression tout à fait populaire signifie de façon poétique que le temps passe. Ceci me laissa donc perplexe, car, si la sexualité féminine renvoie effectivement à une temporalité bien à elle, rythmée par des cycles, ce temps du féminin qui passe ne concerne en aucun cas les liquides clairs, auxquels peuvent renvoyer l'eau, comme l'urine, l'amniotique, la lymphe ou les glaires, il concerne l'écoulement du sang. Elle ne saigne pas, elle saigne, elle ne saigne plus. C'est bien *le fil rouge du sang de la femme* (J. Schaeffer, 2005) qu'il faut suivre sous le pont déroulant les étapes du temps féminin, témoignant toujours d'un changement de sexualité, nous guidant à travers celle, infantile, de la fillette, à celle, génitale, de la puberté et des premiers émois, indiquant ensuite les maternités jusqu'à ce qu'enfin l'écoulement se tarisse avec l'entrée dans la ménopause. Il s'agit toujours des menstrues qui rythment la temporalité féminine, les règles sont considérées par de nombreux auteurs comme le premier écoulement révélant ou réveillant ses sensations internes vaginales à la jeune fille et lui indiquant par la suite ses changements d'état : fertile ou non, enceinte ou non, changements toujours accompagnés des remaniements psychiques que l'on connaît, mais également des variations d'humeur liées à ce que ces pertes impliquent d'hormonal. Angoisse et fantasme œdipiens s'actualisent à chaque changement physiologique impliquant perte ou absence de l'écoulement de sang pour la jeune fille, la mère et la femme d'âge mûr. Néanmoins, la symbolique du sang désignant la femme ne s'arrête pas aux menstrues bien que celles-ci en battent la mesure ; le petit Hans ne désigne-t-il pas le sang recueilli dans les bassines de l'accouchement de sa mère pour justifier sa théorie de la castration du sexe opposé et notamment du sexe maternel ? Enfin, tout l'enjeu du climatère pour la sexualité de la femme est le résultat de l'arrêt des règles qui s'accompagne de la fin de toute procréation. Il n'y a qu'à voir les études sur l'hystérectomie chez les femmes qui modifie leur sexualité en fonction de l'arrêt des règles, alors qu'elles n'ont aucun autre symptôme, pour comprendre l'importance du sang de la femme dans son rapport à la sexualité et, par déduction, le lien causal entre la temporalité qui berce la femme régentée par ces écoulements de sang et sa sexualité. Bref, c'est bien du sang qui coule sous les ponts de la sexualité féminine, ce sang qui désigne à la femme et rappelle à l'homme le temps qui passe. Une collègue gynécologue, dérangée dans notre conversation pour la énième fois par une consultation téléphonique, invective, excédée, en raccrochant : « elles saignent toutes ! ».

Néanmoins, nous verrons que le féminin de la femme qui s'ouvre sur ses capacités à la jouissance sexuelle est en deçà de toute temporalité, il est à l'image de l'inconscient atemporel et intemporel, infini, à l'image de la pulsion éternellement poussante et présente malgré la suspension du temps, même quand le sang a cessé de couler.

L'intervalle important de l'âge des patientes rencontrées, allant de 28 ans à 65 ans, convoque inévitablement des problématiques liées au temps du féminin : des règles à la ménopause en passant par la maternité. Le cancer gynécologique désorganise, précipite, bouscule ce temps. Il concerne à la fois les femmes autour de l'âge de la ménopause et les femmes jeunes qui deviennent souvent ménopausées ou aménorrhéiques suite aux traitements, posant indubitablement la question de la fertilité et de la procréation.

3.6.1. La place du sang chez la femme

Deux choses caractérisent le sang de la femme, qui peuvent sembler contradictoires mais qui, à mon sens, ne sont pas à mettre sur la même dimension perceptive et se spécifient de la dichotomie intérieur / extérieur de la femme : elles sont à la fois précieuses et honteuses. Si nous acceptons une perception sensitive plutôt interne, en tout cas qui peut se vivre à l'abri du regard des autres, du monde, participant de ce fait à la pudeur et l'intimité féminine, nous rejoignons la métaphore de « la boîte et son secret » proposée par M. Cournut¹⁷², qui fait des menstrues quelque chose de précieux, porteur d'un secret sensoriel nécessaire au féminin. Par contre, la perception, qui fait intervenir le regard, est convoquée par ce sang qui coule vers l'extérieur et engendre depuis toujours des mythes et croyances concernant la souillure, l'impur, la mal-chance de la femme qui « tâche » à ce moment de son cycle tout ce qu'elle touche, la confusion avec le fécal et l'intestinal, relayée par la religion. Ainsi va le féminin : précieux à l'intérieur et répudié dès qu'il devient visible, car rappelant toujours la castration aux témoins. C'est le visage janusien du sang menstruel qui, en un clin d'œil (puisqu'il devient visible), prend le revers de ce qu'il représentait jusqu'alors, du trésor caché et intime à la tâche de honte. L'écoulement féminin est considéré alors comme ayant une conséquence sur le monde et une incidence sociale souvent néfastes, même lorsqu'il n'y a aucun contact physique entre l'intérieur et l'extérieur. Ainsi, l'écoulement féminin peut corrompre ce qui l'entoure par le seul fait d'être "conscientisé" : « pendant ses règles, [...] la femme ne descend pas dans la cave où sont entreposées les réserves familiales : viandes salées, cornichons, barriques de vin, bouteilles de

¹⁷² Cournut M. **Féminin et féminité**. Paris, PUF, « Épîtres », 1998.

goutte, etc. Si elle le faisait, elle gâterait irrémédiablement les aliments touchés. [Pendant leurs règles] les femmes n'étant pas fertiles, les femmes entraveraient tout processus de transformation rappelant une fécondation : pensons aux œufs en neige, aux crèmes, aux émulsions, aux sauces, au lard, à tout ce qui doit "prendre" » (D. Le Breton, 2010, p.27)¹⁷³. En effet, dans toute société, la double symbolique de pureté et d'impureté est associée aux orifices, d'où « la protection rituelle des orifices du corps, symbole de l'intérêt que porte la société à ses entrées et ses sorties » (M. Douglas, 2001, p.141)¹⁷⁴. L'orifice sexuel féminin se trouve par essence dans cette symbolique double, la femme étant pure en temps normal et impure lors de ses menstrues. Tout ce qui a trait aux orifices gynécologiques est donc inclus dans la dimension du pur et de l'impur et reste lié à la notion de souillure et de pollution.

En s'éloignant de l'anthropologie pour rejoindre l'inconscient de la psychanalyse, ce sang menstruel est aussi associé à la castration du pénis et à la mort de l'enfant. Bref, le sang des femmes est un élément dont la mise en jeu s'intègre à leur fonctionnement et à leurs pathologies. La preuve en est de Marie Cardinale¹⁷⁵ et de ses symptômes « psychosomatiques » comme le lui dit son analyste : « l'hémorragie utérine incoercible dont elle souffre, prend valeur de castration punitive pour prix d'une jouissance de contrebande liée à son fantasme de séduction par le père. Perdre son sang (elle parle de « vidange ») n'est pas sans évoquer son lâchage urinaire devant son père, et paraît avoir partie liée avec un fantasme de séduction / viol » (A. Raffy, 2003)¹⁷⁶. Ce qui nous intéresse dans cet exemple, c'est qu'il ne s'agit pas d'une confusion des fluides, mais bien d'un tout rapporté aux saignements des règles immaîtrisables, donc « hémorragiques » et pourtant cycliques et utiles, telle « la vidange ».

« Le sang des femmes terrorise, fascine, répugne, émeut. Le sang de la vie, le sang du sexe, le sang de la mort »¹⁷⁷ (J. Schaeffer, 2005).

Comme le souligne J. Schaeffer (2005), le sang n'échappe pas à la différence des sexes ; si les hommes le « versent » dans des batailles pour quelque chose ou quelqu'un, les femmes, elles, le « perdent ». Lorsqu'une femme perd son sang, c'est avant tout le signe qu'elle ne contient pas d'enfant. Mais nous pensons aussi aux confusions possibles entre bonne et mauvaise santé. Ces « pertes » sont aussi pour les femmes le premier signe qui les alerte ou les rassure sur le bon

¹⁷³ LE BRETON D. **Sociologie du corps**. Paris : PUF, 2010.

¹⁷⁴ DOUGLAS M. **De la souillure, essais sur les notions de pollution et de tabou**. La découverte/poche, Paris, 2001.

¹⁷⁵ CARDINALE M. **Les mots pour le dire**. Grasset et Fasquelle, 1975.

¹⁷⁶ RAFFY A, **Le fantasme de séduction comme version féminine du fantasme de castration**. In : *Cliniques méditerranéennes* 2/ 2003 (n° 68), p. 207-217.

¹⁷⁷ SCHAEFFER J. **Le fil rouge du sang de la femme**. In : *Champ psy* 4/ 2005 (n° 40), p. 39-64.

fonctionnement de leur corps et ces saignements se décrivent souvent en fréquence, en quantité et même en qualité. Si la perception visuelle, « le voir » est « brutal, inexorable, non négociable » (J. Schaeffer, 2005) chez la fille, « [...] comme une confirmation de ce que la phase phallique avait marqué du sceau du manque, de la castration. « Le « voir » est révélation de ce qui est invisible, caché, mais aussi de l'irreprésentable des organes génitaux féminins [...] » (J. Schaeffer, 2005) Alors, qu'en est-il de ces femmes dont on va « voir à l'intérieur », comme peuvent le dire les chirurgiens. « On va aller voir à l'intérieur, voir si tout va bien ». Pour certaines d'ailleurs, les traitements ne seront décidés que lorsque le chirurgien aura « vu à l'intérieur », entraînant ce que l'on appelle des chirurgies diagnostiques (cf. chapitre décrivant le cancer gynécologique pelvien). La patiente se réveille alors sans savoir si on lui a enlevé ses organes génitaux ou non. Le voir des règles est le garant pour la femme de ce que contient sa sexualité : des motions incestueuses à l'enfant désiré ou redouté en passant par son entrée dans la féminité. Ce rouge se décline sur une palette d'affects associés, de la culpabilité à la joie sous-tendue à la fois par la figure d'une mère archaïque toute puissante et par l'accueil de la féminité par la mère actuelle. Si le « voir » des règles marque l'introduction du rapport au sang pour la femme du côté de la contrainte, il s'agit aussi du sang de la défloration qu'on exhibe encore dans certaines cultures pour prouver la virginité perdue et la sexualité trouvée du côté de la pénétration par le pénis. Faisons un aparté ici pour la spécificité de notre sujet. Nous rebondissons sur les propos de J. Schaeffer qui considère la destruction de l'hymen comme la blessure narcissique freudienne, qui convoque des représentations de mort, de sexualité, de sang. J. Schaeffer dira que « le vaginisme reproduit sous forme de symptôme le maintien artificiel d'un hymen irréductible et impénétrable » (J. Schaeffer, 2005). La douleur, généralement associée chez les femmes à la déchirure de l'hymen par le pénis lors de la première pénétration, a un fort « potentiel traumatique », pour reprendre les mots de J. Schaeffer au sujet de la sexualité humaine. Les auteurs l'ont déjà souligné, la première fois doit être « réussie » pour la femme et cela dépend, entre autres, de son partenaire, porteur du phallus et amant de jouissance qui ouvre la femme au féminin. Or, si saignement et douleur, provoqués par le cancer, accompagnent à nouveau la relation sexuelle, que viennent-ils raviver chez ces femmes sur le socle de l'association du sang, de la douleur et de la pénétration ?

Les règles sont mensuelles, régulières, rassurantes ou non, en tout cas présentes et le « ne plus voir » de la ménopause ou autre pathologie (aménorrhée symptomatique des anorexies, boulimies par exemple) est aussi celui de la maladie gynécologique.

« Chez les filles, chez les femmes, le pulsionnel reste très proche du corporel, de la source. C'est le ventre, l'intérieur du corps qui peut être objet d'angoisse, ou menacé de destruction » (J. Schaeffer,

2005). Ces angoisses sont plus souvent vécues, selon J. Schaeffer, dans le registre de l'envahissement que dans celui de la coupure, rejoignant M. Klein lorsqu'elle retient le potentiel d'angoisse associé aux premières règles qui viendraient confirmer un intérieur ravagé par les représailles maternelles ou les attaques du mauvais pénis. Pour J. Schaeffer, les premières règles sont les manifestations des organes génitaux internes, contraignant la fille à se reconnaître pourvue d'un sexe dont l'irreprésentabilité est reprise au compte du « voir ». Ce moment, c'est la découverte de l'autre sexe féminin qui s'installe pour les deux sexes en regard du pénis. Chacun doit alors trouver sa place érotique et l'angoisse de pénétration double celle de castration, accompagnant l'investissement de la pénétration sexuelle. C'est à ce moment que sont convoquées les premières relations narcissiques de la fille avec ce qu'elles comportent de menaçant. Le corps semble s'ouvrir et la femme peut être tentée de contrôler les angoisses d'ouverture du corps (par la nourriture, la maternité). Les règles et l'aménorrhée deviennent alors l'indice de ce qui est ouvert ou fermé.

J. Schaeffer démontre comment les femmes sont liées transférentiellement et transgénérationnellement par les saignements des règles, un peu comme si une symbolique transparente leur faisait entendre les liens du sang à travers le palpable des menstrues. Une patiente, rencontrée en dehors de cette recherche, me faisait part, par exemple, des douleurs utérines équivalentes à des contractions qu'elle avait ressenties alors que sa fille était en train d'accoucher et qu'elle l'ignorait. Nous ajoutons donc à cela une réflexion concernant l'utérus. C'est lui qui saigne durant les règles et il est aussi la matrice qui accueille et prend soin de l'enfant in utero. Si les femmes sont aux prises avec une identification hystérique qui les lie dans leur lignée transgénérationnelle, au-delà des règles, c'est l'utérus qui est convoqué par leur somatisation, elles ont mal au ventre, elles ont des contractions, il fonctionne ou non...

Poursuivant encore une fois le fil laissé par J. Schaeffer sur le sang des femmes, nous re-visionnons avec elle « La pianiste » (film de Michael Haneke, 2001) qui se scarifie le sexe ménopausé pour que sa mère puisse rester éternellement jeune et vivante à travers la perception du sang de sa fille. Il existe de nombreux noms de femmes que nous pouvons citer à travers la littérature ou le cinéma, qui nous démontrent par la pathologie la place du sang dans les processus identificatoires de la femme : Barthory Erzsébeth, Thérèse de Lisieux, Lasthénie de Ferjol...

3.6.2. La notion de pudeur au regard de la différence des sexes

La clinique des femmes atteintes d'un cancer sexuel nous désigne la pudeur comme une notion à

approfondir pour comprendre pleinement les enjeux des traitements nécessaires que subissent ces femmes. La spécificité de ce cancer pose la question de la pudeur en intervenant directement là où se situe la sexualité et l'intimité la plus profonde. La pudeur est une notion qui varie en fonction des lieux géographiques, des sociétés et des époques, dépendante de l'individu, de son sexe et de son âge et qui concerne à la fois le corps et les sentiments. Le dictionnaire (Trésor de la langue française informatisé) nous en donne la définition suivante : « disposition, propension à se retenir de montrer, d'observer, de faire état de certaines parties de son corps, principalement celles de nature sexuelles, ou de montrer, d'observer, de faire état de choses considérées comme étant plus ou moins directement d'ordre sexuel ; attitude de quelqu'un qui manifeste une telle disposition ». La pudeur est toujours liée à la sexualité et plus précisément au sexuel que l'on place, pour ne pas dire que l'on cache, dans les choses. Nous allons voir que la pudeur est un mécanisme étroitement lié à la différence des sexes, presque une défense ou une parure qui habille le corps et les sentiments des tendances d'un sexe, qui accentue la différence sous prétexte de la masquer.

3.6.2.1. Pudeur et histoire

L'étymologie du mot vient du latin « pudor » qui signifie la honte, la modestie ou encore la timidité. Dans une dimension historique, si la pudeur est primordialement associée à la nudité, elle s'éloigne petit à petit d'une simple pudeur du corps nu, pour s'étendre à la dissimulation pudique en général, pouvant concerner affects, sentiments et désirs, s'inscrivant ainsi dans la relation à l'autre. C'est le regard de l'autre qui instruit et justifie le jeu de la pudeur. L'homme, seul face à son reflet, ne sera pas gêné par sa nudité même s'il est capable de se déprécier. C'est l'entrée en scène d'un autre sujet regardant qui convoque le mécanisme de la pudeur, qui permet à l'individu d'échapper au regard, au jugement, en gardant son intégrité (permettons nous l'aparté, par association d'idée, de ce que disait Hannah Arendt¹⁷⁸ à propos du manque d'espace pour se cacher dans les camps de travail qui participait à la déshumanisation des individus, dans le sens de ne plus pouvoir garder son humanité).

« Ce refus de partager ou de mettre sur la place publique ses émotions, ses affects et/ou son image corporelle, trouve des justifications différentes selon les individus et peut s'analyser tant comme une force que comme une faiblesse »¹⁷⁹ (C. Courtault, 2011, p.8).

La pudeur est à la fois une conception subjective et objective (norme sociétale). Pour la société

¹⁷⁸ ARENDT, H. **Le Système totalitaire**. Paris, Le Seuil, 1972.

¹⁷⁹ COURTAULT, C. **Histoire de la pudeur**. In : PY, B. *La pudeur et le soin*, Nancy, PUN, Coll. Santé, Qualité de vie et Handicap, 2011.

représentée par la loi, la pudeur est associée à un instinct moral lié au génital et portant notamment sur le sexe, comme si le sexe, une fois investi d'érotisme devait être dissimulé aux regards des autres et notamment du sexe opposé, pour n'éveiller ni désir, ni horreur, ni crainte.

Dès l'origine, c'est-à-dire l'antiquité grecque et romaine, la pudeur s'inscrit dans la différence des sexes. Le corps est un objet précieux dont on prend précaution et qui s'associe volontiers à l'art. Mais ce critère de beauté ne concerne que le corps masculin ; au contraire, le corps féminin est jugé inesthétique et n'intéresse ni la vue, ni l'art, collabé à cette époque à l'esthétisme. « Le corps masculin est choyé, estimé, exposé, tandis que la nudité féminine se révèle honteuse et scandaleuse » (C. Courtault, 2011, p.10). La pudeur apparaît selon la légende sur le stade olympique¹⁸⁰ lors des jeux du VII siècle avant J-C. En perdant son cache sexe pendant une course, Orsippe, pris de pudeur, se voit ravir la victoire qu'il aurait dû remporter. Suite à cet événement, la nudité est de rigueur dans les stades et les femmes en sont bannies sous peine de mort. La pudeur préserve donc la nudité du regard de l'autre et notamment de l'autre sexe.

La pudeur, dans un premier temps, est réservée aux hommes, y compris lorsqu'elle recouvre la sexualité ; elle ne s'intéresse qu'à préserver la vertu spiritueuse de l'homme, tout comme sa nudité. La pudeur participe également de la tentative masculine et universelle de maîtrise de la féminité mystérieuse et dangereuse, sous les traits de la déesse « Aidos » chez les grecs ou « Pudicitia » chez les romains ; elle indique aux femmes les vertus qu'elles doivent respecter : décence, réserve, retenue verbale, chasteté, toujours concernant le sexe, à travers l'érotisme : « elle est à la fois ce qui voile et la promesse de ce qui est voilé »¹⁸¹ (F. Frontisi-Ducroux), comme à travers la différence : « la pudeur caractérise une vertu essentiellement féminine : les femmes honorables doivent se garder d'attirer les yeux masculins » (C. Courtault, 2011, p.11). À cette époque, la pudeur semble donc préserver les hommes du pouvoir sexuel féminin, et ce sont bien sûr les organes sexuels de la femme qu'il faut cacher¹⁸².

Avec le Moyen Âge, la pudeur va au-delà de la simple nudité du corps et de la pureté, mais convoque la honte, le naturel et la souillure. Ainsi, la pudeur est liée au « pêché de chair » et s'institue avec l'acte sexuel dont la femme est jugée responsable car provocatrice du désir sexuel. La pudeur doit protéger l'homme et contenir le pouvoir sexuel de la femme. « Le christianisme primitif ajoutera à cette pudeur prétendument naturelle son obsession paranoïaque de la sexualité

¹⁸⁰ BOLOGNE J-C. **Histoire de la pudeur**, Hachette, 1997.

¹⁸¹ FRONTISI DUCROUX F. **L'offrande de Pénélope**, Flammarion, 1999.

¹⁸² Pour illustrer les dérives de cette évidence naturelle qui ne souffre pas l'exception nous choisissons l'exemple de l'écrivain Pline qui déclare que le corps d'une noyée flotte la tête en bas pour cacher les organes sexuel alors que celui d'un noyé flotte sur le dos. (PLINE L'Ancien, Histoire naturelle, VII, 17, coll. « Budé ».)

féminine » (J-C Bologne, 1997, p.16). Le mythe de la genèse nous instruit sur la pudeur ; la première réaction d'Adam et Eve, prenant conscience de leur nudité, est de masquer leur différence en cachant leur sexe d'une feuille de vigne. La pudeur naît de la conscience de soi, de son corps propre et surtout de la différence des sexes.

La nudité impose la séparation des sexes comme, par exemple, pour les bains publics, sous peine de sanction et dans la même logique, le corps doit être recouvert en société pour ne pas perdre sa dignité humaine et sociale. « Les tenues marquent cependant l'appartenance sexuelle, car le corps féminin source de danger pour l'homme, doit nécessairement être identifiable » (C. Courtault, 2011, p.13).

Au-delà d'une pudeur strictement de sexe, la Renaissance fait apparaître une pudeur sociale et morale. La pudeur passe par le vêtement, qui permet à la fois de mettre en valeur le corps en fonction du rang social et du sexe dans un jeu d'équilibre entre l'exposé et le caché du corps. Ce sont les orifices qui sont ciblés pour être couverts, différemment selon le groupe d'appartenance et les codes en vigueur, mais comme une préoccupation universelle « d'habiller » son corps quel qu'en soit le moyen, et non seulement pour leur caractère sexuel mais également pour leur fonction excrémentielle, confondant comme c'est souvent le cas, le fécal avec le sexuel. Remarquons que, si les vêtements ont assurément une fonction première de protection par rapport à l'environnement de l'humain, ils participent toujours selon l'évolution des codes et des cultures à la délimitation des « contours de la décence »¹⁸³ (M-C Mietkiewicz, 2011, p.91). Comme si, privé d'une protection concrète, le mécanisme de pudeur se dressait comme rempart psychique du corps nu laissé sans défense.

Dans le domaine artistique, « le nu féminin, s'il exprime un idéal de beauté, se charge d'une connotation érotique et, de ce fait, beaucoup d'œuvres ne seront pas acceptées par la société et donc censurées » (C. Courtault, 2011, p. 14).

L'apparition des sphères publiques et privées, suite à la déclaration des droits de l'homme, entraîne une pudeur liée à l'intimité et au secret de l'individu qui gère une pudeur subjective en privé qui n'a de limites que celles que le sujet s'impose, en opposition à une pudeur publique qui garde ses caractéristiques sociales et morales.

Suite à la « révolution sexuelle », on voit émerger « (...) une morale du consentement fondée sur l'autonomie individuelle et (...) la dissociation entre le sexe-procréateur et le sexe plaisir » (C.

¹⁸³ MIETKIEWICZ M-C. **Pudeur et impudeur des personnes âgées**. In : PY B. *La pudeur et le soin*, Nancy, PUN, Coll. Santé, Qualité de vie et Handicap, 2011.

Courtault, 2011, p.21). Ainsi, le mot pudeur disparaît du nouveau code pénal, en même temps que la morale et les bonnes mœurs, qui faisaient partie du domaine public, pour s'intéresser, à travers le « sexe » et le « nu », à l'individu. Il ne s'agit plus de la morale publique ou des mœurs de la collectivité, mais de « fragilité psychique » et de « respect de l'intimité ».

3.6.2.2. Pudeur et médecine

L'acte médical convoque le corps, la nudité et donc inéluctablement la pudeur. Mais celle-ci est particulière et évolutive ; c'est la « pudeur médicale » qui interpelle les deux parties de la relation soignant soigné. L'acte médical est associé à la notion de pudeur et, tout comme l'art, s'organise autour de l'évolution sociale et historique de celle-ci. Ainsi, lorsque la pudeur est attachée à la religion, seuls les religieux sont chirurgiens et peuvent voir et toucher le corps. Le corps perd peu à peu son caractère sacré et, alors que la médecine se libère de ses entraves religieuses, apparaît en balancier une pudeur du sujet face au médecin, et ce, particulièrement prise dans la différence des sexes : « une forme de pudeur médicale se dévoile et les patients, les femmes surtout, ne veulent plus se dénuder devant un médecin » (C. Courtault, 2011, p.16). L'exemple de l'évolution du métier de sage-femme en est probant, les hommes se refusent au départ à s'occuper du bas ventre de la femme, jugé dangereux, d'ailleurs la loi l'interdit sous peine de mort. Plus tard, les hommes se risquent au métier avec précautions et ruses pour faire sans voir (tendre un drap entre le cou et le bassin), « on invente les accoucheurs qui ont les yeux au bout des doigts » (J-C. Bologne, 1997, p.134). C'est bien le voir qui est concerné par la différence des sexes en tout premier lieu, rappelant la castration, simplement par la perception de la différence, terrorisant les hommes.

Ainsi, la médecine, qui trifouille le corps jusque dans l'intimité profonde et impose la nudité, convoque une pudeur spécifique à son acte. « (...) La médecine s'est taillée son domaine au pays de la pudeur » (J-C. Bologne, 1997, p.135).

Libérée des lois de la religion, la médecine s'augmente d'un pouvoir autoritaire tout-à-fait visible dans nos sociétés actuelles ; or, aucun texte de loi ne vise la pudeur, ni du soignant, ni du soigné, dans leur rencontre ; le médecin s'impose une obligation morale à propos du soigné qui vise à respecter sa pudeur mais il en devient ainsi le garant. De nos jours « le code de la santé publique n'évoque ni la pudeur, ni la nudité des soignés : le dénuement dans le cadre de la consultation médicale ne relève d'aucune règle juridique spécifique... » (C. Courtault, 2011, p.26), reflétant l'autorité laissée au médecin et la banalisation de la nudité dans la consultation médicale. Mais si le médecin est capable d'objectaliser les corps pour pouvoir faire son travail (et cela reste à prouver),

pour le soigner, la situation de la consultation est toujours exceptionnelle, simplement par le fait qu'elle le mette lui-même en scène. Sans la « reconnaissance d'un corps sujet dans le corps objet des soins, l'authentique respect de la pudeur du malade (...) est impossible » (M-C. Mietkiewicz, 2011, p.95). Le mécanisme de pudeur semble renforcé par les positions dissymétriques intersubjectives à l'œuvre dans la consultation : actif / passif, nu / habillé. Si les mots n'entourent pas l'investigation médicale et particulièrement celles qui sont intrusives, la pudeur est mise à mal. La honte « pudere » n'est jamais très loin de la pudeur et tout dépend du regard et de l'attitude de l'autre pour que l'inversion s'opère, et que d'une gêne de dévoiler ce que nous voulions cacher, s'attise une honte liée à l'exhibition. « Que le jeune interne qui doit imposer à une personne âgée très digne un toucher rectal le fasse avec désinvolture rigolarde, qu'il oublie de fermer la porte de la chambre, ou de replacer le drap comme il aurait fallu, et la pudeur de s'abîmer en honte »¹⁸⁴ (E. Fiat, 2007 p.33).

Plusieurs facteurs peuvent être gênants pour les patients, la démarche d'apprentissage pratique de la médecine en est une, conduisant les médecins de CHU à faire de la consultation un amphithéâtre où l'on regarde, palpe, compare, échange entre pairs au chevet du malade et à son sujet. Nous nous posons également avec Marie-Claude Mietkiewicz (spécialiste du soin aux personnes âgées) la question de l'âge des patientes dans leur rapport à la pudeur, mais également dans leur rapport au soignant. Il nous semble évident que la différence d'âge entraîne une différence de pudeur et ce, parce que la pudeur féminine se construit avec l'éducation. Les dames plus âgées qui composent la majorité des patientes atteintes d'un cancer gynécologique ont un rapport à leur corps bien différent et qui semble beaucoup plus marqué par la pudeur que les patientes jeunes ou même que les infirmières d'une ou deux générations plus jeunes. Mais si l'éducation est constitutive de la pudeur, ou du moins de la nature ou de l'intensité de celle-ci, sa pluralité et sa subjectivité est telle que même lorsque la société prône la nudité de la libération sexuelle, la pudeur concerne encore la femme en tant qu'individu différencié qui s'arme de pudeur en fonction de la situation et de l'autre concerné, et tout le monde n'est pas capable de marcher nu dans la rue. La différence d'âge entre soignant et soigné peut donc interférer comme une incompréhension des langues en référence à S. Ferenczi¹⁸⁵ au sujet de la pudeur.

La pudeur est coexistante des limites et se retirer de son corps, se désincarner pour le donner, par exemple aux soins d'hygiène, c'est en retirer la pudeur. Ainsi, il est important de faire en sorte de réduire au maximum la gêne du sujet au moment de l'acte, mais également de lui permettre de réinvestir sa pudeur avec succès une fois l'épreuve terminée.

¹⁸⁴ FIAT E. **Pudeur et intimité**. *Gérontologie et société* 2007/3 (n°122).

¹⁸⁵ FERENCZI Sandor, (1932), **Confusion de langues entre l'enfant et l'adulte**. In : *Psychanalyse* 4. Paris : Payot, 1982. p.125-138.

3.6.2.3. Pudeur et psychanalyse

Dans le travail freudien, la pudeur est d'abord verbale, une barrière à lever dans le cadre de l'analyse¹⁸⁶ (1895). La pudeur, comme la moralité, sont constituées par le refoulement et s'opposent au plaisir scopique¹⁸⁷ (1905). Elle apparaît donc comme un contenant de la pulsion participant au développement psychosexuel de l'enfant. Dégoût, pudeur et moralité sont des formations réactionnelles aux contraintes externes inhibitrices qui forment les motions pulsionnelles sexuelles de l'enfance pour limiter les sensations de déplaisir.

Ainsi, la pudeur serait le résultat des contraintes externes comme l'éducation et du renforcement du pare-existant¹⁸⁸ (1920), édifiée donc à l'instar du surmoi et de l'idéal du moi. Cette description du processus de pudeur et de ses fonctions est rejointe par Françoise Dolto (1996) qui constate, au moment des signes de puberté chez la jeune fille, comme l'apparition des premières règles, la formation d'une pudeur tournée vers le corps. Ainsi, la pudeur est une construction psychosexuelle qui s'installe avec la puberté au moment des modifications du corps et de la pulsion sexuelle. Dans le texte de 1931¹⁸⁹ apparaît l'interprétation freudienne concernant la *vanité corporelle* ; S. Freud relie alors la pudeur féminine à la « déféctuosité des organes génitaux à dissimuler ». La pudeur intervient comme une caractéristique de la féminité et concerne le corps dans ce que la femme en montre, ce qui se perçoit, à l'attention de l'autre sexe et en lien avec le sien. F. Dolto (1996) confirme qu'au départ la pudeur de la jeune fille est une pudeur de sentiment, c'est-à-dire qu'elle concerne ses émois mais intéresse peu son corps, puis la pudeur touche le corps au début de l'installation des "symptômes" de la féminité qu'elle valorise pour en faire quelque chose de précieux et d'intime. La pudeur permet la construction des rapports au sexe, à son sexe et à l'autre sexe.

Les caractéristiques de la pudeur déterminées par Monique Selz¹⁹⁰ sont : la présence indispensable d'un autre, son association à la dimension sexuée du corps, elle dépend du regard mais le manie de manière à faire moduler le désir, elle protège le narcissisme.

¹⁸⁶ FREUD, S., BREUER J. (1895). *Études sur l'hystérie*. Paris, PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2007.

¹⁸⁷ FREUD, S. (1905) *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Ed. Gallimard, 1987.

¹⁸⁸ FREUD, S. (1920). **Au delà du principe de plaisir**. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, Coll. Petite bibliothèque Payot, (pp. 7 à 82), 1981.

¹⁸⁹ FREUD, S. (1931). **Sur la sexualité féminine**. In : *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

¹⁹⁰ SANCHEZ-CARDENAS M. **La pudeur, un lieu de liberté de Monique Selz**, *Revue française de psychanalyse* 2/ 2004 (Vol. 68), p. 699-702.

Pour approfondir encore cette notion, à travers notamment son importance dans le transfert, nous reprenons la proposition de M. et J. Cournut (1993), à propos du dégoût de Dora par S. Freud, qui l'incite à signer son diagnostic hystérique, concernant le rôle protecteur de ce dégoût contre une passivité liée à un débordement traumatique. Pour le moment, il nous intéresse de faire le parallèle entre le dégoût et la pudeur. Rappelons que la physiopathologie du dégoût préserve le sujet d'un potentiel danger : pris de dégoût, il ne s'en approche pas et rejette la chose.

Notre réflexion théorique nous amène ici à penser le sentiment de pudeur dans son caractère défensif. Le sentiment de pudeur est toujours une défense contre une possible invasion du sexuel immaîtrisable de la différence des sexes, avatar ou reliquat de l'entrée dans la psychosexualité du côté de la sensation.

Les patientes parlent souvent de leur intimité, pour dire d'ailleurs que celle-ci est mise à mal. Si le cancer, et notamment le cancer gynécologique, sollicite l'intimité ou s'inscrit sur « un endroit intime », selon le dire des patientes, il nous faut définir cette intimité même brièvement et déterminer ses rapports avec la pudeur. Mais d'abord, une question se pose avec l'idée d'un lieu de l'intime ; l'intimité a-t-elle une topique ? Le corps sert-il de carte géographique, délimitant l'intime et ses frontières, comme le laisseraient penser certaines expressions comme « c'est un endroit intime » ? Et si c'est un endroit intime, l'est-il plus qu'un autre ? Nous ne pouvons répondre ici à ces questions ; néanmoins, en guise de guide à notre travail, et toujours dans le but d'analyser par la suite les discours de nos patientes, retenons l'un des résultats de la thèse de José Morel Cinq-Mars¹⁹¹ repris par M-F. Guittard-Maury. S'appuyant sur les termes de *Körper* (corps de l'homme phallique) et de *Leib* (corps maternel) employés par S. Freud, elle propose une pudeur, arrimée sous les hospices du génital, divisée en deux fonctions : une « pudeur-voile », recouvrant le corps pour protéger le *Körper* et une « pudeur-digue », qui préserve les limites du *Leib*. Qu'il s'agisse du phallus à ne pas perdre ou de l'origine du monde, capable à la fois de déborder ou de nous engloutir, c'est bel et bien le lieu du sexe qui porte la double forme de la pudeur, « le lieu du sexe par où se découvre un corps vulnérable [...] » (M-F. Guittard-Maury, 2005, p.142). Considérons alors ce que la clinique nous donne intuitivement, le sexe est le lieu privilégié de la fonction de pudeur et de l'incarnation de l'intime.

L'intimité, de *intimus* en latin, est ce qui relève de l'intérieur, du profond. L'intimité d'un sujet est construite à partir de son monde relationnel et donc, en premier lieu, de la relation à sa mère

¹⁹¹ GUITTARD-MAURY M-F. **Quand la pudeur prend corps de José Morel Cinq-Mars**, *Revue française de psychanalyse* 2/ 2005 (Vol. 69), p. 595-598

primaire. L'intimité est un espace, un lieu personnel et privé qui ne peut être créé que dans la sécurité face à l'absence d'un « premier autre sur lequel on peut compter au point de l'ignorer »¹⁹² (A. Aubert-Godard, 2007), donc la capacité à être seul accompagné de ses objets internes. L'intimité est indubitablement liée à la sexualité ; pour Aubert-Godard, c'est dans cet espace que naît la sexualité humaine ou du moins une sexualité sereine référée au désir et non une sexualité pathologique comparable à une quête, une revendication ou une réparation autrement prise dans une confusion entre un intime comme part du soi et le public, le social, le convenu. D'ailleurs, la « partie intime » lorsqu'elle n'est pas nommée peut renvoyer à l'intimité psychique.

« *L'intime* c'est « ce qui est le plus en dedans, au fond ». Le terme renvoie au « domaine privé, secret » de l'individu et qualifie ce qui est strictement personnel et généralement tenu caché aux autres, en particulier ce qui se manifeste par un contact charnel »¹⁹³ (M-J. Del Volgo, 2007, p. 260). Comme la pudeur, l'intime se définit en regard de l'extérieur à soi, du non soi, du public, ce qui se montre en opposition à ce que l'on cache, ce que l'on garde pour soi. Nous pensons évidemment là, à la boîte à secret de Lou Andréas-Salomé ou le coffre à bijoux de S. Freud, mais également au « sexuel » défini par Alain Vanier¹⁹⁴ : les trésors constitués qui soclent le féminin, l'éthique, la pudeur, l'intimité (tout cela serait-il lié?) et permettent d'être au monde sans se perdre soi-même. Dans la relation médicale, c'est l'intimité en tant qu'espace intermédiaire qui permet à la sexualité de prendre sens ou de garder un sens. Intimité et pudeur sont deux choses distinctes, la première est un espace psychique et subjectif qui se projette sur le corps défendu par la seconde, comme une barrière à ne pas franchir. Reprenant les termes juridiques pour dessiner la métaphore : l'une, la pudeur, est effractable (l'effraction permettant de pénétrer dans un lieu privé), l'autre, l'intimité, est violable (dans le sens de prendre possession d'un endroit privé et interdit). Monique Selz¹⁹⁵ définit l'intime par ses extrémités, à chacune, elle place respectivement la honte et la pudeur. Il ne nous appartient pas, dans ce travail, de faire la distinction entre les deux, à un détail près peut-être : comparé au regard qui déclenche la pudeur, « le regard honisneur juge, réduit le sujet au rang d'objet, de déchet [...] ». « La fonction de la pudeur est de circonscrire ce lieu [le lieu de l'intime], de maintenir un écart par rapport à autrui, sans lequel il n'est pas d'intériorité, et donc pas de sujet »

¹⁹² AUBERT GODARD A. **Intimité, sexualité et médecine**. In : BRUN D. *Place de la vie sexuelle dans la médecine* 9e colloque "Médecine et psychanalyse" ; Paris ; 23-25 mars 2007. pp. 371-373.

¹⁹³ DEL VOLGO M-J. **Vie sexuelle des patients et malaise des soignants**. In : BRUN D. *Place de la vie sexuelle dans la médecine* 9e colloque "Médecine et psychanalyse" ; Paris ; 23-25 mars 2007. pp. 257-265.

¹⁹⁴ VANIER A. 2009, **Transparence et secret**. In : AULAGNIER P., et al. *La pensée interdite*. Paris, PUF. Coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011.

¹⁹⁵ SELZ M. **Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime**. *Le Coq-héron* 1/ 2006 (n° 184), p. 48-56

(M. Selz, 2006, p.52). Pour conclure, nous adaptons une phrase de Montesquieu¹⁹⁶ aux patientes rencontrées en cancérologie gynécologique. Si, comme il le disait, « la pudeur sied bien à tout le monde », faut-il encore qu'elles puissent « savoir la vaincre » sans « jamais la perdre » pour surmonter les soins .

3.6.3. La maternalité

Comme pour les autres épreuves de réalité qui parcourent le temps féminin, il faut s'intéresser à la maternité, dans la perspective d'être confronté à son impossibilité chez nos patientes devenues stériles suite au cancer pelvien, mais également pour ce que ce temps, si particulier pour le psychisme de la femme, nous apporte sur les connaissances de l'intérieur féminin. Un intérieur soumis aux remaniements intenses accompagnant les transformations corporelles qui la mettent en contact étroit avec son objet interne sur lequel elle va devoir compter ; actualisant l'Œdipe, peut-être pour mieux le dépasser, en tout cas pour un temps aux prises avec les angoisses qui s'y rapportent.

Nous considérons la maternité comme l'aboutissement de la sexualité féminine, résolvant pour la femme, a contrario de l'homme, les dernières traces ou résidus laissés par l'Œdipe. Ainsi, cette expérience spécifiquement féminine permettrait l'investissement dernier des voies creuses utéro-annexielles dans une création génitale liée à l'amour et au désir pour l'homme détenteur du phallus et offreur de maternité.

P-C. Racamier¹⁹⁷ avait comparé cette étape de la vie d'une femme à l'adolescence en tant que « crise maturative », période de conflictualité exagérée, dans laquelle on pouvait repérer un appel à l'aide latent et ambivalent, une authenticité particulière du psychisme, un certain radicalisme et un retrait du monde extérieur. Cette crise est celle de la *maternalité*¹⁹⁸, elle concerne entre autres la réactivation et le remaniement des conflits infantiles (en particuliers des conflits précoces oraux et des conflits œdipiens), la dissolution et reconstruction des identifications précoces en particulier à la mère, la remise en cause des systèmes défensifs antérieurement organisés qui seront dissous, fragmentés ou violemment renforcés.

¹⁹⁶ MONTESQUIEU (1879). **Discours, lettres, voyage à Paphos**. In : Œuvres complètes tome septième. Paris : Garnier.

¹⁹⁷ RACAMIER PC. **A propos des psychoses de la maternalité**. In : Soule M, dir. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF ; 1978. p. 41-50.

¹⁹⁸ RACAMIER PC. **La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum**. *L'Évolution psychiatrique* 1961 ; 4 : 525-570.

Maternité et accouchement remanient les angoisses anciennes de viol et de castration viscérale, qui, au final de cette expérience, dans son destin le plus heureux, confirment quelque chose de génital complémentaire du phallus chez la femme. Des remaniements ont lieu dans le relationnel familial modifiant les places de chacun et la femme qui se décentre de son corps jusque-là narcissiquement phallique, peut investir son sexe autrement et s'inventer mère du côté du phallus, c'est-à-dire reconnaître sa maternité comme pouvoir reçu par un détenteur social et subjectif du phallus. La maternité participe alors de l'épanouissement tardif de la sexualité féminine et promet normalement à la femme un dénouement heureux de ses angoisses et culpabilités œdipiennes.

L'expérience de la maternité sollicite les angoisses primitives concernant le corps interne de la femme faisant, comme la sexualité, pencher l'équilibre, soit du côté de l'apaisement des angoisses d'altération du dedans : « un enfant sain et vigoureux est la réfutation vivante des destructions attribuées aux objets introjectés »¹⁹⁹ (J. André, 1994, p.74), soit du côté de la reviviscence des angoisses face aux problèmes de l'enfant né ou à naître. Ce mécanisme n'est pas sans rappeler celui du garçon décrit par K. Horney²⁰⁰ qui peut, grâce à l'extériorité de ses organes, vérifier, constater, se rassurer sur son intérieur (attaques internes qui entament l'intégrité). La femme, quant à elle, en souffrance de vérification, gardera la peur de s'être causée un dommage irréparable, la contraignant à se détourner de l'onanisme. K. Horney pense d'ailleurs retrouver l'expression de cette peur chez les femmes devenues adultes, dans leur crainte d'être incapables d'avoir des enfants ou des enfants sains, s'inquiétant plus de l'intérieur de leur corps que des organes sexuels externes.

Nous l'avons déjà dit, le féminin maternel est à différencier du féminin érotique. Au moment des nouvelles expériences de maternité, le moi doit faire la part des choses et refoule la jouissance maternelle pour préserver le plaisir génital adapté au partenaire amoureux²⁰¹ (F. Begouin-Guignard, 1987). Ainsi, refoulement et identification dédouanent de toute responsabilité l'enfant puis la mère dans la possible jouissance ressentie qui n'est pas acceptable. Le fonctionnement psychique féminin est ainsi capable d'une mise à l'écart (refoulement) du désir vaginal, au moins pour un temps, comme celui de la naissance d'un enfant. La jouissance sexuelle s'écarte des organes génitaux féminins pour laisser la place à un autre rôle.

¹⁹⁹ ANDRE J. **La sexualité féminine**, Que-sais-je? Paris : PUF, 1994.

²⁰⁰ HORNEY K. **La psychologie de la femme**, Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002.

²⁰¹ BEGOUIN-GUIGNARD F. **Le féminin et le maternel**. In : *Les Cahiers de l'IPC*, mai 1987, n° 5.

Monique Bydlowsky²⁰² parle d'un état de *transparence* pour caractériser le fonctionnement psychique de femmes « normales » (entendu dans le sens d'une absence de psychopathologie avérée) au cours de leur grossesse. Cependant, l'auteur affirme que cet état psychique particulier se retrouve également chez d'autres patients et dans la clinique d'autres affections... La *transparence psychique*, telle que la décrit M. Bydlowsky²⁰³, s'apparente à un état psychique comme dégagé de la censure, permettant que « des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » (M. Bydlowsky, 1997), enclin aux réminiscences d'un passé pris dans les théories sexuelles infantiles avec la spontanéité et le cru qui les spécifient. Les processus psychiques en jeu dans l'état de transparence psychique sont de l'ordre de la réminiscence d'une fantasmagorie archaïque, d'un abaissement de la censure, de l'émergence libre des représentations sexuelles. Des questions, secrètement investies auparavant, « perdent la charge libidinale qui les vouait au silence » (M. Bydlowsky, 1997, p.98), comme une ouverture sur l'intime, offrant sans gêne des fantasmes cachés. Un inconscient à ciel ouvert qui entraîne avec lui une certaine désorganisation liée à ses caractéristiques propres. De même, cet état psychique est le moment privilégié de l'émergence « d'angoisses primitives antérieures à l'acquisition du langage » (M. Bydlowsky, 1997, p.99) qui se réactualisent pour se greffer sur les éléments de la situation actuelle, période propice à la réactivation du passé et des traumatismes anciens qui émergent à la conscience, « abaissement des résistances habituelles face au refoulé inconscient » (M. Bydlowsky, 1997, p.97). Au final, la transparence psychique signifie une période de régression et de remémoration importantes intégrées au fonctionnement psychique de la patiente : « ce flux régressif et remémoratif de représentations témoigne précisément de la transparence psychique » (M. Bydlowsky, 1997, p.97).

L'état de grossesse provoque donc le retour à la conscience, chez la mère, de sa propre enfance. Monique Bydlowsky²⁰⁴ observe également le double statut de l'enfant : présent à l'intérieur du corps de la mère et de ses préoccupations mais absent de la réalité visible. En somme, l'enfant est à la fois actuel et n'est cependant représentable que par des éléments du passé. La gestation d'un enfant et la transparence du psychisme qui l'accompagne ravivent pour la jeune femme enceinte la mémoire de l'origine. Elles lui rendent une actualité périmée depuis longtemps en figurant l'objet interne. De ce fait, si des soins maternels intrusifs ont autrefois empiété sur l'être psychique en constitution, alors l'objet interne sera pour toujours peu fiable et menaçant. Or, devenue femme enceinte, le bébé d'autrefois, fera de nouveau l'expérience conflictuelle de la contiguïté avec

²⁰² BYDLOWSKI M. **Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne**, *Devenir* 2/2001 (Vol. 13), p. 41-52.

²⁰³ BYDLOWSKI, M. (1997). **La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité**. Paris : PUF, 2005.

²⁰⁴ BYDLOWSKI, M. **Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité** Paris : Odile Jacob, 2000.

l'image intérieure et l'enfant représentant / concrétisant l'objet interne pourra être attendu avec effroi.

Si les organes sexuels à la fois externes et internes de la femme sollicitent tout ce qui se joue de la limite, le ventre fécond de la femme est l'objet de fantasmes, de désirs, d'envies, et si sa mécanique physiologique extrêmement complexe n'amointrit pas la magie et « l'extraordinaire » qu'il convoque toujours, il est le lieu par excellence de la rencontre entre le corps de la femme et la médecine. L'utérus de la femme est le siège de représentations et de fantasmes qui entrent, du côté de la médecine, dans la volonté proprement masculine de tenir à distance le pouvoir dangereux de la femme. Il est la source et l'objet de la pulsion épistémophilique, désignée par S. Freud en 1908 comme une des curiosités de la sexualité infantile. « Car la matrice féminine, précieuse de par ses capacités et organes pourvoyeurs de « matériaux » rares, est imaginativement détentrice d'une puissance démiurgique qui suscite idéalisation, envie, haine. Concentration de plusieurs zones pulsionnelles, le ventre est paradoxalement surtout le point aveugle énigmatique pour tout sujet, en cela, le lieu de l' « origine du monde », origine de chacun et son mystère déchaîne notamment la « passion de savoir » de la médecine et de ceux qui lui adressent des demandes portées par l'espérance de repousser les limites du corps et de la condition humaine. »²⁰⁵. Certaines recherches médicales comme celle de l'utérus artificiel d'H. Atlan²⁰⁶ participent alors de la réalisation des motions pulsionnelles du voir par l'extraction, l'extériorisation de la grossesse. Les tentatives d'ectogenèse relèguent l'utérus à sa fonction de simple organe, considéré comme un objet partiel, provocation intolérable à remplacer par une machine. La thèse de Diane Garnault analyse « les processus psychiques inconscients qui articulent la rencontre de la médecine « scientifique » et ses promesses les plus avancées (comme l'utérus artificiel) et les femmes envisagées comme porteuses d'un ventre fécond », afin de mettre en exergue « des éléments refoulés du rapport de la médecine obstétrique et gynécologique à son objet »²⁰⁷. Lors du colloque sur le sexuel et le social, elle porte à la lueur de la différence des sexes les recherches médicales en cours pour une gestation extracorporelle. Se pose alors la question des enjeux psychiques et de la visée inconsciente d'une telle technique qui permettrait selon ses auteurs de réduire la différence entre hommes et femmes. Une réduction qui commence cependant par celle de la femme à la mère qu'elle peut être, de la mère au corps procréateur et de ce dernier à l'utérus. Une réduction de la femme à son ventre qui éradique complètement le corps charnel, érotique et bien sûr le sujet. Ces questions sont importantes pour

²⁰⁵ GARNAULT, D. **L'utérus artificiel, l'avenir de l'homme ?** In : Colloque International – Psychanalyse, médecine et droit (3 : 2012 : Poitiers). *Le sexuel, le sujet, le social, Poitiers, 2012.*

²⁰⁶ ATLAN, H. **L'utérus artificiel.** Paris: Ed. Seuil, 2005.

²⁰⁷ GARNAULT, D. op. cit.

nos patientes qui subissent l'hystérectomie. L'ablation de l'utérus les privent-elles de leur féminin, de leur identité de femme ? Peut-on résumer la femme à son organe matriciel ? Peut-on faire porter symboliquement l'identité sexuelle féminine par l'utérus ?

3.6.4. La ménopause et la femme vieillissante

La femme est soumise à un temps féminin auquel elle ne peut échapper et qui concerne son sexe. Bien que la subversion des fonctions physiologiques au profit de la construction du corps érotique permette à la sexualité de la femme de se jouer en dehors de ses cycles menstruels et de ne pas s'arrêter à la ménopause (C. Dejours, 2003)²⁰⁸, celle-ci reste pour toutes les femmes une épreuve de réalité. La ménopause impose dans un premier temps à toutes les femmes mûres de mettre un point final à leur capacité de procréation, donc à la question du désir d'enfant. Jacqueline Schaeffer²⁰⁹ nomme cette étape la « castration blanche », autrement dit l'inéluctable castration est à nouveau remise en jeu et doit à nouveau être élaborée. La médecine vient parfois contrecarrer ce fil temporel mais la maladie aussi et notamment le « cancer sexuel » qui peut entraîner certaines femmes à jouer cette castration plus tôt que prévu. Il nous faut alors comprendre à quelles problématiques la ménopause vient confronter ces femmes, notamment au sujet des destins de leur libido narcissique et sexuelle.

Les études font souvent l'amalgame entre ménopause et grande vieillesse. Pourtant la ménopause ne semble pas reculer dans l'âge avec la durée de vie mais plutôt stagner dans le monde et à travers les époques autour de 50 ans²¹⁰. Néanmoins, cet amalgame nous enseigne, comme le fait remarquer M-C Laznik²¹¹, que la capacité de procréation chez la femme fait « fantasmatiquement obstacle à la mort ». « Une fois cette capacité perdue rien n'arrête plus la fuite du temps vers l'annihilation finale, peu importe pour l'inconscient le nombre des décennies restant encore à vivre » (MC. Laznik, 2010, p156). La confusion entre ménopause et vieillesse existe également dans la littérature psychanalytique qui n'exploite pas d'ailleurs réellement ce sujet, incitant Ruth Lax²¹² à faire l'hypothèse d'un déni de la ménopause chez les psychanalystes. M-C Laznik, quant à elle, souligne l'effroi, « l'horreur » et le « dégoût » qu'inspire l'évocation de ce sujet dans le jeu sexuel. « ...C'est

²⁰⁸ DEJOURS C. 2001, **Le corps d'abord**. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2003.

²⁰⁹ SCHAEFFER J. **Le fil rouge du sang de la femme**. In : *Champ psy* 4/ 2005 (n° 40), p. 39-64.

²¹⁰ LAZNIK MC. **L'expérience de la ménopause**. In: *Le statut de la femme dans la médecine: entre corps et psyché*. Actes du 11ème colloque de la SMP. BRUN Danièle (sous la dir.), Études freudiennes, hors série, janvier 2010.

²¹¹ LAZNIK MC. **L'impensable désir : féminité et sexualité au prisme de la ménopause**. Paris, Denoël, Coll.L'Espace analytique, 2003.

²¹² LAX R. **The expectable depressive climacteric reaction**. In : *Bulletin of the menninger Clinic*, 46(2), 1982.

au moment où la possibilité d'enfantement ne vient plus faire écran à cette béance que l'organe féminin acquiert sa dimension d'horreur » (MC. Laznik, 2010, p.159). François Villa²¹³ décrit, lui aussi, cette période comme celle où la sexualité doit trouver à s'exprimer en dehors de la justification de la procréation. Comme si, dépouillée de la question de la maternité, la sexualité féminine pouvait enfin s'exprimer phalliquement.

La ménopause est une castration qui a pris forme dans la réalité, « humiliation » ou « blessure narcissique », elle réactive la blessure de la fillette d'autrefois lors de la phase phallique. Cette castration en cache une autre, plus ancienne qui, réactivée, ne concerne plus seulement le maternel mais bien l'érotique ; dans ce cas, la femme châtrée ne se sent ni mère ni femme au sens du tout ou rien, le fantasme s'actualise, elle n'a pas de sexe. En regard du fantasme de castration qui surgit avec le rouge du sang des règles et pour reprendre les couleurs proposées par A. Green²¹⁴, J. Schaeffer²¹⁵ nomme la ménopause la « castration blanche », renvoyant au vide ressenti par les femmes à ce moment là. Si ménopause et sexualité ne font pas bon ménage, c'est en partie car l'âge de la femme en question renvoie à la mère, au sexe de la mère et à sa jouissance, projection terrorisante pour les deux sexes. Néanmoins, le complexe d'Œdipe flambe à nouveau, mais cette fois-ci, le regard est tourné vers la nouvelle génération, plus jeune, qui suscite les envies, « l'ombre d'une femme jeune et belle tombe sur le moi » (J. Schaeffer, 2004, p.191). Serait-ce du *complexe de Jocaste* (MC. Laznik, 2003) dont souffrent toutes les marâtres des contes qui ne sont plus les plus belles en ce miroir ? En tout cas, c'est le temps de la nostalgie et des désillusions mais aussi des sublimations et J. Schaeffer ajoute d'une « renaissance de l'érotisme féminin ». L'idée est que les femmes dégagées du maternel, comprenant le maternage mais aussi la tyrannie périodique de leur corps, dégagées aussi de l'attente typiquement féminine introduite au compte de la mère archaïque et relayée au final par le compagnon, pourraient enfin autoriser l'indestructibilité de leur désir toujours poussant mais parfois réprimé ou contre-investi jusque-là.

La ménopause impose forcément le deuil des possibilités de procréation, donc du maternel, mais celui-ci peut également avoir des effets positifs sur l'érotique et n'est pas forcément synonyme du déclin de la féminité et du féminin. H. Deutsch²¹⁶, comme J. Schaeffer, compare ce moment à celui de la puberté. Voici en résumé, les symptômes communs qu'elles relèvent : reviviscence de

²¹³ VILLA F. **Au-delà des métamorphoses du corps: la chair du psychique.** In : *Champ psychosomatique* 50, 2008, pp.67-91.

²¹⁴ GREEN A., 1980, **La mère morte.** In : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Editions de Minuit., 1983.

²¹⁵ SCHAEFFER J. **Fin du maternel, enfin le féminin ?** In : *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*, Eres, 2004.

²¹⁶ DEUTSCH H. 1924, **The menopause.** In : *International journal of psychoanalysis*, 1984, 65, 55.

fantasme de viol et de grossesse, besoin d'émancipation, suractivité, des transformations corporelles vécues sur le mode d'une inquiétante étrangeté, une image corporelle modifiée et un deuil à faire de certaines possibilités pour l'avenir. Le destin de l'érotisme de la femme est affaire de l'antagonisme entre féminin et maternel, reconnu ou ignoré. Lorsqu'il est reconnu, cet antagonisme pourrait fonctionner comme un système de balancier entre féminin et maternel, la fin de l'un entraînant l'exacerbation du second. Ce qui différencie le féminin du maternel, c'est le temps. L'un est pris dans les méandres d'une réalité temporelle, et d'ailleurs dans une réalité tout court, avec ce qu'elle entend de palpable, de perceptible, de physiologique pour le corps, c'est le maternel qui se situe dans l'entre-deux de la puberté et de la ménopause ; l'autre, c'est le féminin, l'érotisme de la femme n'a pas de période ni de cycle, il est *poussée constante*, intemporel, soumis aux caprices pulsionnels (J. Schaeffer, 2004). La femme n'est donc pas mère et amante en même temps ; elle met en place des stratégies pour jongler avec ses identités, une troisième serait d'ailleurs la femme sociale et ses prétentions phalliques. La « *censure de l'amante* », de M. Fain et D. Braunschweig²¹⁷, illustre une des stratégies permettant à la femme de passer de mère à amante en endormant l'enfant par l'action de la pulsion de mort maternelle permettant de désinvestir progressivement l'enfant au profit du désir sexuel du père.

« La réalisation sociale, dite « phallique », de la femme est antagoniste à celle de sa vie érotique, comme à celle de sa vie de mère. C'est le destin d'une femme que de se vivre déchirée entre ces contradictions et ses antagonismes » (J. Schaeffer, 2004, p.193). Le scandale du féminin, c'est également la capacité de la femme à avoir plusieurs vies psychiques lui permettant d'assumer ses différentes ambitions, sociales, maternelles et érotiques, qui ne peuvent se faire en parallèle, lui octroyant les capacités d'une gymnastique psychique d'un féminin à l'autre, la rendant insondable, changeante, mystérieuse.

« La belle au bois dormant est centenaire, elle peut être réveillée, désirée et désirante, par le Prince. Si une femme sait renoncer à être séductrice mais reste séduisante, quel que soit son âge, si elle parvient à se dégager du maternel de sa mère et de son propre maternel, si elle sait se soumettre aux fantasmes érotiques d'un homme et exalter sa mégalomanie nécessaire à sa puissance de pénétration, elle pourra, lors de la cessation de sa capacité de procréation, soit rencontrer un amant de jouissance, soit le maintenir désirant » (J. Schaeffer, 2004, p.194).

Pour F. Dolto (1996), c'est un défaut dans le bon déroulement du complexe d'Œdipe qui présage des difficultés pour la femme à vivre l'arrivée de la ménopause. Il est question, dans ce cas, de la remise

²¹⁷ BRAUNSCHWEIG, D., FAIN, M. **La nuit et le jour**, Paris, PUF, 1975.

en cause de leurs valeurs esthétiques et éthiques ne pouvant se comprendre pour ces femmes qu'en terme de maternité et de soins maternels. Ce développement du féminin, vide de fertilité symbolique, confronte ces femmes lors de la ménopause à l'angoisse d'une castration réelle. Alors, pour lutter contre cette angoisse, ces femmes peuvent dénier ce qui leur arrive et ce qu'elles ont perdu. Les investissements libidinaux ne faiblissent pas pour autant et elles pourront parfois exprimer un désir d'enfant revendicateur de ce qu'elles ne peuvent se résoudre à perdre.

En dehors de cette réaction spécifique, la ménopause s'installe sans bruit chez les femmes ayant accès au symbolique de la maternité et permettrait même, pour certains auteurs, un épanouissement social et une stabilité physiologique et affective.

S. Freud évoque très peu ce moment chez la femme et jamais de manière spécifique. Il le fait de façon abrupte, en proposant une régression vers une position masculine de la femme qui retrouverait son état antérieur à la découverte du manque. Il restera fidèle durant toute son œuvre à l'idée d' « un accroissement de l'état du besoin sexuel »²¹⁸ lors du climatère. La psyché s'avérerait alors insuffisante pour contenir cette augmentation de l'excitation somatique à laquelle « s'ajoute certainement encore le refoulement intentionnel du cercle de représentations sexuelles, refoulement auquel la femme abstinent, luttant avec la tentation, doit se décider fréquemment, et il est possible qu'à l'époque de la ménopause, l'horreur que la femme vieillissante ressent à l'égard de la libido devenue excessive, agisse de façon semblable » (S. Freud, 1895, p.34). L'augmentation de la libido, sans possibilité d'échange avec le monde extérieur, se retrouve alors stasée dans le sujet et provoque la régression. « La libido ne diminue pas ; mais il se produit[...] une telle augmentation dans la production de l'excitation somatique que le psychisme est dans un état d'insuffisance relative pour maîtriser cette excitation » (S. Freud, 1895, p.33-34). La ménopause fait partie, pour S. Freud, des moments de la vie qui fragilisent le sujet, exposé à une tension pulsionnelle plus intense, mettant à l'épreuve ses capacités défensives : « deux fois au cours du développement individuel, certaines pulsions sont considérablement renforcées : à la puberté et à la ménopause chez les femmes. Nous ne sommes pas le moins du monde surpris si des personnes qui n'étaient pas névrosées auparavant le deviennent à ces moments-là. Elles ont réussi à dompter les pulsions quand elles n'étaient pas si fortes ; elles ne réussissent pas maintenant qu'elles sont renforcées. Les refoulements se comportent comme des digues contre la pression des eaux »²¹⁹ (S. Freud, 1937, p.241).

²¹⁸ FREUD, S. (1895). **Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse**. In : Névrose, psychose et perversion. Paris, PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 1973, pp. 15-38

²¹⁹ FREUD, S. (1937). **L'analyse sans fin et l'analyse avec fin**. In : Résultats, idées, problèmes, II, Paris, PUF, 1985.

Pour Hélène Deutsch²²⁰, c'est l'émergence de fantasmes incestueux au moment de la ménopause qui conduit les femmes à lutter contre l'émergence de toute fantaisie sexuelle. Marie-Christine Laznik (2003) propose le « complexe de Jocaste » pour évoquer le réveil de désirs incestueux pour les hommes plus jeunes et notamment le fils devenu adulte, en réaction à la perte de fertilité. Elle souligne les données démographiques qui mettent en avant un abandon de la vie sexuelle à ce moment de la vie, mais propose comme explication à la suite de S. Freud et de H. Deutsch, un détournement de la vie sexuelle qui lutterait contre l'émergence de fantasmes incestueux réveillés par une poussée de la libido ménopausale. Reprenant le mythe d'Œdipe roi, Marianne Baudin²²¹ (2005) s'intéresse à la mère de celui-ci par qui le drame s'instaure et finit : Jocaste. Que se passa-t-il alors pour ces femmes vieillissantes, qui, non seulement perdent une part de leur capacités physiologiques acquises par nature, mais qui subissent et doivent s'adapter également à toutes sortes d'autres changements physiologiques accompagnant le climatère ? Pour M. Baudin, cette période interroge « les réaménagements au fil du temps de la rencontre intergénérationnelle et de la différence des sexes, mais aussi, et du point de vue des femmes spécifiquement, des remaniements problématiques de l'activité / passivité, du maternel et du féminin, de la perte et de la sublimation. » (M. Baudin, 2005). Reprenons quelques « expressions » qu'elle utilise qui nous semblent familières dans notre clinique somatique. En effet, si la vieillesse « confronte le sujet à sa tolérance à la passivité », la maladie et ses soins également. Cette passivité liée au vieillissement s'instaure en parallèle d'un retour de l'infantile, lui tout à fait actif dans ce qu'il contient de pulsionnel. Cette « double poussée » paradoxale du temps, qui impose son dû à travers la passivité, et de l'infantile polymorphe, qui sollicite activement le travail psychique des excitations, va composer le sujet femme vieillissant.

Elle conclut ses recherches sur une redistribution des enjeux œdipiens sur l'axe transgénérationnel incluant ascendants et descendants filiaux. Plusieurs expressions sont possibles à l'angoisse suscitée par ces ouvertures à de nouveaux investissements libidinaux : « une position phallique dans un agrippement défensif, au prix du déni du temps corporel » et « des issues mélancoliques et hypocondriaques » qui couronnent une « désérotisation » des investissements de soi et/ou des objets. Pourtant, ce n'est pas la solution mélancolique qui gouverne principalement ces changements psychosomatiques du climatère. M. Baudin pointe plutôt un investissement du courant tendre et une nostalgie « tempérée » qui préserve la libido d'objet en contre-investissant la pulsionnalité d'une jeunesse qui persiste encore. Ainsi, elle conclut à « la persistance de la question œdipienne à travers

²²⁰ DEUTSCH H. 1924, **The menopause**. In : *International journal of psychoanalysis*, 1984, 65, 55.

²²¹ BAUDIN, M. **Vieillir au féminin**. In : *Psychologie clinique et projective* 1/ 2005 (n° 11), p. 277-288.

les âges » féminins. Pour répondre à S. Freud sur l'augmentation des excitations somatiques, elle propose son constat (notamment au TAT) de mise en œuvre de défenses puissantes rappelant les « digues du refoulement » (S. Freud, 1937) qui permettent de « diminuer les charges libidinales et pulsionnelles et endiguer le conflit lié au renoncement au bébé ». Pour M. Baudin, c'est l'Éros qui court aux côtés du temps féminin. Ainsi, la solution choisie par Jocaste, comme d'ailleurs celle d'Œdipe, n'est pas celle qui est choisie par la majorité et ce n'est pas comme dans l'histoire heureusement le principe de réalité qui l'emporte sur le principe de plaisir. J. Schaeffer le formule ainsi : « on a l'âge de sa libido pas de ses règles ! » (J. Schaeffer, 2005).

3.6.5. Petites réflexions sur la représentation de la mort chez la femme

Commençons par reprendre avec Catherine Chabert (2003)²²² les trois temps qui marquent les représentations de la mort dans l'œuvre freudienne : d'abord la mort agite le corps, elle se ressent mais ne se symbolise pas encore. Comme l'excitation, elle anime le corps, se fait sentir avant d'être représentée. Le second temps est celui de sa représentation psychique par l'intermédiaire du « rêve qui offre une scène pour des figurations possibles » (C. Chabert, 2003). Le dernier temps est celui de la pulsion de mort, c'est-à-dire de la présentification de la mort dans le « corps-psyché ». Ainsi, au terme de son parcours réflexif, la métapsychologie freudienne présente un inconscient qui ignore la mort et une pulsion de mort qui n'a pas de représentation psychique propre.

Ce temps spécifique, rythmé et cyclique du féminin a inspiré également une idée de l'appréhension de la mort prise dans la différence des sexes. M. et J. Cournut (1993) interrogent les représentations féminines de la mort à travers cette spécificité du temps et du narcissisme féminin qui continuent infiniment avec les générations, donnant un caractère *anecdotique* à la mort individuelle. Pas de représentation de la mort mais une appréhension de celle-ci, prise dans une relative immortalité, entretenue par les identifications aux générations suivantes qui se succèdent en sollicitant les capacités de création toujours présentes chez la femme vieillissant. Le renoncement n'est pas de mise dans cette interprétation. Les capacités d'identification narcissique à l'enfant grandissant et progressant sous-tendent les possibilités de la femme de surmonter les deuils qui ponctuent son temps féminin sans effondrement et sans fin.

Les trois grandes représentations insoutenables et donc irreprésentées selon Claude Le Guen²²³ (1992) sont le ventre de la mère, la castration et la mort. Or, elles sont toutes les trois concernées,

²²² CHABERT, C. (2003). **Féminin mélancolique**. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse.

²²³ LE GUEN, C. **De la mort à la vérité**. In : *Revue Française de Psychanalyse* 1992/1 (n° 56) Pages 43 – 56.

sollicitées, convoquées par le cancer pelvien, nous posant alors la question des représentations qui s'associent à ce cancer. Si les capacités représentatives sont suspendues (demeurant, sinon ce serait la mort) pour éviter le trop d'affect léthal, comme le suggère C. Le Guen, peut-on expliquer ainsi les difficultés pour les patients à donner du sens à représenter ce qui leur arrive lors de la maladie grave ? Débordement ou sidération du système affect-représentation-refoulement. C. Le Guen soutient que les affects intenses s'accompagnent d'une faillite de la représentation ; on peut également penser que le manque de représentation entraîne une répression des affects et la formation de l'angoisse. Ceci entre dans la définition d'un complexe de castration qui viendrait structurer en affects qualifiants (horreur du vide, peur du manque...) et en représentations (fantasme de castration) la détresse réveillée par la différence.

À l'instar de M. et J. Cournut (1993), nous nous posons la question de la représentation de la mère dans l'inconscient. Ils soulèvent que, dans la théorie freudienne, la mère primaire des premiers soins apporte autant la vie qu'elle est susceptible de donner la mort (ce qui devient notamment le grief que la fille utilise pour se détourner d'elle : le lait poison ou insuffisant). Ainsi, la mère archaïque pourrait être représentations de destruction et de mort dans l'inconscient. Mais alors, si les filles la haïssent pour cela, les petits garçons, dans la théorie freudienne, ne semblent pas déclencher de haine. M. et J. Cournut proposent alors d'expliquer le comportement des garçons comme une formation réactionnelle vis-à-vis des capacités de mort de la mère archaïque, un déni des capacités toutes puissantes de vie et de mort de la mère. Ainsi, s'il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient freudien, peut-être que cette mère serait, en elle-même, une représentation de la mort. Dans tous les cas, la fille est aux prises avec cette représentation d'une mère synonyme aussi de mort. D.W. Winnicott, décrivant les situations génitales infantiles, souligne d'ailleurs que pour la fille le rêve ne peut éviter, entre autres, la représentation de la mort de la mère, donc de sa propre mort. (M. et J. Cournut, 1993, p.1471). Avec sa conception d'un *féminin pur*, D.W. Winnicott considère les femmes comme des êtres « continues », capables de prolonger les éprouvés de façon transgénérationnel, devenant passeur d'une femme à l'autre, de leur mère à leur fille. Cette continuité qui s'inscrit sur une identification homosexuelle va au-delà du simple prolongement masculin par la survie du fils au meurtre du père.

Nous nous saisisons volontiers du concept de de Nathalie Zaltzman (1979) de *représentations de la mortalité* pour travailler les résultats et les analyses de ces patientes. Si la mort ne peut être représentée psychiquement, les pulsions de mort, elles, trouvent toujours une voie pour se faire représenter. Il faut mettre à jour les figures de ces représentations psychiques (comme par exemple

le corps malade) pour connaître et comprendre les voies empruntées par les motions pulsionnelles supportant plus ou moins bien la désintrication et tenter de reconnecter pulsions et représentations de la mortalité.

3.7. NARCISSISME ET AMOUR AU FÉMININ

Lou Andréas Salomé²²⁴ développe deux types d'objets féminins permettant de distinguer l'intime secret, celui qui nous rappelle le corps boîte ou réceptacle des trésors féminins enrichissant l'interne et participant à la construction de l'éthique féminine proposée par F. Dolto, et les autres types d'objets que l'on doit partager sur un mode anal, qui ne nous appartiennent donc pas tout à fait. Reprenant son texte « Du type féminin »²²⁵ sur une boîte de bonbons (souvenir d'enfance), Monique et Jean Cournut explorent l'investissement à travers une métaphore narcissique féminine (la boîte à bonbons ou à aiguilles) d'un « corps narcissique plein de richesses, que les mères transmettent aux filles » (M. et J. Cournut, 1993, p.1473). Sur les deux types d'objets féminins, ils rappellent la proximité anatomique du rectum et du vagin, tous deux en creux et séparés par une fine membrane. Ainsi, la confusion est facile entre un intérieur intestinal et l'intérieur féminin mais, la constitution d'un objet narcissique secret interne permet d'éviter que tout soit de l'intérêt anal exigible, partageable et de l'ordre du déchet, c'est une « mise à l'abri d'une part de soi de toute contamination anale » (M. et J. Cournut, 1993, p.1474). Ainsi, les auteurs présentent le narcissisme féminin en dehors ou à côté de l'envie de pénis, du côté de la dialectique anal-génital avec les dangers de la confusion que cela impose, interpellant la part de déchet en soi du féminin, qui pourra devenir dramatique s'il manque cruellement de « pierres précieuses à l'intérieur » (L. Andreas Salomé, 1914).

C'est après l'intégration de la question du narcissisme que le féminin peut prendre une autre tournure dans la théorie freudienne. Est-il utile de revenir sur le type de choix d'objet narcissique caractéristique de la femme ? « Le type féminin le plus fréquent et vraisemblablement le plus pur et le plus authentique » (S. Freud, 1914)²²⁶. Précisons quand même, de nouveau, que celui-ci naît pour S. Freud de son investissement pour ses organes sexuels à la puberté. Avant le petit Hans (1909), au moment de l'écriture de Dora (1905), la femme aussi est fière de ses organes génitaux et il existe une proximité entre « amour-propre » et « dégoût » : « la femme est fière de ses organes génitaux... Lorsque ses organes sont atteints de quelque affection propre, croit-on, à provoquer de la répugnance et du dégoût, l'amour-propre féminin en est blessé et humilié à un degré incroyable »²²⁷

²²⁴ ANDREAS SALOME, L. **L'amour du narcissisme**, Paris, Gallimard, 1980.

²²⁵ ANDREAS SALOME, L. (1914). **Du type féminin**. In : *op.cit.*

²²⁶ FREUD, S. (1914). **Pour introduire le narcissisme**. In : La vie sexuelle. PUF, Paris, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

²²⁷ FREUD, S. (1908). **Cinq psychanalyses**. PUF, Paris, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

(S. Freud, 1905, Dora), laissant supposer une proximité dans le psychisme entre génital et anal. Notons, avec Lou Andréas-Salomé, que ce qui est anal, le déchet, renvoie à la fois à l'érotisme et à la mort.

Monique et Jean Cournut (1993) établissent les étapes du narcissisme féminin :

-*L'identification primaire* à la mère en miroir.

-*La double identification* : à la fois être comme sa mère et plaire au père, donc entièrement phallique. Ce moment de séduction rend complémentaire le statut de femme et de phallique. C'est le regard qui est concerné comme pénétrant.

-*La révélation du vagin* qui s'accompagne du lien à l'autre et à son amour ressenti (poursuivant l'idée du partenaire adéquat trouvé chez de nombreux auteurs).

-*Le temps de la grossesse*, c'est-à-dire plénitude suivi de *la crise* qui s'adresse de façon paradoxale à l'autre homme et père pour qu'il soit là, nécessaire mais exclu de la dyade mère-bébé et surtout tolérant. Les auteurs insistent sur ce dernier temps qui s'étale pour durer le reste de la vie : l'investissement narcissique qui n'en finit jamais d'être endeuillé à coup de petite séparations successives et permanentes (sevrage, mise en crèche, marche...) vers un amour objectal pour l'enfant. Cette séparation d'avec l'enfant qui se différencie progressivement, représenterait le « véritable accouchement ». C'est l'identification à l'enfant qui permet de vivre (ou de survivre) au deuil de l'objet narcissique pour un investissement objectal de l'enfant. L'hypothèse des auteurs concerne ce passage progressif d'investissement différent et différencié de l'enfant qui caractériserait le narcissisme féminin et sa proximité avec la dépression.

C. Parat (1964) propose une conception du narcissisme féminin comme un narcissisme corporel défensif du « désir trop angoissant d'être pénétrée » (C. Parat, 1964, p.135). Sans le nommer ainsi, C. Parat donne une description d'un possible investissement de la féminité de la femme qui pourrait devenir défense dans le sens ou « désirer être désirée » c'est devenir ou (redevenir) le phallus tout entier qui séduit, attire, pénètre, donc garde l'ascendant sur l'autre ; nous ajouterons : essentiellement lorsque le féminin interne ne peut plus jouer son rôle passif d'accueil sans risquer de se détruire, de se perdre.

Nous ne pouvons faire l'impasse sur les travaux de Bela Grunberger²²⁸ qui choisit d'aborder la sexualité féminine du côté du narcissisme et même d'affronter la différence des sexes du côté du narcissisme. Si, pour S. Freud, le narcissisme féminin est un type de femme, parangon de la femme,

²²⁸ GRUNBERGER, B. **Jalon pour l'étude du narcissisme dans la sexualité féminine**. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL, J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

pour B. Grunberger, le narcissisme est rangé au rang des instances et entretient des rapports dialectiques étroits avec la composante sadique anale des pulsions partielles. Notons que S. Freud (1914) associe le développement narcissique de la femme dans un rapport proportionnel à la maturation des organes génitaux (il s'agit de l'augmentation du narcissisme originel). La femme narcissique veut donc « être objet d'une valorisation narcissique particulière » (B. Grunberger, 1964, p.105), la raison en est, pour B. Grunberger comme pour J. Chasseguet-Smirguel, d'un *besoin de dé-culpabilisation conflictuelle*. B. Grunberger place le narcissisme en place prédominante dans la constitution psychique de la femme, même avant les pulsions sexuelles, comme processus psychique justifiant ainsi les comportements spécifiquement féminins répondant à la satisfaction d'un narcissisme exigeant. En effet, il décrit la sexualité féminine comme gouvernée par une « orientation nettement narcissique ». L'extension du moi corporel de la femme allant non seulement dans le sens des tendances sociales : effacement des différences sociales entre les sexes et liberté sexuelle, mais également dans le sens des objets investis : partenaires et enfants, englobés dans l'investissement narcissique.

Face à cette possibilité d'amour « en tant que forme narcissique de la sexualité », l'auteur se pose la question du malaise féminin et de son expression dans l'inconscient : *l'envie de pénis, le masochisme féminin, la culpabilité, etc...*

Pour lui, si le premier objet d'amour est la mère, cet objet n'a pas la même qualité pour le petit garçon et la petite fille, à cause notamment de l'ambivalence et de l'objet sexuel non satisfaisant. C'est-à-dire, non seulement parce que, comme S. Freud le soulignait, la seule relation valable et pleinement satisfaisante sera celle de la mère avec son fils, on suppose alors l'ambivalence à la clé d'une relation mère fille, mais aussi, pour l'auteur, parce que la sexualité ne s'instaure pas avec la relation primaire mais est déjà présente chez l'enfant sur un mode oral ou anal et que les soins maternels *ne font que l'activer* et aider à l'intégration des pulsions partielles. Il y aurait donc, dès le départ, un « objet sexuel réel », forcément du sexe opposé. Si les stades prégénitaux sont frustrants en tant qu'ils ne sont que des ersatz d'une satisfaction génitale concernant les organes génitaux, pour la fille, la frustration est double car l'objet d'amour n'est lui-même qu'un ersatz de « l'objet sexuel adéquat ». Alors, la fille n'a pas d'objet et n'aura pas à en changer car « d'emblée elle choisira le père comme idéal du moi (narcissique) et comme projet libidinal » (B. Grunberger, 1964, p.109). De ce point de vue, la fille tentera de se suffire ou de se *confirmer* narcissiquement très vite pour palier à sa frustration première d'une mère qui ne peut se charger de cette confirmation à cause de sa propre carence à laquelle il faut suppléer. Par cette tentative structurante, la fille devient « narcissique dans son essence ». Cette auto-confirmation est fortement vouée à l'échec, manquant d'une assise solide qui incombe à la mère et marquant du sceau de la dépendance les relations aux objets.

Pour résumer, les satisfactions prégénitales sont apportées par un objet substitut, ce qui entraîne des frustrations et plus tard une méprise de la sexualité prégénitale et de l'objet qui va avec : la mère. Passe le temps de mûrir dans l'attente qui s'accompagne de la construction d'une image idéale du père mais également de l'augmentation de son narcissisme compensatoire des attentes et frustrations. La conclusion en est l'amour du père idéalisé mais, dans un même temps, rendant ambivalent sa charge œdipienne par les frustrations précoces liées à son absence. Ainsi, cet amour au féminin est idéalisé et témoigne *d'une intégration défectueuse des composantes prégénitales*. Ceci expliquerait :

- « la survivance particulière de son attachement œdipien »
- « la tendance à dichotomiser »
- la tendance à « culpabiliser ses relations amoureuses ».

Dans ce scénario, la femme va rejeter les pulsions partielles notamment sadiques anales. Elle aura appris à attendre et aura développé une hésitation face à la blessure narcissique.

Ce scénario s'exprime par des traits de caractères spécifiques :

- hypersensibilité et une « façon d'exacerber ses frustrations en les supportant avec courage »
- le besoin de quelqu'un pour lui fournir la confirmation narcissique qui lui fait défaut.

Pour atteindre une *complétude narcissique*, la femme doit pouvoir effectuer une synthèse entre pulsions sexuelles et narcissisme, autrement dit, que les gratifications sexuelles soient équivalentes de confirmation narcissique. Ainsi, cette quête prend l'image du phallus dans l'inconscient, que la femme peut acquérir à la fois par identification et par introjection. La première semblant se situer du côté de la mère et de la féminité alors que la seconde concerne clairement le pénis du père. Dans ce cadre, l'amour d'un partenaire est équivalent de phallus et donc investi narcissiquement. Mais l'auteur nous rappelle que la femme est constamment déçue par ses relations objectales qui ne lui fourniront jamais pleinement les satisfactions narcissiques qu'elle recherche et dont elle a toujours manqué, elle est donc condamnée à une *autonomie narcissique* malgré sa dépendance de l'objet. Ainsi, la possession du phallus est une priorité pour la femme en tant qu'investissement narcissique et il existe deux façons de l'avoir :

- par le père, puis l'amour
- à travers elle même, investie toute entière phallique.

Cependant, cette seconde voie, qui est celle relevée par S. Freud lorsqu'il parle de la femme type, est soumise au balancier entre narcissisme et pulsion sexuelle, équilibre précaire qui contraint, dans ce cas de la femme narcissique, au détriment de sa vie pulsionnelle objectale et sexuelle ayant notamment pour conséquence la frigidité. Notons également que « la femme est narcissique orale et

l'oralité consomme également une grande part de libido » (B. Grunberger, 1964, p.114). Pour B. Grunberger, la femme en autarcie narcissique a les ressources nécessaires pour toujours retrouver l'intégrité narcissique dont elle a tant besoin. Elle se satisfait en s'appuyant autant sur des éléments en positif comme la beauté que sur des éléments en négatif pour ensuite en faire une force narcissique par l'intermédiaire « d'une conduite antilibidinale surmoïque » (B. Grunberger, 1964, p.114). Ainsi, la femme a une malléabilité et des « possibilités infinies » dans ses investissements narcissiques qui fait sa force face à l'adversité.

3.8. MASOCHISME ET PASSIVITÉ DE LA FEMME

Traiter du féminin convoque obligatoirement les couples d'opposés actif / passif et sadique / masochiste qui sous-tendent le couple masculin / féminin. Pour S. Freud, passivité et masochisme caractérisent le féminin. Comme le dit notre titre, nous situons nos recherches du côté du féminin de la femme pour comprendre comment ces caractéristiques, qui portent souvent un poids péjoratif, viennent aux femmes ?

C'est notamment à partir de la question du masochisme que la question du féminin se creuse dans la théorie freudienne. Reprenons brièvement le schéma freudien qui a déjà été discuté dans l'exposé sur le complexe de castration. L'enfant se situe d'abord dans une position active vis-à-vis de son objet d'amour, la mère, et dans une identification au père rival amoureux. La modification préalable des impulsions actives en impulsions passives annonce et accompagne la transition vers le père. D'abord a lieu le changement de position envers le premier objet d'amour, puis seulement le changement d'objet. Lors du second mouvement, s'ajoute des pulsions agressives qui s'infléchissent en masochisme. H. Deutsch (1947) reprend que lorsque la petite fille découvre son manque de pénis, sa libido sadique active se transforme en masochisme, celui-ci devenant alors la base érotique de la libido féminine. L'activité masturbatoire clitoridienne est alors accompagnée de fantasmes dirigés vers le père. Le contenu des désirs érotiques de la fille à l'égard du père sont décrits en 1924 dans « le problème économique du masochisme ». Il s'agit, pour S. Freud, de manifestations du masochisme féminin (trouvées chez l'homme) prenant la forme de fantasmes agréables consistant à être châtrée, à subir un coït agressif et à mettre au monde, la douleur faisant partie intégrante des fantasmes sexuels féminins.

C. Parat (1964) apporte une vision plus objectale que pulsionnelle au changement d'objet en s'intéressant particulièrement au passage de l'activité à la passivité et de l'agressivité au masochisme dans la relation objectale. Elle retrace l'histoire²²⁹ de l'agressivité dans la naissance et le développement de la relation objectale ; nous nous concentrons sur son propos au moment du changement d'objet. Schématiquement, juste avant ce moment du changement d'objet, la triangulation a amorcé un « tri » des pulsions amour / haine sur père / mère. Puis, « la fille se tourne d'abord vers son père d'une façon active, possessive et sadique, elle déplace à la fois son désir

²²⁹ PARAT, C. **Le changement d'objet**. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Ed. Payot, 1964.

libidinal et sa revendication du pénis de la mère vers le père porteur du pénis »²³⁰ (C. Parat, 1964, p.133). C'est alors l'apparition du « mouvement masochique féminin » qu'elle place comme essentiel dans l'évolution de la fille. C'est-à-dire que « les buts actifs et possessifs issus de la phase anale » changent en « réceptivité passive féminine » grâce à « l'infléchissement des pulsions sadiques dirigées vers le père » (C. Parat, 1964, p133). Autrement dit, la fille, durant ce mouvement va trouver une place active à son rôle passif dans sa relation à l'objet tel le « mécanisme d'identification à l'agresseur ». Évidemment, les conflits de possession active et sadique du pénis du père sont dépendants, dans leur bon déroulement, des conflits antérieurs prégénitaux avec la mère et de l'intégration du père comme bon objet. De ce fait, une des figures potentielles avatar de ce changement d'objet nous intéresse particulièrement pour traiter du cancer, celle de « l'infléchissement masochique » vécu ou signifié comme dangereux et vecteur d'angoisse car teinté des anciennes traces des relations conflictuelles prégénitales. Ainsi, la pénétration souhaitée peut prendre une réelle valeur de danger équivalente de ce qui peut détruire l'intégrité corporelle. Le pénis garde alors une valeur phallique de puissance, trace non seulement du pénis démesuré du père, lui-même héritier du phallus maternel primitif, morcelant, déstructurant, intrusif. Dans ce cas, « le rapt génital, la pénétration, sont vécus comme un désir insupportable, inacceptable par le moi, en contradiction avec la défense narcissique fondamentale et l'auto-conservation » (C. Parat, 1964, p.135). Un mouvement, comme celui décrit par C. Parat, peut devenir le déclencheur d'angoisses liées à la position passive en regard de la pénétration souhaitée ou imaginée si les femmes, de par leur évolution psychosexuelle, ne sont pas en mesure d'absorber ce mouvement en dehors de la signification d'un trop grand danger vital entraînant alors des symptômes sur le plan de la sexualité génitale liée à une organisation défensive. Schématiquement, la superposition ou l'accumulation d'infléchissements masochiques vécus avec angoisse pourraient entraîner la difficulté de subir une nouvelle épreuve pulsionnelle allant dans ce sens. Les difficultés à accepter le « désir de pénétration masochique » pour la fille est corrélatif à l'intensité de « l'angoisse de morcellement » liée aux conflits prégénitaux et, plus précisément encore, s'origine « dans une représentation sadomasochiste de la scène primitive » (C. Parat, 1964, p.136).

Il reste une question : où trouver l'activité dans cette position passive que la fille atteint dans sa relation au père ? Et bien, c'est la passivité qui est elle-même à caractère actif tel que S. Freud décrivait les pulsions à but passif : « l'activité investissant la forme passive conditionne la réceptivité féminine » (C. Parat, p.139). Remarquons avec Catherine Parat que « l'activité à but passif est d'ailleurs la définition physiologique de l'acte sexuel ». Au final, le mouvement masochique fait passer la fille du désir d'avoir et de prendre le pénis au père au désir de recevoir par

²³⁰ *Ibid* p.133

la pénétration le pénis du père et cela à travers l'investissement motionnel passif de son propre sexe capable à présent d'être complémentaire à l'autre, ce qui correspond finalement au mode génital de la fille.

En s'intéressant au féminin dans les deux sexes, M. et J. Cournut (1993) distinguent deux types de passivité qui se différencient par leur capacité de liaison ou de déliaison. L'une est « bonne », c'est une capacité, celle de recevoir de participer passivement (malgré le ton paradoxal de ces deux termes), nous renvoyant à « l'activité réceptrice » de C. Parat. La pulsion est active mais son but est passif, évacuant la question du *subir* de la sexualité féminine. Non seulement cette passivité est maîtrisable et participe pleinement au principe de constance, mais elle permet également de lier l'autre passivité mortifère « référée au principe de l'inertie » qui existe également. Elle est donc « utile », voire défensive dans certaines situations ; quoiqu'il en soit, elle permet *l'accueil* des effractions : « en première ligne et en permanence, permettrait d'atténuer en la recevant, et l'accompagnant, toute intrusion susceptible de menacer la cohésion narcissique du moi » (M. et J. Cournut, 1993, p.1536). « La mise en repos, pour ne pas dire en sommeil, de l'activité, et en somme, le désinvestissement de l'appareil d'emprise libérerait des quantités d'énergie dès lors disponibles pour investir le perceptif, le sensitif, l'affectif » (M. et J. Cournut, 1993, p. 1537). Ainsi, lorsque l'équilibre entre activité et affect se rompt, la balance penche, en cas de débordement, vers une passivité qui adoucit l'entrée, l'écoulement, creuse un lit à la rivière des ressentis comme pour le nourrisson qui subit mais éprouve tellement en même temps. Ainsi, pour les auteurs, à une passivité presque « corporelle » s'écoule une vague d'affects qui peut d'ailleurs être submergeante. S'intéressant aux pôles pulsionnels et aux mouvements d'intrications dans la cure, D. Ribas²³¹ oppose une *passivité de vie* et une *passivité de mort* chez le patient et chez l'analyste. « Dans le premier cas, la passivité est réceptivité, féminité, de laisser l'objet s'approcher, vous investir. La passivité de mort au contraire laisse s'éteindre, se déliter le lien, se laisse désinvestir et « laisse tomber » » (D. Ribas, 2002).

Pour schématiser les choses, ou bien il s'agit d'un état pulsionnel à but passif contraire du but actif ou bien c'est un état a-pulsionnel du côté de l'inertie et de la mort. La passivité d'accueil, en plus d'être la traduction du principe de constance, a un degré défensif dans le sens où elle permet le désinvestissement d'une part active qui laisse apparaître un but passif de réception, d'accueil, permettant comme pour les globules rouges dans le principe d'osmolarité de se laisser pénétrer ou

²³¹ RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle**. In : *Revue Française de Psychanalyse*, n°5, PUF, Paris, 2002.

infiltrer pour ne pas exploser ou dépérir. C'est ce caractère défensif qui est liant de l'autre passivité, la mortifère ; donc en cas d'effraction de l'appareil psychique, il ne s'agirait pas d'un abaissement de motions pulsionnelles tendant vers la mort (l'a-pulsionnel) psychique mais plutôt d'un changement de but pulsionnel d'actif en passif, accompagnant, accueillant, recevant, défendant comme un pont-levis le pare-excitant. Elle crée une entrée dans la barrière pour que le barrage ne cède pas. Bonne passivité d'accueil et passivité délétère s'esquissent sur le modèle du masochisme gardien de vie et masochisme mortifère.

C'est à travers l'observation du jeu, et notamment celui de la bobine, que S. Freud débute ses réflexions qui le conduiront à élaborer le concept de pulsion de mort. Catherine Chabert²³² propose de revenir sur ce passage de la passivité de l'expérience à l'activité du jeu comme un aménagement de la disparition et de l'angoisse qui s'y associe (absence-perte d'amour-mort). La répétition de l'expérience désagréable de l'absence de l'objet d'amour, qui est par nature réelle et contrainte, imposée par l'environnement (l'autre) extérieur, la répétition, donc, vise à se dégager de cette passivité pour garder un certain contrôle sur la situation vécue, devenant, par là même, moins douloureuse. Ainsi, l'ouverture active d'un espace de jeu permet de se dégager d'une passivité autrement douloureuse. Pourquoi douloureuse ? Car, telles n'importe quelles situations extrêmes, sur lesquelles nous reviendrons, le renoncement pulsionnel associé à la perte sous le joug de l'impuissance s'accompagne d'une extrême douleur tant que la situation ne trouve pas les *voies intérieures* de l'élaboration.

Le concept de passivité est limité pour Catherine Chabert (2003). Elle rejoint les propos de D. Ribas (2002), en attribuant à la passivité, comme à la pulsion de mort, une potentialité mortifère pour le sujet et une autre gardienne de vie. « La déliaison assure ainsi sa part de négatif, dans sa tentative d'effacement des représentations par fragmentation, dislocation et rupture, dans l'effort de clôture de la recherche d'inertie. Mais la passivité et son ressort intérieur, offre aussi d'autres voies pour supporter la douleur et pour en apprivoiser les effets » (C. Chabert, 2003, p.71).

Dans ses considérations sur la douleur, associées à une pulsion de mort convoquée à son endroit (dont nous détaillerons la procédure aux côtés de la théorie de Nathalie Zaltzman (1979) dans un chapitre sur les possibilités salutaires de l'action de la pulsion de mort), C. Chabert aborde un point qui nous semble essentiel pour nos travaux. Elle fait état d'un « recours actif » à la douleur, perceptible cliniquement dans des comportements, par exemple d'hyperactivité, conduisant à l'épuisement et attestant d'un mouvement mélancolique porteur dans la cure d'une réaction

²³² CHABERT, C. **Féminin mélancolique**. Paris : PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse, 2003.

thérapeutique négative. Les marques du « mal-être » qui rendent la douleur ostensible, comme, par exemple, les états dépressifs aigus, se substituent dans leur adresse au clinicien à une amélioration attendue. Le recours à la douleur pouvant donc être pour C. Chabert un contre-investissement de la passivité. La *représentation de l'enfant mort*, dans ce contexte, s'inscrit comme figure de narcissisme et de la mort, produit de ce contre-investissement qui dénonce une relation avec une « mère morte » (1980) au sens greenien du terme, donc, « une représentation limite de la perte mélancolique. Il représenterait l'inimaginable excès de la passivité par la négation de ses sources pulsionnelles et désirantes » (C. Chabert, 2003, p.88). Ce concept nous intéresse particulièrement du fait de sa procédure qui fige le mouvement érotique : « figurer un fantasme morbide de passivité totale, d'une extinction pulsionnelle radicale, condensée avec celle d'une innocence tragique » (Chabert, 2004)²³³.

A. Green distingue, sous le nom « d'action passivante »²³⁴, l'action de la mère des premiers soins sur le tout petit en pleine lutte contre ses propres excitations pulsionnelles et ses sources externes, c'est-à-dire les excitations venant du monde pulsionnel maternel. Dans cette perspective, la mère est à la fois objet intégrateur des pulsions (objet qui permet au moi d'intégrer ses pulsions), objet source d'excitation et inducteur de passivité. L'action passivante est alors un pas vers l'union, la fusion maternelle, « paradis perdu », au sens d'une désindividualisation telle que l'utilise Hannah Arendt²³⁵. Pour A. Green, l'action passivante c'est la féminité de la mère. Cette situation est reproduite par les soins, entraînant le moi à lutter à nouveau contre la folie des pulsions de l'objet alors que la passivité est ressentie telle des retrouvailles partielles avec des sensations paradisiaques. « Il s'agit pour les deux sexes de répudier la féminité de la mère c'est-à-dire son action passivante »²³⁶ (A. Green, 1990, p.141.)

R. Roussillon comme J. Schaeffer pensent qu'il est pertinent de décrire un masochisme érogène présent dans la sexualité des femmes.

Dans le problème économique du masochisme, S. Freud définit le masochisme érogène primaire comme une défense contre la destructivité interne ; il est alors constitué par une partie de la pulsion de mort qui, au lieu de s'évacuer vers l'extérieur, se trouve liée libidinalement sous l'action de la

²³³ CHABERT, C. **Le temps du passé : une forme passive ?** In : *Adolescence* 4/ 2004 (n° 50), p. 705-717

²³⁴ GREEN, A. **Passivité-passivation : jouissance et détresse.** In : *Revue française de Psychanalyse*, n°63, PUF, Paris, 1999.

²³⁵ ARENDT, H. **Le Système totalitaire**, Paris, Le Seuil, 1972.

²³⁶ GREEN, A. **Passions et destins des passions : sur les rapports entre folie et psychose**, In : *La folie privée : psychanalyse des cas-limites*, Paris, Gallimard, 1990.

coexcitation sexuelle. Les augmentations de tensions déplaisantes peuvent alors être vécues à la fois comme plaisir et déplaisir, douleur et jouissance.

Dans la théorie de J. Schaeffer²³⁷, les poussées constantes, qui effractent et nourrissent dans une même action le moi, contraignent au masochisme car obligent pour celui qui subit (exemple du nourrisson) sans possibilité de fuite à érotiser la souffrance. Dans cette théorie, la libido retrouve son état sauvage de la première théorie des pulsions, plutôt que liante, elle est à lier. « Je définis donc le masochisme érogène primaire comme une première liaison de l'effraction de la poussée constante de la libido » (J. Schaeffer, 2002, p.50). Cette conception rejoint celle de B. Rosenberg d'un masochisme gardien de la vie psychique (cf. chapitre : La solution masochique) car l'effraction du moi lui est bénéfique, le rendant plus malléable, capable d'intégrer une grande quantité de libido sans se désorganiser. Le masochisme érogène primaire consécutif de la poussée pulsionnelle est salutaire à la construction d'un moi narcissiquement stable dans ses premières effractions par un objet primaire « suffisamment bon ». « Il [le masochisme érogène primaire] inaugure un processus d'introjection pulsionnelle, qui permet au moi de jouir de l'effraction, sans désorganisation traumatique » (J. Schaeffer, 2002, p.51).

Pour Jacqueline Schaeffer, la Belle aux sensations érotiques vaginales endormies est en attente de sa révélation de jouissance par le Prince et la mère qui exerce la censure devient la *messagère* de cette attente : « un jour ton prince viendra », comme le dit la chanson. Cette censure sexualise, justement par ce qu'elle cache, l'attente de la jeune fille, mais l'attente est également douloureuse car elle signifie, dans l'histoire de la fillette, une perte, toujours celle de la mère qu'elle soit celle des premiers soins qui s'absente et revient, ou celle devenue amante qui désinvestit la dimension maternelle. Ainsi, l'attente de l'objet primaire maternel devient point de rencontre entre excitation érotique et douleur, inscrivant « définitivement le désir sexuel dans cet investissement de ce rapport jouissance-douleur »²³⁸ (J. Schaeffer, 2008, p.173). L'attente de la jeune fille est donc portée par le masochisme, la mère est donc également messagère du *masochisme érotique gardien de la jouissance*. Si le lien entre érotisme et masochisme est si fort chez la femme, comme l'avait souligné S. Freud, c'est parce qu'elle n'en finit pas d'attendre, « et comme ces attentes non maîtrisables sont pour la plupart liées à des expériences de pertes réelles de parties d'elle-même ou de ces objets - qu'elle ne peut symboliser, comme le garçon, en angoisse de perte d'un organe jamais perdu dans la réalité - ainsi qu'à des bouleversements de son économie narcissique, il lui faut l'ancrage d'un solide masochisme primaire » (J. Schaeffer, 2008, p.174.). Quelles questions cette

²³⁷ SCHAEFFER, J. **Masochisme féminin et relation sexuelle**. In : *Le Divan familial* 2/ 2002 (N° 9), p. 47-60

²³⁸ SCHAEFFER, J. (1997). **Le refus du féminin**. Paris : PUF, Ed. Quadrige 2008.

notion de perte et d'attente amènent-elles pour nos patientes ? Quel destin pour le masochisme primaire de nos patientes confrontées à la perte réelle de leur organe lié à la fonction maternelle ? Dans cette théorie, il nous semble que nous pouvons comprendre l'attente comme une forme de passivité propre à la fille, toujours en attente de son féminin (les règles, chaque mois, le coït, l'enfant, l'accouchement, le sevrage...) ; l'objet de ces attentes n'est d'ailleurs pas tout bon ou tout mauvais, s'il est associé au plaisir, il est également fortement connoté de douleur et d'ailleurs une douleur physique. Bref, cette théorie conforte notre volonté de présenter masochisme féminin et passivité dans le même chapitre.

Le changement d'objet est un moment important dans la construction masochique de la femme. Si le masochisme primaire se fonde sur l'identification à la mère, nécessaire à la fille pour se différencier du corps maternel, l'investissement du père s'accompagnera d'un mouvement masochique par lequel la fille pourra attribuer au pénis de l'homme les modifications corporelles et ressentis sexuels. Ce *masochisme érotique secondaire* porte essentiellement le désir d'être pénétrée par le pénis du père, c'est là que nous retrouvons le fantasme masochiste d'un « enfant est battu », être battue car coupable de ce désir œdipien.

La pénétration est le troisième effacteur de la femme (J. Schaeffer) qui lui rend toutes ses capacités érotiques jusque-là cachées. Dans la réalité de la relation sexuelle, la pénétration s'inscrit dans l'actualisation de la première effraction qui implique le narcissisme de l'enfant violenté par la séduction pulsionnelle érotique de l'adulte. Cette coexcitation lie l'expérience de pénétration au fantasme masochique d'être effractée dans son sens le plus pur, presque juridique, c'est-à-dire d'être possédée de force. Au-delà de la pénétration c'est la révélation du vagin et la jouissance féminine qui seront rattachées à ce fantasme ; c'est pour cela que J. Schaeffer affirme que le masochisme est permanent dans la sexualité féminine, entendons sexualité au sens de vie sexuelle actée. Suivant le fil du masochisme de la première à la dernière effraction qui ouvre sur la génitalité, la découverte de l'érogénéité du vagin et de la jouissance féminine sont liées à un fantasme masochique d'effraction qui se réitère à chaque relation sexuelle du fait du refoulement opérant, sans cesse sous le joug du caractère incestueux de ce masochisme érotique.

Le masochisme féminin est décrit dans un second temps par S. Freud chez des hommes dans une dimension perverse, comme des fantasmes utilisés pour atteindre le plaisir orgastique. Ces fantasmes concernent le féminin maternel et érotique : « subir le coït ou accoucher », « être castrée », « être bâillonnée, attachée, battue douloureusement, fouettée, forcée à une obéissance

inconditionnelle », « être souillée, abaissée »²³⁹ (S.Freud, 1924). Il s'agit là d'un féminin douloureux loin d'une réceptivité accueillante ; nous suivons J. Schaeffer lorsqu'elle dit que l'érotisation de ce féminin chez l'homme correspond à des « fantasmes de masochisme moral chez la femme ».

Nous ne dirons qu'un mot sur le **masochisme moral** qui nous intéresse moins ici bien qu'il soit, selon S. Freud, plus familier du comportement de la femme du fait de son surmoi jamais vraiment intériorisé, donc de sa dépendance à l'objet. Il reste la version pathologique d'un masochisme érotique secondaire qui n'aurait pas été élaboré. Derrière le sentiment de culpabilité, se cache une jouissance masochique de la punition. La femme est prise entre ces deux masochismes érotique et moral et si l'un n'est pas assez élaboré c'est l'autre qui surgit dans la relation sexuelle, témoin de l'ordinaire, même pathologique.

Ce qui nous intéresse particulièrement dans l'approche de J. Schaeffer, à propos du masochisme érotique féminin dans la relation sexuelle (2002), c'est sa prise en compte de la sexualité à proprement parler des femmes. En poursuivant les effractions nourricières jonchant le parcours du féminin, elle suit également le fil parallèle du masochisme qui sous-tend les effractions non traumatiques du moi de la femme puis de la femme, juste assez pour leur donner leur teinte érotique. Ainsi, elle en arrive à élaborer une théorie englobant la relation sexuelle de la femme, la première, surtout (comme l'avait fait F. Dolto (1996) au sujet d'un amant adéquat), mais également toutes les pénétrations suivantes. Nous avons vu les aspects du masochisme qui nous intéressait pour discuter de la mutilation subie par les femmes atteintes de cancer gynécologique, d'un point de vue fantasmatique, narcissique, pulsionnel ; qu'en est-il du masochisme dans l'expérience de la relation sexuelle et dans la jouissance, dimension non négligeable pour la vie de ses femmes ?

Ce masochisme érotique féminin est génital ; il donne à la femme les capacités d'acceptation et de jouissance de la relation sexuelle du côté du sujet pénétré, c'est-à-dire lors de la déliaison propre à la relation sexuelle, il assure paradoxalement la liaison qui permet au moi d'intégrer une grande quantité d'excitation non liée sans se désorganiser. Nous pourrions presque dire « cliniquement », au sens premier du terme, il permet à la femme de « se laisser faire jouir » par l'autre, car c'est bien l'amant et son pénis qui mettent à jour le vagin et sa jouissance. Cette conception d'acceptation rejoint la *passivité réceptrice* de C. Parat (1964) qui rend la femme capable d'accueil en elle, mais d'abord dans son moi. Mais cette passivité réceptrice n'est pas pour J. Schaeffer (1997) celle décrite par M. et J. Cournut (1993). Par ses capacités de maîtrise, elle ne perd pas sa définition de défaite, au contraire, c'est bien en acceptant cette défaite même que la femme s'ouvre à son propre féminin

²³⁹ FREUD, S. (1924). **Le problème économique du masochisme**. In : Névrose, psychose et perversion, PUF, Paris, Ed. Bibliothèque de psychanalyse, 2010.

et tient son rôle dans la relation sexuelle.

Piera Aulagnier²⁴⁰ inscrit la problématique du masochisme féminin dans les capacités de la femme à désirer dans son rapport à l'autre sexe. Si la femme, comme nous l'avons vu, ne peut supporter d'être l'objet de désir de l'homme, il en reste un fantasme ou plutôt une fascination qui rencontre un fantasme pour ces femmes capables d'une liberté de désir leur permettant d'accepter / de se soumettre pleinement au désir de l'autre (l'exemple que nous donne P. Aulagnier est celui des prostituées), qui les désigne ainsi comme objet de jouissance, objet « a », inscrivant par là même la jouissance du partenaire dans un rapport proportionnel à la soumission et à la déchéance de l'objet. Piera Aulagnier nous indique que si l'homme inscrit ses capacités de jouissance orgasmique entre « pouvoir ou non », la femme, dans sa volonté de paraître objet de jouissance infini, cache son désir, et en faisant sien celui de répondre parfaitement à celui de son partenaire, fabrique un continuum entre plaisir et douleur, expliquant l'érotisation de cette dernière dans le jeu des désirs et de la jouissance.

Il existe également une constante, que l'on retrouve transversalement chez les auteurs, d'une femme qui ne peut découvrir sa jouissance et ses organes sans l'autre, contrairement à l'homme, obligée de faire avec ce qu'elle est, obligée de trouver des subterfuges ou processus, qu'il s'agisse d'un voile jeté sur son désir ou d'un masochisme érotique pour accepter sa condition de dépendance (au pénis, au désir) au sexe opposé. Au risque de caricaturer la théorie de trois grands auteurs nous proposons un lien qui les unit : la femme est soumise, défaite, obligée, vaincue, mais c'est sa force et son pouvoir car sa défaite lui procure sa jouissance (J. Schaeffer), sa jouissance infinie en fait l'objet d'amour / de désir de l'homme (P. Aulagnier) et la femme aime être aimée (selon le type narcissique freudien). Par la phrase « se laisser faire jouir », nous appuyons sur la réappropriation active d'une condition passive au départ. Si le masochisme érotique féminin dont nous parle J. Schaeffer est le gardien de la jouissance sexuelle il est néanmoins dépendant de l'objet sexuel pris dans un sens de partenaire et non d'une utilisation sadomasochiste, et l'amant de jouissance doit être adéquat.

²⁴⁰ AULAGNIER P., **Remarques sur la féminité et ses avatars**. In : Le désir et la perversion, Paris, Ed. Du Seuil, 1967.

4. LE CORPS ENTRE ÉROTISME ET MALADIE

Il n'y aura pas, dans cette partie théorique, de chapitre dédié à l'onco-psychologie. L'état de la question en révèle précédemment l'essentiel et la quasi absence de travaux psychanalytiques sur les retombées du cancer nous impose d'explorer la psychopathologie psychanalytique de la maladie grave en général. Nous décidons de faire apparaître les références théoriques liées au cancer, comme dans la partie précédente sur la sexualité féminine, de manière transversale, en filigrane de tous nos propos.

Différencier les théories sur la sexualité féminine de celles sur le corps reflète peut-être déjà la déliaison qui se joue dans un service d'oncologie gynécologique. Alors qu'Éros s'inscrit dans la vie jusqu'aux traces d'immortalité laissées par la procréation, le corps malade nous pousse du côté de Thanatos.

4.1. DE LA LIBIDO À LA PULSION

4.1.1. Les théories freudiennes de la libido et des pulsions

Avant de plonger dans des théories plus spécifiques, il m'a fallu revenir sur les notions fondamentales à la psychanalyse de pulsion et de libido notamment pour en éclaircir les rapports.

La pulsion se distingue de l'instinct (Instinkt / Trieb) en ce qu'elle n'est ni héréditaire, ni adaptée à son objet. Au contraire, la pulsion répond à une tension propre à une excitation corporelle et a pour but de supprimer la chose même qui l'a créée : la tension à la source pulsionnelle pour maintenir l'homéostasie, en choisissant un objet adapté à sa satisfaction qui ne lui est pas « originellement connecté » (S. Freud, 2010)²⁴¹. But et objet ne sont donc pas spécifiques à une pulsion et il n'existe d'ailleurs pas une pulsion, mais des pulsions partielles qui s'unifient en pulsion sexuelle. Le stimulus originel pulsionnel est somatique, la tension naît de l'intérieur de l'organisme, des organes, et la pulsion en est le représentant psychique qui s'impose comme *l'exigence de travail* à fournir pour répondre au *corporel*. La satisfaction de la pulsion est alors équivalente à la suppression de la tension.

Les pulsions sont donc plusieurs dès les origines de la sexualité. Partielles mais aussi opposées, d'abord entre pulsions sexuelles et pulsions d'auto-conservation puis, à travers le dualisme pulsion de vie et pulsion de mort.

L'étude freudienne des pulsions se fonde électivement sur les pulsions sexuelles qu'il désigne comme celles qui s'observent le plus aisément par la psychanalyse tout en pointant l'existence d'autres exigences pulsionnelles. La description de la pulsion sexuelle devient le parangon des caractéristiques de la pulsion en général et donc de son dégagement nécessaire d'avec la notion d'instinct pour comprendre le fonctionnement humain.

La description des différentes pulsions et de leurs mouvements peut se lire dans une perspective développementale dépendante de l'histoire du sujet et constitutive de sa psychosexualité. Dans cette perspective adoptée par S. Freud, les pulsions partielles sont des morceaux de la pulsion sexuelle qui fonctionnent d'abord indépendamment sur le modèle décrit de la pulsion sexuelle, puis tendent à s'unir dans des organisations libidinales plus ou moins fixées dans le fonctionnement final du sujet.

Avant de s'unir, la multiplicité des pulsions renvoie à la multiplicité des organes érogènes, les sources somatiques pulsionnelles devenant zones érogènes lorsque leur fonctionnement devient, à

²⁴¹ FREUD, S. (1915). **Pulsions et destins de pulsions**. In : Métapsychologie. Paris : Ed. PUF, Quadrige, 2010, p. 12.

un moment, prévalent dans le développement du sujet.

Au début de la vie, les pulsions sexuelles s'étayaient des pulsions d'auto-conservation, ces dernières indiquant « à la sexualité la voie de l'objet »²⁴². L'objet de satisfaction est élu dans le concret de la réalité comme le sein venant étancher la soif, puis, les pulsions sexuelles, en se séparant des fonctions non-sexuelles, perdent leur objet et deviennent autoérotiques, empruntant du même coup la voie du fantasme. Chaque pulsion partielle se satisfait d'abord pour elle-même sur le corps propre puis, vient le temps des organisations prégénitales dans lesquelles les pulsions partielles s'unifient autour d'un objet de satisfaction qui semble, pour un temps, répondre aux excitations sexuelles. « La pulsion sexuelle dont la manifestation dynamique dans la vie psychique peut être appelée libido se compose de pulsions partielles en lesquelles elle peut à nouveau se décomposer et qui ne s'unissent que progressivement en organisations déterminées »²⁴³ (S. Freud, 1923).

La pulsion partielle se lie dans l'histoire du sujet à des représentants qui spécifient l'objet et le mode de satisfaction. Ainsi, « la poussée interne d'abord indéterminée subira un destin qui la marque de traits hautement individualisés »²⁴⁴. Ce n'est qu'au terme d'une évolution accompagnée du jeu des représentations et fantasmes que la pulsion sexuelle s'organise sous le primat du génital pour retrouver la fixité et la finalité apparente de l'instinct. L'objet de la pulsion est variable et se module tout au long de la vie du sujet pour ne se fixer dans sa forme définitive qu'en fonction de son histoire. Cependant, notons ce que S. Freud dit de la mobilité libidinale qui nous intéresse fortement pour éclairer les capacités de modulations psychiques en fonction d'un événement : « un [...] caractère important de la libido, c'est sa mobilité, c'est-à-dire la facilité avec laquelle elle passe d'un objet à un autre. Au contraire, on dit qu'il y a fixation de la libido quand elle s'attache, parfois pour toute la vie, à certains objets particuliers » (S. Freud, 1938)²⁴⁵.

La pulsion sexuelle fonctionne donc d'abord de manière anarchique avant de s'organiser, et son champ de stimuli internes et de réalisations externes est donc beaucoup plus vaste que celui des activités sexuelles génitalisées. Ce sont elles qui sont à l'œuvre chez le petit d'Homme jusqu'à leur subordination au génital, leurs sources émanent jusque-là du fonctionnement de zones corporelles déterminées et diversifiées : les zones érogènes. Leur énergie unique qui participe de l'économie est la libido et dans la dynamique qui anime les conflits psychiques, elle occupe le pôle du conflit qui

²⁴² LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. (1967). **Vocabulaire de la psychanalyse**, Paris : Ed. PUF, 2002, p. 370.

²⁴³ FREUD, S (1923). **Psychanalyse et Théorie de la libido**. In : Résultats, Idées, Problèmes. Tome II 1921-1938. Paris : Ed. PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse , 1998.

²⁴⁴ LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. (1967). **Vocabulaire de la psychanalyse**, Paris : Ed. PUF, 2002, p. 362.

²⁴⁵ FREUD, S (1938). **Abrégé de psychanalyse**, p. 10. In : LAPLANCHE, J., PONTALIS, J-B. (1967). **Vocabulaire de la psychanalyse**, Paris : Ed. PUF, 2002.

sera privilégié par le refoulement dans l'inconscient.

Au final, le concept de pulsion s'écarte des définitions communes qui situent la pulsion sexuelle dans les excitations et le fonctionnement de l'appareil génital, car les sources sont multiples et les buts leur répondent. Ce n'est qu'au terme d'un développement complexe que les pulsions partielles s'unifient autour du génital dont l'accomplissement du coït devient l'un des buts.

La pulsion sexuelle s'inscrit dans le dualisme freudien, d'abord comme le pendant des pulsions d'auto-conservation, puis, est assimilée dans la seconde théorie à Éros. Elle passe donc, dans sa définition, d'une force soumise au principe de plaisir, menaçant l'équilibre du dedans sous peine de décharge, à une force de liaison et de maintien des *unités vitales*.

Si les pulsions cheminent le développement psychosexuel, on peut également les appréhender à travers leur dualisme constant, représentatif de la pensée freudienne. La satisfaction sexuelle et l'auto-conservation de l'individu sont donc les deux pôles pulsionnels de la première théorie. Les pulsions d'auto-conservation prenant leur source des besoins vitaux dont le paragon est la *faim*.

Ces deux sortes de pulsions ne sont pas seulement mises côte à côte dans un but de classification, ces pulsions entretiennent entre elles des rapports d'étayage et d'opposition. Ces pulsions émanent des mêmes organes et s'opposent quant à leur but et leur mode de satisfaction, les unes (auto-conservation) relevant très vite du principe de réalité (ne pouvant se satisfaire que d'un objet réel) et les autres, capable de se satisfaire dans un registre fantasmatique, relevant plus longtemps du principe de plaisir avant de prendre en compte la réalité. Ces deux pôles pulsionnels peuvent donc entrer en conflit à propos d'un même organe, celui-ci devenant le lieu du symptôme.

Les pulsions du moi sont une catégorie des pulsions plus difficilement appréhendable dans la théorie freudienne. Elles sont, au départ, assimilées aux pulsions d'auto-conservation puis, se distinguent avec la naissance de la notion de narcissisme comme émanant du moi vers des objets extérieurs poussés, non pas par la libido, mais par *l'intérêt* du moi. Au final, la terminologie disparaît progressivement de la théorie freudienne avec le nouveau dualisme pulsion de vie / pulsion de mort et la seconde topique qui n'attribue plus une pulsion à une instance mais situe l'origine de toutes les pulsions dans le ça, toutes possiblement à l'œuvre pour chacune des instances.

À ce niveau de la théorie, il n'y a plus qu'un pas à faire pour *introduire le narcissisme* à travers les distinctions entre pulsion du moi et la division en fonction de l'objet d'investissement de la pulsion sexuelle : libido d'objet et libido du moi, dans une perspective à la fois génétique concernant les

investissements libidinaux progressifs du narcissisme primaire et secondaire et la constitution du moi (du même coup, éclaircissant les rapports entre pulsion du moi et libido du moi), et clinique faisant état de la balance libidinale. Schématiquement, la libido prend sa source sur le corps propre pour investir d'abord le moi puis des objets extérieurs et retourner, dans le second mouvement du narcissisme secondaire, sur le moi. Ainsi, le moi est, d'abord, l'objet d'investissement de la libido qu'il stocke pour devenir, par la suite, la source pulsionnelle des investissements d'objets. Libido du moi et libido d'objet sont un même pool d'énergie respectant la loi physique : rien ne se perd et rien ne se crée, mais peut se transformer sur le mode du balancier.

4.1.2. Les mouvements pulsionnels d'intrication et de désintrication

Les chroniques de D. Ribas sur les mouvements d'intrications pulsionnelles débutent sur le postulat d'une économie psychique qui n'est pas structurée définitivement mais bien mouvante, plutôt de l'ordre d'un fonctionnement qui module en réactivité aux stimuli externes, qu'ils soient pertes ou satisfactions, définissant un même individu par différentes « organisations psychiques »²⁴⁶. Catherine Chabert propose, dans son séminaire (2011-2014), l'utilisation du terme « fonctionnement psychique » pour appuyer justement sur les possibilités de prendre en compte à la fois la réalité de l'environnement et l'intrapsychique doué de modalités évoluant au gré de ses relations avec le monde. Nous nous saisissons volontiers de cette précision de vocabulaire car, si l'on peut parler d'un fonctionnement habituel, c'est bien l'état de crise comme celui de la maladie qui montre les capacités de modulations des fonctionnements psychiques.

Comme le dit brillamment D. Ribas, il nous faut penser certaines contradictions théoriques pour comprendre pleinement l'inattendu que la clinique nous réserve toujours. Nous comprenons son introduction aux chroniques de la désintrication comme une invitation à dépasser le carcan étroit de la théorie pour apporter une explication à la grande adaptabilité des fonctionnements psychiques. Dans cette optique, nous venons de présenter les deux théories pulsionnelles, toutes deux nécessaires à notre sujet. Sans aborder nos résultats, nous pouvons d'ores et déjà insinuer intuitivement que la maladie grave convoque autant le jeu discursif entre auto-conservation et libido qu'entre Éros et Thanatos. Jouer ici sur les deux oppositions possibles des pôles pulsionnels sera notre manière de faire « coexister en nous des théorisations aux références contradictoires » (D. Ribas, 2002)²⁴⁷. Or, nous suivons D. Ribas qui pense que les concepts d'intrication et désintrication

²⁴⁶ RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle**. Revue Française de Psychanalyse, n° 5, Paris : Ed. PUF, 2002.

²⁴⁷ *Ibid*, p. 1690.

ont cette valeur épistémologique qui permet de faire le lien métapsychologique entre des théories d'un premier abord éloignées (mais pas tant que ça). Il nous communique son intérêt pour « la sensibilité au gradient intrication-désintrication » dans toute clinique, la situation analytique elle-même apportant la preuve d'une possible influence de l'organisation pulsionnelle pour en modifier des éléments issus de la constitution psychique. Néanmoins, pour présenter l'intrication, nous nous situons seulement entre pulsion de vie et pulsion de mort. La sexualité humaine comporte en elle-même cette part destructrice relevée par Sabina Spielrein (« La destruction comme cause du devenir », 1912) à travers la biologie. C'est sa finalité biologique de procréation qui renvoie l'homme à sa propre destruction, non seulement parce que la nouvelle naissance nous rapproche inéluctablement de la mort, mais également, parce que l'acte en lui-même unit les cellules, leur faisant perdre à jamais leur caractère unique « et c'est de cette destruction que surgit ensuite une vie nouvelle »²⁴⁸. « Conception moniste d'un sexuel ayant une composante destructrice »²⁴⁹. Cependant, cette découverte d'un instinct sexuel lié à un instinct de mort est la preuve d'une intrication pulsionnelle à l'œuvre.

S. Freud donne l'archétype de l'intrication pulsionnelle à travers le couple d'opposés sadisme / masochisme. « La composante sadique de la pulsion sexuelle est l'exemple d'une intrication, son autonomisation comme perversion celui d'une désintrication relative » (D. Ribas, 2002)²⁵⁰. Le sadisme est alors pulsion de mort qui s'exprime sur l'objet car poussée hors du Moi par l'intrication de la libido narcissique.

Du surmoi mélancolique comme expression de la désintrication²⁵¹ à la névrose obsessionnelle qui libère la pulsion de mort par régression entraînant une part libidinale libérée par la « démixtion » ; c'est ainsi que S. Freud chemine jusqu'à proposer le rôle liant et domptant les « dangereuses pulsions de mort » par déviation vers l'extérieur afin qu'elles soient exprimées. Mais il en reste. C'est dans son article sur le masochisme de 1924²⁵² que S. Freud reprenant la dérivation de la pulsion vers l'extérieur, lie théoriquement libido, pulsion de mort, agressivité, corps (musculature) et fonction sexuelle. Le masochisme est alors premier, « réalisant la première intrication pulsionnelle ». « Le masochisme érogène primaire est défini dans sa spécificité propre, par

²⁴⁸ SPIELREIN, S. In : RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle**. *Revue Française de Psychanalyse*, n°5, PUF, Paris, 2002.

²⁴⁹ *Ibid*, p. 1691.

²⁵⁰ RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle**. *Revue Française de Psychanalyse*, n°5, Paris : PUF, 2002, p. 1694.

²⁵¹ FREUD, S. (1923b). **Le Moi et le Ça**. Essais de psychanalyse. Paris : Ed. Petite Bibliothèque Payot, 1984, p. 116

²⁵² FREUD, S. (1924). **Le problème économique du masochisme**. In : *Névrose, psychose, perversion*, Paris, PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2010.

l'intrication pulsionnelle » (S. Freud, 1924)²⁵³, ainsi, toute intrication pulsionnelle est par essence masochique. Ce qui reste dans l'organisme de pulsion de mort est lié libidinalement par l'intermédiaire de la coexcitation sexuelle, ce quantum est équivalent du *masochisme érogène originaire*. Le concept de « coexcitation » décrit dans le problème économique du masochisme permet de rendre compte des conséquences équivalentes d'un plaisir ou d'une douleur à son paroxysme, c'est-à-dire la confusion des éprouvés, des ressentis. N'oublions pas que la proximité du plaisir et de la douleur est la preuve de la liaison d'Éros et de Thanatos : « le sens de l'intrication pulsionnelle est l'érotisation de la destructivité issue de la pulsion de mort, donc du déplaisir qu'accompagne cette destructivité, ce qui est l'essence du masochisme » (S. Freud, 1924)²⁵⁴. Ainsi, nous pourrions dire que le masochisme accompagnant un phénomène clinique témoigne de la pulsion de mort, autrement dit de l'intrication des pulsions relative à la spécificité du phénomène.

Voici la définition de l'intrication et de la désintrication proposée par S. Freud en 1924 :

« [...] il se produit une mixtion et un amalgame, très extensif et variable dans leurs proportions, des deux espèces de pulsions ; si bien que nous ne devrions nullement compter avec des pulsions de mort et de vie pures, mais seulement avec des mélanges de celles-ci, comportant des valeurs diverses. À la mixtion des pulsions peut, sous l'effet de certaines actions, correspondre la démixtion de celles-ci ». S. Freud s'interroge alors, sans connaître la réponse, sur « quelle part des pulsions de mort [...] se soustrait à un tel domptage par la liaison à des ajouts libidinaux... ».

La négation fait partie de ce que nous pouvons entendre cliniquement de la pulsion de mort. « L'affirmation – comme substitut de l'unification – appartient à l'Éros, la négation – successeur de l'expulsion – à la pulsion de destruction. Le plaisir à la négation généralisée, le négativisme de tant de psychotiques doit être vraisemblablement à comprendre comme indice de la démixtion des pulsions par retrait des composantes libidinales » (S. Freud, 1925)²⁵⁵.

La négation permet à la pensée de s'affranchir du refoulement donnant au moi une formule pour reconnaître l'inconscient qui ne connaît pas le « non ».

Volontairement, nous n'aborderons pas les auteurs qui s'élèvent contre l'existence de la pulsion de mort. Nous nous intéressons préférentiellement aux manifestations cliniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle.

²⁵³ Ibid., p. 82

²⁵⁴ Ibid., p. 83

²⁵⁵ FREUD, S. (1925). **La Négation**. In : Œuvres complètes vol. XVII. Paris : Ed. PUF, 1992, p. 170-171.

Dans la logique freudienne, M. Klein indique que la pulsion de mort a deux destins : la projection à l'extérieur et la liaison interne par la libido. Suivant S. Ferenczi²⁵⁶, elle propose « la fragmentation » de l'organisme comme expression de la pulsion de mort.

La pulsion de mort est comprise par certains auteurs dans ses rapports avec l'objet. F. Pasche fait d'ailleurs, dans son *antinarcissisme*²⁵⁷, une relecture de l'opposition objet / narcissisme à travers le second dualisme pulsionnel. Cette phrase qu'il écrit nous permet de comprendre le rôle possiblement intriquant de l'objet et donc, l'action et le poids de la réalité externe au sujet et investie par lui, sur son travail psychique d'intrication / désintrication pulsionnelle : « l'amour qu'autrui nous porte ressenti, s'il est d'une certaine qualité, est capable de refusionner nos tendances désintriquées, de nous rendre ou d'augmenter notre propre estime. L'objet n'est pas seulement efficace par son absence et ses mauvais procédés » (F. Pasche, 1985)²⁵⁸. Il présente les deux pulsions comme dans un balancier que tout excès ferait toujours pencher du côté de la désintrication comme pour maintenir une homéostasie pulsionnelle pourtant difficilement atteignable. Il considère donc, qu'un mouvement pulsionnel se fait au détriment de l'autre, car l'investissement ne peut se diriger vers l'un des deux pôles narcissique ou objectal sans mettre l'autre à l'écart. La dualité narcissisme (fusion et organisation qui renvoient à l'Éros) / antinarcissisme (dispersion, décomposition qui renvoient à Thanatos) en est la première expression sur le plan psychique.

André Green, à travers son concept de *narcissisme de mort*, nous permet à son tour de repenser l'importance de l'objet externe pour la réalité psychique du sujet, chose que nous avons déjà plusieurs fois mise en exergue au cours de cet exposé, puisque elle s'impose naturellement dans les recherches sur la sexualité et la maladie. Le rôle des objets de la réalité est central car leur participation a une place importante dans la psychopathologie du sujet. Le fonctionnement psychique témoigne de ces relations entre objet réel et fantasmatique, car tout se passe, selon A. Green, comme si l'objet réel cohabitait avec l'objet fantasmatique, « comme si une double inscription des événements psychiques accordait une même réalité aux objets fantasmatiques et aux objets réels » (A. Green, 1980)²⁵⁹. Quelle que soit la nature de l'objet (réel ou fantasmatique), il se situe dans une relation conflictuelle avec le moi ; A. Green soutient cette hypothèse avec l'idée que la sexualisation du moi transforme le désir pour l'objet qui devient désir pour le moi.

Pour A. Green, la pulsion de mort est définie comme « désobjectalisante » et ses conséquences

²⁵⁶ FERENCZI, S. **Notes et fragments**. In : Œuvres Complètes Psychanalyse - Tome 4. Paris : Ed. Payot, 1982.

²⁵⁷ PASCHE, F. **L'antinarcissisme**. In : Le narcissisme : l'amour de soi. Paris : Ed. Tchou, 1985.

²⁵⁸ Ibid., p. 231

²⁵⁹ GREEN, A. (1980). **Narcissisme de vie, narcissisme de mort**, Paris, Editions de Minuit, 1983.

représentent le « travail du négatif » à la fois destructeur et indispensable à la vie psychique. « [...] La manifestation propre à la destructivité de la pulsion de mort est le désinvestissement. »²⁶⁰ (A. Green, 1984, p.56). Le concept de narcissisme négatif opposé au narcissisme de vie est l'expression de cette pulsion de mort selon A. Green, c'est-à-dire aspirant au niveau zéro et ayant une fonction désobjectalisante jusqu'au processus d'objectalisation lui-même. À l'inverse de ce travail de déliaison effectué par la pulsion de mort, l'intrication a une visée objectalisante dont l'expression majeure est la symbolisation. La fonction désobjectalisante de la pulsion de mort s'opère par la médiation de la fonction d'autodestruction, alors que la pulsion de vie utilise pour satisfaire sa visée objectale la fonction sexuelle.

Revenons un instant sur le masochisme de 1924 pour l'interroger dans ses relations avec le narcissisme. Lorsque S. Freud aborde la question du narcissisme (1914), il regroupe la pulsion d'auto-conservation et la libido qui deviennent indiscernables lorsque l'objet d'investissement est le moi. Ainsi, la conservation du moi est l'œuvre de son propre investissement libidinal qui constitue le narcissisme. Au regard de la naissance de cette pulsion de vie émerge l'idée de la destructivité, mais nous l'avons déjà dit. Les rapports entre masochisme et narcissisme sont complexes, nous les comprenons ainsi : lors d'une désintrication pulsionnelle, le retour de la libido narcissique dans le Moi augmente ses capacités d'auto-conservation. Ce surinvestissement narcissique conduit à un affaiblissement du masochisme puisque celui-ci n'a pas lieu d'être sans l'autre. Il s'agit d'une relation proportionnelle avec le masochisme face aux difficultés objectales et à la menace interne de destruction issue de la pulsion de mort. Le narcissisme défensif favorise la réintrication, donc reconstruit le masochisme nécessaire à un retour de l'objet.

Piera Aulagnier présente, elle aussi, le dualisme pulsionnel en fonction des investissements objectaux. La mobilisation de la pulsion de mort ne laissant derrière elle que le « trou » et le « rien » du désinvestissement de l'objet, son action vise alors à faire disparaître les représentants des objets et supports libidinaux. L'intrication pulsionnelle, en contre-pied, est alors le garant contre la destructivité interne²⁶¹.

A l'inverse d'une constatation d'état de l'intrication des pulsions, B. Rosenberg²⁶² propose une

²⁶⁰ GREEN, A. (1984). **Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante**. In : la pulsion de mort. Paris : PUF, 1986, p. 56.

²⁶¹ AULAGNIER, P. **Remarques sur la féminité et ses avatars**. In : Le désir et la perversion, Paris, Ed. Du Seuil, 1967.

²⁶² ROSENBERG, B. (1991) **Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie**, Paris, PUF, 2007, coll. Monographies de psychanalyse.

intrication par investissement de chacune des pulsions dans un même objet. « Toute perte d'objet est donc potentiellement désintricante » (D. Ribas, 2002)²⁶³. L'exemple de la mélancolie est parlant : l'investissement narcissique de l'objet ne permet pas le deuil, il faut en passer par la dévalorisation, donc un *travail de mélancolie* pour permettre le désinvestissement de l'objet qui équivaut à se désinvestir soi-même.

Basé sur sa clinique de l'autisme, D. Ribas soutient l'hypothèse d'une désintrication pulsionnelle qui, poussée à son paroxysme, rendrait compte d'une clinique présentant à la fois des éléments mortifères et des manifestations de vie et de sexualité. Ce modèle de désintrication nous intéresse par ses correspondances avec « d'autres situations qui témoignent d'effractions des limites psychiques »²⁶⁴. Il s'intéresse aux destins de la pulsion de vie, une fois que celle-ci est désintriquée. Cette pulsion de vie désintriquée nous renvoie à la libido qui ne trouve pas son objet pour atteindre son but et donc se satisfaire, restant à l'état d'excitation. Ce quantum d'énergie libre non liée nous est familier, c'est l'angoisse telle que l'explique S. Freud. D. Ribas propose un autre destin pour cette libido lorsque la désintrication se fait plus importante, ce qu'il retrouve cliniquement avec l'autisme et ses « caractéristiques adhésives, en collage » dont « l'aspect libidinal objectal disparaissait au profit d'une problématique d'apparence identitaire »²⁶⁵. Cet état de désintrication est à rapprocher des états décrits par les psychosomaticiens et notamment cette relation en collage qui signe le désinvestissement objectal par la libido. Pour D. Ribas, « le recours à un environnement faste nous évoque le besoin vital de l'investissement et des soins d'un objet primaire, recours à des objets externes palliant les carences internes, auto-érotiques, narcissiques et de l'objet interne » (D. Ribas, 2002)²⁶⁶. De cette désintrication, subsiste aussi la pulsion de mort libérée. D. Ribas nous propose quelques exemples d'une pulsion de mort de la vie quotidienne, une pulsion de mort entropique prise dans un temps désintriqué, résultat des « tentations de cesser le combat pour avoir enfin la paix. La lassitude qui conduit au désinvestissement du conflit pulsionnel »²⁶⁷. Il s'agit de nos habitudes, de l'usure, de la procrastination, tous les comportements d'abandon, de retrait, de fin du combat qui, dans le pire des cas, pourraient conduire à la mort réelle comme cet exemple dont on parle toujours dans les hôpitaux du malade qui cesse de se battre et se laisse mourir.

²⁶³ RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle**. *Revue Française de Psychanalyse*, n°5, PUF, Paris, 2002.

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ *Ibid.*

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ *Ibid.*

4.2. COMMENT L'ÉROTISME VIENT AU CORPS

« Ce que l'on appelle « le corps érotique » est ainsi le témoin de la constitution d'une sexualité psychique et le fondement même d'une sexualité »²⁶⁸ (Pirlot, 2010, p. 123).

4.2.1. La représentation du corps

F. Dolto remarque un médiateur spécifique entre les productions d'un sujet (dessin et modelage) et les instances psychiques, qu'elle appelle *l'image du corps*²⁶⁹. Elle pense que l'on peut retrouver dans les scénarios imaginaires dégagés des productions, une énergie mise en jeu qui serait en fait la libido s'exprimant par le corps. Sa thèse s'appuie sur l'importance de faire le lien entre le développement psychosexuel et le développement physiologique et moteur du corps. L'invention de ce concept n'a pour seul but que de rendre compte d'un avant langage parlé bien antérieur à l'Œdipe dans lequel le corps désirant du tout petit est un lieu d'expression. C'est à partir de ce concept que F. Dolto va entendre sa clinique de l'enfant essayant de repérer une régression dont le corps se fait le support discursif, en deçà de ce qui se parle.

Le *schéma corporel* n'est donc pas *l'image du corps*. Si le schéma corporel est le lieu des pulsions, l'image du corps est celui de leur représentation. L'un se construit par expérience et l'autre, par le biais de la communication, du langage, concerne tous nos éprouvés émotionnels et en est la synthèse. Ces expériences émotionnelles sont le résultat d'un vécu, celui des sensations érogènes archaïques mais également de sensations actuelles qui peuvent modifier l'image du corps. « Il est donc question, chez Dolto, de conceptualiser, par l'idée d'image inconsciente du corps, l'idée qu'il existe une mémoire inconsciente du vécu relationnel précoce, évidemment propre à chacun et à distinguer du schéma corporel, commun, lui, à l'ensemble des individus de l'espèce humaine »²⁷⁰ (C. Schauder, 2002, p. 60).

« Le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate, éventuellement indépendamment du langage. L'image inconsciente du corps réfère, quant à elle, le sujet du désir à son jouir médiatisé par le temps mémorisé de la communication entre sujets et peut varier en fonction de l'instant, de l'interlocuteur et de ce que celui-ci mobilise par rapport à l'histoire

²⁶⁸ PIRLOT, G. **La psychosomatique : entre psychanalyse et biologie**. Paris : Ed. Armand Colin, 2010, p. 123,

²⁶⁹ DOLTO, F. **L'Image inconsciente du corps**. Paris : Ed. Le Seuil, 1984.

²⁷⁰ SCHAUDER, C. **Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto**. *Le Coq-Héron*, 2002/1, n° 168.

libidinale du locuté »²⁷¹ (C. Schauder, 2002, p. 61).

L'image inconsciente du corps n'est pas immuable ; elle se construit, mais surtout, se remanie tout au long de la vie en fonction des épreuves infligées par la réalité au psychisme et au corps. Cette image est composée de trois modalités : l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène. La cohésion de ces trois modalités assure, tout au long du développement, et plus tard, face au monde, l'image du corps et le soutien du narcissisme.

Le schéma corporel peut être « sain » alors que l'image du corps peut être pathogène ou inappropriée car liée à une libido défaillante. Cette défaillance de la « libido corporelle » est pour F. Dolto liée à des lacunes dans les castrations des pulsions archaïques qui ponctuent le développement de l'enfant. Repris dans les termes de C. Dejours, on parlerait d'un manque de subversion libidinale pour codifier le corps érotique. « Notre schéma corporel est une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique » (F. Dolto, 1984, p.18) ; il est donc le premier touché par le contact charnel, les éprouvés prennent naissance par son ressenti, il est celui que l'on effracte dans la réalité pour soigner ou pour blesser. Cependant, l'atteinte du schéma corporel est compatible avec une image du corps intacte, car la constitution de cette dernière dépend avant tout de l'échange langagier, du dialogue qui s'instaure autour du corps avec la mère. La non structuration de l'image du corps peut être due au désinvestissement des parents ou à un défaut de communication avec l'enfant. F. Dolto parle d'un « corps à corps » dans lequel est abandonnée l'éducation, au-delà de la satisfaction des besoins, rappelant là, la « relation perception » proposée par C. Dejours²⁷². L'image du corps est, avant tout, inconsciente, elle est propre à chacun et se constitue à travers l'histoire relationnelle du sujet.

Indiquons également l'hypothèse faite par G. Pirlot sur l'existence d'un premier schéma corporel constitué sur le modèle du système artériel et veineux comme des conduites remplies de gaz et de liquide. Il remarque la réémergence d'un tel schéma lors de conduite alcoolique, « celles-ci proviendront du fait que les affects d'écoulement, de perte de substance et d'hémorragie ont rendu difficile le passage de la perception d'un contenant à celle d'un vécu intérieur » (G. Pirlot, 2010, p. 188). Cette constatation ne peut que nous interpeller dans la clinique des femmes, et qui plus est, dans celle des pathologies gynécologiques.

²⁷¹ *Ibid.*

²⁷² DEJOURS, C. **Les dissidences du corps**. Paris : Ed. Payot, 2009.

4.2.2. La subversion libidinale

Le développement génital de la libido féminine et l'érotisation de son corps et de ses organes sont liés à la dialectique émotionnelle, d'abord avec la mère, puis prise dans la triade et enfin avec le sexe opposé, notamment à travers le premier coït. La maturation sexuelle féminine se construit donc et s'aboutit dans la relation à l'autre, spécifiquement chez la femme, dans une relation d'amour à l'homme dont elle aura besoin pour devenir génitalement mûre.

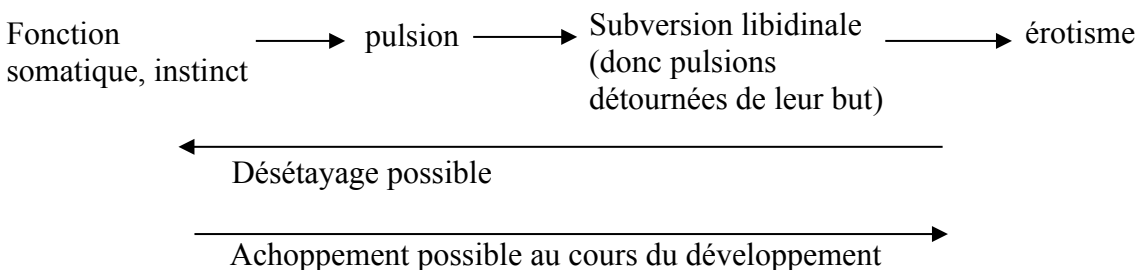
Françoise Dolto décrit avec clarté, en s'appuyant sur ses observations d'enfants, les différentes phases de l'érotisation progressive du corps féminin. Dans cette évolution, éthique et esthétique se construisent peu à peu tandis que la libido investit successivement les parties du corps en lien avec le développement anatomo-physiologique et les apprentissages psychomoteurs entourés et étayés de sens par les interactions langagière et émotionnelle avec la mère et l'entourage. Cette description est en accord avec la théorie de C. Dejours qui propose une édification du corps érotique en potentialité dont la réalisation dépendrait du dialogue autour du corps et ses fonctions qui s'instaure au moment notamment des besoins primaires et des soins corporels entre la mère et l'enfant (mais également avec le père et la relation de couple parentale). En effet, l'étayage de la pulsion sur la fonction physiologique, notion avancée par S. Freud, permet l'organisation du corps érotique tout en fondant la sexualité psychique. Ce processus débute très tôt et consiste pour le nourrisson à se dégager progressivement de la fonction première de plusieurs de ses organes (bouche = manger). Ainsi, il s'approprie morceau par morceau, si on peut dire, un corps qui désire et qui lui est propre. Il n'est ni esclave de ses instincts, ni de ses besoins ; il affirme une indépendance désirante de l'usage de ses organes. Pour C. Dejours, l'étayage du corps érotique sur le corps somatique opère comme une « subversion » et l'organe qui sert de pivot à la subversion sera reconnu comme zone érogène.

Remarquons avec C. Dejours que les différents organes décrits par S. Freud dans cette construction du corps érotique (développement psychosexuel) sont essentiellement ceux qui limitent intérieur et extérieur du corps et intéressent peu les viscères. « Notons que ces endroits d'ouverture de l'intérieur vers l'extérieur du corps, ces brèches, endroits d'excitation, d'excitabilité jusqu'à l'excès de tension et de décharge, deviennent potentiellement des endroits de trauma psychique, ceux-ci étant des brèches que l'appareil psychique ne peut gérer » (G. Pirlot, 2010, p. 30). F. Dolto, quant à elle, parle d'un érotisme plus encore en profondeur mais qui s'étaye tout de même sur des perceptions conscientes comme les contractures utérines, proposant donc l'investissement exceptionnel d'un organe viscéral plus interne que limitant dans le développement psychosexuel de

la femme.

En parlant du développement d'une patiente, C. Dejours propose qu'une attaque maternelle ait indirectement porté sur la « construction de l'érotisme génital de sa fille » et qu'à la place s'est développé un trait de caractère²⁷³ qui est le refus de penser la sexualité jusqu'au déni. Cet exemple nous permet de penser que la sexualité psychique, qui n'est pas inexistante chez cette patiente, se construit en s'étayant sur plusieurs zones, sur plusieurs organes et sur plusieurs « fonctions vitales » et que certaines de ces fonctions ou zones peuvent parfois rester clivées du corps érogène au cours de ce processus de maturation, expliquant par exemple que la fonction sexuelle et les actes sexuels se trouvent en marge du désir et de la vie sexuelle psychique. En effet, lors de cette « colonisation subversive » d'un corps (érotique) sur l'autre (physiologique), les failles, les achoppements et donc les oublis sont inévitables, cependant, et cela nous interpelle particulièrement dans le cas du cancer pelvien, même après le développement, lorsque le corps érotique semble construit, il reste soumis à la possibilité d'un mouvement « contre-évolutif » en fonction des agressions extérieures venant menacer l'étayage réciproque de la sexualité psychique et de l'économie érotique. « Les rencontres, les ruptures, les deuils vont de ce fait affecter l'économie érotique du sujet et cela pendant sa vie entière » (Dejours, 2009, p. 160).

La métaphore du moulin proposée par C. Dejours permet d'expliquer clairement comment l'économie érotique s'étaye sur l'économie somatique, et vice et versa, et comment les agressions désorganisantes peuvent donc impacter chaque pôle de ce système. Ainsi, une rupture amoureuse peut désorganiser le corps et créer des somatisations de la même manière qu'une attaque du corps peut désorganiser l'économie érotique par l'intermédiaire du moulin représentant de l'appareil psychique :



²⁷³ DEJOURS, C. **Les dissidences du corps**. Paris : Ed. Payot, 2009.

Ainsi, là où la pulsion est réprimée, la subversion ne peut advenir et, au fil de cette construction, il peut donc subsister des zones du corps comme appartenant au corps physiologique et d'autres au corps érotique. Pour ces zones clivées du corps érogène, « c'est le primat du réel » (C. Dejours, 2009, p.128) et du physiologique qui s'installe. Sans étayage pulsionnel de la composante érotique du corps sexué, c'est une économie de perception qui peut remplacer l'économie l'érotique.

C. Dejours²⁷⁴ (2004) considère que le plaisir est fondamentalement lié à l'expérience du corps qui s'éprouve. Il explore l'inverse du plaisir en termes d'insensibilité, d'anesthésie du corps, d'effacement de l'excitation et d'expérience du vide. La suppression de l'affect lorsque le corps est vécu comme indifférent, inerte, mort de l'intérieur. La pulsion de mort, en retirant le plaisir à l'organe, le met au repos, en cela, le désétayage pulsionnel de l'érotique sur le physiologique provoque l'anesthésie du corps et l'effacement de l'excitation. Ces troubles de l'économie érotique par désétayage questionnent les désinvestissements érotiques.

4.2.3. La sensorialité, la sensualité et la sensation

Comment parler de sexualité et même de féminin sans aborder la sensualité du corps ? Et, de même, comment aborder les patients somatiques sans écouter leurs sensations sollicitées parfois à l'excès et souvent dans la douleur ? Ainsi, si la sexualité éveille à la sensualité, la maladie, elle, la fait taire au profit de la sensorialité ; le corps en quelque sorte perd une part de son érotisme mais ne perd pas ses capacités à ressentir, mais nous abordons là déjà nos résultats. Comme l'énoncent les travaux dirigés par M. Boubli et A. Konicheckis²⁷⁵, sensorialité, sensualité et perception ne font pas partie, à proprement parler, des travaux métapsychologiques de S. Freud, et pourtant, sont l'objet d'étude de la psychologie depuis toujours. Pour faire un distinguo entre ces termes, nous nous appuyons sur leurs définitions. Lorsque le Petit Robert tente de définir la sensualité, il part de la sensation : « personnes douées de sensations », l'insère dans une activité propre au sujet de l'ordre d'une expérience : « activité de sensorialité », et, en citant Gide, finit par l'associer à « l'amour charnel », autrement dit, la sexualité, sentiment et acte entremêlés.

Sensorialité, sensualité et sensation, sont des dérivés étymologiques du mot sens et, par là même, sont à entendre comme trois interprétations / utilisations différentes par le sujet de ses perceptions sensorielles. La sexualité convoque intuitivement la sensualité, mais elle est également carrefour de la sensorialité interpellant et éveillant tous les sens ; la preuve en est du terme « odeur » à priori loin

²⁷⁴ DEJOURS, C. **Le corps entre séduction et clivage**. In : AIN, J. Résonances, entre corps et psyché, Ramonville : Ed. Eres, 2004.

²⁷⁵ BOUBLI, M., KONICHECKIS A. et al. **Clinique psychanalytique de la sensorialité**. Paris : Ed. Dunod, 2002.

d'être explicite, que l'on retrouve pourtant dans « Les 100 mots de la sexualité » entre « nymphomane » et « partouze »²⁷⁶. Et si le toucher, la vue et même l'olfactif nous paraissent relativement évidemment à associer à la sexualité²⁷⁷, il en est de même de l'ouïe²⁷⁸ et du goût²⁷⁹. La sensualité, c'est quand les sens se mêlent à la poésie, au fantasme, au souvenir. Lorsque S. Freud parle de sensualité, c'est pour l'associer à la volupté ou à la tendresse²⁸⁰. Pour M. Boubli, « la sensualité englobe et lie la sensorialité au désir » (M. Boubli, 2002, p.114). En ce sens, la réalité d'une sensation ressentie va s'éprouver sur la gamme du plaisir au déplaisir et fait intervenir un autre dans une relation elle-même investie par les éprouvés, la première et parangon des *expériences sensuelles* étant celle du sein de la mère rencontrant la bouche de l'enfant. « Elle est le lieu d'expérimentation et d'expérience de la jouissance » (E. Schmid-Kitsikis, 2002, p.114). E. Schmid-Kitsikis nous explique avec clarté l'opposition de nature entre la sensualité et l'excitation, l'une tendant en sa qualité de motion pulsionnelle à satisfaire le moi et donc luttant contre le débordement par l'excitation. Dans ce sens, l'excitation fait barrage à l'éprouvé sensuel et lorsque celle-ci se fait trop pressante et submergeante, « c'est le clivage entre sensation et sensualité qui s'impose comme défense et qui du même coup expose les éprouvés sensoriels au vécu traumatique » (E. Schmid-Kitsikis, 2002, p.115), mécanisme de défense intéressant à rechercher dans la clinique du cancer et du corps clivé, qui soutiendra notre hypothèse du désinvestissement érotique de la zone érogène dominante du génital.

Quant à la sensualité, elle serait une reprise psychique de la sensorialité. Afin de définir la sensualité et la sensorialité du corps, servons-nous encore des travaux de D. Anzieu, mais cette fois-ci, relus par Dominique Cupa²⁸¹. Le Moi-peau est représentant de la sensorialité car il gère, grâce à sa constitution en double feuillet, l'afflux de stimulations venant de l'extérieur et les transcrit, leur donne un sens pour le moi tout en délimitant un intérieur également sensible, tous deux en relation constante : « la théorie du corps-psychisme de D. Anzieu donne aux sensations une place aussi importante que le plaisir sexuel. La pellicule sensible du Moi-peau l'imprègne de sensations lui donnant son énergie psychique et soutient ses premiers échanges dans l'environnement maternel, la pulsion d'attachement guidant le moi naissant vers l'objet et réciproquement. L'autre pellicule filtre les excitations du dehors et tend à maintenir la pulsionnalité à un niveau constant, laissant les

²⁷⁶ ANDRE, J. **Les 100 mots de la sexualité**. Paris : Ed. PUF, 2011

²⁷⁷ Il nous suffit, pour cela, de citer le célèbre livre de P. SUSKIND, **Le Parfum : Histoire d'un meurtrier**. Paris : Ed. Fayard, 1986

²⁷⁸ Le film de TORNATORE G. **The best offer**. Italie, 2014.

²⁷⁹ Le film de MING-LIANG, T. **La saveur de la pastèque**. Taïwan, 2005.

²⁸⁰ FREUD, S. (1912). **Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse**. In : La vie sexuelle. Paris : Ed. PUF, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1973.

²⁸¹ CUPA, D. (2006). **Une topologie de la sensualité : le Moi-Peau**. *Revue française de psychosomatique*, 2006/1, n° 29, p 85.

pulsions sexuelles infiltrer, enrober les sensations de toute leur gamme de plaisirs / déplaisirs. Ce double courant constitue la sensualité. » (D. Cupa, 2006). Pour le dire simplement ou autrement, la sensorialité serait le sens donné aux ressentis perçus par les sens, dépendant donc à la fois des stimuli de l'extérieur assenés aux corps et de leur interprétation par la réalité psychique. La sensualité serait l'érotisme apporté à la sensorialité, se situant donc entre sensoriel et sexuel. L'une ressent et l'autre porte les ressentis dans le jeu de la sexualité. L'une se ressent et l'autre s'éprouve. Il est important de ne pas confondre les deux pour ne pas confondre la caresse et la tape, la violence et la sexualité, la douleur et le plaisir. Faire une distinction est, comme nous l'avons souligné, prendre le risque du clivage et de la confusion.

« La vie psychique commence par des états de sensualité. L'esprit, la psyché est la surface d'inscription sur laquelle les sensations laissent des impressions qui, à leur tour, laissent des traces : images, souvenirs. Les sensations donnent des renseignements sur le corps et la conscience de ressentir. Elles font irruption, pénètrent, « elles émerveillent, elles brutalisent » (D. Anzieu, 1993, p. 68). » (D. Cupa, 2006)

C'est ici que nous insérons la théorie incontournable, en tout cas dans la clinique des maladies somatiques, de Didier Anzieu, à ce point chef de file de l'étude psychanalytique de la sensualité, qu'elle pousse Dominique Cupa à parler d'une « topologie sensuelle » à propos de la topologie du Moi-peau. Le psychanalyste propose d'ailleurs, dans son étude sur le peintre F. Bacon²⁸², une définition psychanalytique de la sensualité : « un être bipède qui a un pied dans la sensorialité et l'autre pied dans la sexualité ». La sensualité serait le matériau de la contenance corporelle, invitant la psyché à se nimmer des sensations ressenties afin de reconstituer l'enveloppe psychocorporelle de l'utérus perdue à la naissance. « La notion de *schème de la contenance* (Anzieu, 1994) est une notion de « psychanalyse sensuelle ». Elle postule que toute structure psychique ne se soutient que d'une première incarnation sensuelle. »²⁸³. (L. Raufast, 2010).

Nous souhaitons reprendre la description des différentes enveloppes psychiques au regard du cancer gynécologique, tant elles sont inévitablement convoquées par la maladie somatique, mais également, car les fonctions du Moi-peau qui en dépendent sont potentiellement altérables par l'atteinte somatique et, probablement de manière spécifique, par le cancer gynécologique.

Le Moi-peau est un concept psychosomatique qui prend en compte l'unité somato-psychique, décrivant les correspondances entre les fonctions du moi et de la peau, entre l'organique et le psychique. Cet espace ainsi délimité réunit le moi psychique et le moi corporel dans leurs liens

²⁸² ANZIEU, D. **La peau, la mère et le miroir dans les tableaux de Francis Bacon**. In : Le corps de l'œuvre. Paris : Ed. Gallimard, 1981.

²⁸³ RAUFAST, L. **De la sensualité de confortation à la sensualité de confrontation** In : *Oxymoron*, 2010.

constitutifs (s'étayant l'un l'autre) et fonctionnels. Pour garantir le fonctionnement en binôme de ces deux moi, qui, à eux deux, forment le sentiment de soi, le Moi-peau assure plusieurs fonctions. D. Anzieu²⁸⁴ en dégage huit que nous rappelons brièvement :

– La fonction de maintenance du psychisme, la fonction étant ici équivalente à celle de la colonne vertébrale qui assure un soutien et permet la station debout. C'est l'image du tuteur qui nous vient facilement à l'esprit pour figurer le corps à corps de l'enfant et de la mère qui prédispose à la constitution d'un espace psychique soutenu par l'espace psychique et corporel maternel.

– La fonction contenante du Moi-peau. Le Moi-peau est la représentation psychique des réponses contenantes de la mère qui visent à entourer et répondre à l'ensemble des sensations et émotions du bébé. La figure du sac ou celle de l'écorce se comprennent bien ici pour expliciter cette fonction du Moi-peau en relation contenante avec un intérieur pulsionnel.

– Une fonction de pare-excitant à l'image de la couche superficielle de l'épiderme.

– Comme la peau, présentoir externe, narcissique et social de l'individu par ses caractéristiques si singulières, le Moi-peau assure une fonction d'individuation du soi. La défaillance de cette fonction nous renvoie au sentiment d'inquiétante étrangeté.

– La fonction d'intersensorialité du Moi-peau qui intègre les différentes sensations et les fait figurer sur l'enveloppe tactile. « Le Moi-peau possède une fonction de correspondance, d'intersensorialité, ou consensualité. Le Moi-peau est une surface psychique constituée par la trame des diverses sensations qu'elle relie. Elle apparaît alors comme la toile de fond des différentes figures que sont les sensations. » (D. Cupa, 2006). Rappelons que la défaillance de cette fonction déclenche une angoisse de démantèlement dans le sens de l'angoisse « d'un fonctionnement anarchique des différents organes des sens » (D. Anzieu, 1985).

– La constitution de la peau et la fonction du Moi-peau engagés dans l'appétence libidinale pour la sexualité génitale nous intéressent pour notre travail. D. Anzieu décrit la peau et son investissement érotique comme « toile de fond habituelle des plaisirs sexuels ». Le plaisir étant plus grand lorsque, justement, la peau se fait plus rare, laissant découvrir la muqueuse sensible à l'excitation. La fonction du Moi-peau est, alors, celle de surface de soutien à l'excitation sexuelle sur laquelle des

²⁸⁴ ANZIEU D. (1985) **Le Moi Peau**, Paris, Dunod, 1995.

zones érogènes sont localisées. Faut-il comprendre que cette enveloppe psychique n'est pas homogène dans sa capacité à recevoir / percevoir l'excitation ? Ainsi, certaines zones du Moi-peau seraient plus fragiles que l'ensemble, permettant un vacillement des limites réversible et temporaire sous la charge de l'excitation. C'est la problématique sexuelle que D. Anzieu explique à travers la possibilité d'un investissement plus narcissique que libidinal de la peau, il s'agit même d'expliquer la frigidité. L'enveloppe narcissique qui remplace l'enveloppe d'excitation ne permet pas l'aboutissement sûr du développement psychosexuel avec satisfaction génitale. D'ailleurs, le résultat est équivalent si ces zones plus sensibles à l'excitation se trouvent soumises (comme dans la maladie) à des expériences algogènes, résultat doublé d'un renforcement de la figuration d'un *Moi-peau troué*, et, nous ajoutons à cela notre thèse que nous vérifions ensuite par la clinique discursive et projective, la désertion érotique de ces zones.

- La fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique.

- La vie s'inscrit sur la peau et marque le psychique de traces indélébiles. La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles du Moi-peau relate les événements biologiques et sociaux qu'a à vivre le sujet. Les cicatrices de la maladie nous interpellent forcément dans cette fonction et nous y reviendrons dans nos résultats.

Après cette brève présentation des enveloppes principales, voici quelques idées toujours extraites des travaux de D. Anzieu que nous retenons pour aborder notre travail auprès des patientes cancéreuses.

D'abord, il est également l'inventeur du *double interdit du toucher* qui accompagne la structuration du Moi-peau. L'interdit du toucher se calque sur le modèle des interdits comme celui que l'on connaît bien de l'inceste. Il demande donc également un renoncement, mais pas à un objet d'amour, à une *communication éhotactile* avec le monde extérieur au privilège du langage. De cette part perdue de la communication, il en reste cependant des traces, et ce que le sujet garde de ces capacités peut resurgir lors d'expériences comme l'empathie, la création, l'amour..., la maladie ?

Un mot également de ce que dit Didier Anzieu au sujet des poils qui, reprenant dans une explication évolutionniste le devenir de la pilosité humaine, pointe du doigt, outre le rôle protecteur des poils subsistant chez l'homme et la femme, leur rôle amplificateur de la sensibilité, « voire la sensualité », autour des orifices corporels, interrogeant de ce fait le phénomène d'alopécie régulièrement rencontré en cancérologie.

Et la sensation, ce troisième mot relatif aux sens ? Serait-elle le pont entre sensorialité et sensualité ? Celle à partir de laquelle les deux voies ressenties et senties se fondent ? C'est à ce moment de notre exposé théorique qu'il est nécessaire d'introduire une clinique bien spécifique qui est à notre sens : clinique du sensoriel, et qui nous marque par son âpre ressemblance avec ce que nous pouvons entendre au pied du lit des femmes atteintes d'un cancer gynécologique : celle des femmes battues.

Pourquoi aborder la clinique des femmes battues et du traumatisme sexuel féminin ? L'état des patientes cancéreuses, et la prise en charge qui en découle, clive le corps en deux, entre l'objet et le sensuel ou l'affectif, chacun ayant ses particularités (nous y reviendrons dans le chapitre sur le clivage des corps). Ainsi, l'objet corps peut être laissé entre les mains de la science pour être disséqué à l'abri des émotions. Entre la situation médicale vécue et la sensualité du corps, il existe une incompréhension proche d'une confusion des langues²⁸⁵ qui agirait entre technique et émotion contraignant les patientes à se cliver pour mieux subir les soins. Cette confusion associée à la violence du diagnostic et aux violences faites au corps (nous pensons notamment à la situation de la curiethérapie) nous rappelle la problématique des sensations et du sensationnel comme organisation de la violence, remarquablement décrite par Liliane Daligand comme un recours au sensationnel, au détriment de la sensualité qui, dans les circonstances de traumatisme sexuel ou de violence conjugale, semble désertter le corps²⁸⁶.

La personne violente est sous l'emprise des pulsions qui demandent la consommation de l'autre réduit à l'état d'objet consommable. Mais l'autre, l'objet (et notamment la femme) ne peut jamais être entièrement consommé, il échappe, il reste toujours un inassimilable que l'on peut rapporter à la vie ou à l'esprit, autrement dit, à la parole. Il échappe toujours quelque chose de l'autre que l'on voudrait consommer entièrement, la vie se manifeste encore : la parole. La réduction du sujet à la condition d'objet se fait donc par la voix charnelle, là où le verbe s'incarne. La réduction à la chair muette se fait par la violence, si elle peut se faire par la violence verbale : la dérision, réduisant l'autre à un déchet (le reste) et traité comme tel dans une tentative de le désanimer, nous nous intéresserons surtout aux maltraitances faites au corps, à la tentative de réduction qui se fait par les coups, qui meurtrissent la chair et qui laissent des traces, marquant la vulgarité périssable de cette chair, du reste. L'incarnation du langage est rendue inadéquate en ce lieu de pourriture. La victime montre une dislocation du corps : atomisée, désertifiée par la parole. La victime est morcelée,

²⁸⁵ FERENCZI, S. (1932). **Confusion de langues entre l'enfant et l'adulte**. In : *Psychanalyse*, 4, p. 125-138, Paris : Ed Payot, 1982.

²⁸⁶ DALIGAND, L. **Clinique et implications symboliques de la femme victime de viol**. In: CROCQ, L. (Dir.) *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*, Paris:Ed. OElsevier Masson, 2007, p 63-73.

effondrée, elle est réduite au totalitarisme de la sensation brute, pas le sensoriel mais le sensationnel. L'emprise, qu'elle concerne la relation primaire d'avec la mère ou la relation de couple, (nous pourrions aussi ajouter : la relation médicale, même si celle-ci est nécessaire, elle est souvent comparée à une relation maternante renvoyant effectivement à la relation maternelle primaire avec les risques d'emprise qu'elle comporte) est une force qui vise à couper ce qui lie la tête au corps. Le corps devient inerte et perd sa sensorialité alors que la tête occupe toute la place dans son hyperactivité de penser. Ça pense mais ça ne parle pas. Les sensations sont exacerbées mais ils ne ressentent rien. Liliane Daligand parle de dépendance chez la femme victime de violence. Elle nous dit que la violence plonge la victime dans les sensations qui concerne tous les sens. Ses sensations sont tout le temps sollicitées pour être ébranlées mais jamais accompagnées de mots. Les sensations fortes se répètent sans mot dans un risque mortel.

Ce petit aparté, qui semble à priori loin de notre clinique, nous donne néanmoins des pistes pour interpréter les propos de nos patientes et comprendre les angoisses sans nom qu'elles révèlent parfois sans aucun mot pour le dire, ou justement avec un vocabulaire qui peut sembler inapproprié, mais nous verrons cela lors des résultats.

Il nous semble évident de proposer à présent une conclusion qui met en lien les trois théories que nous venons d'exposer, au sein même du développement érotique du corps. Toutes trois sont basées sur les interactions du tout petit à la mère. F. Dolto et D. Anzieu auraient tendance à considérer même la vie fœtale dans la constitution de ce que nous pourrions appeler un « corps de vie », celui qui se ressent et qui utilise ses sensations dans ses relations érotiques avec le monde extérieur. Ces trois théories phares peuvent se lire dans un même élan : à partir du *schéma corporel* basé sur les fonctions physiologiques, la *subversion libidinale* crée *l'image du corps inconscient* qui projette une représentation psychique érotique du corps vivant, de la même manière que le *Moi-peau* sera la représentation psychique des fonctions physiologiques de la peau et que les *enveloppes psychiques* viendront étoffer *l'image inconsciente du corps*.

« De cette parole de la mère (éventuellement du père) qui médiatise l'absence de l'objet ou la non-satisfaction d'une demande de plaisir résulteront l'évolution de l'image inconsciente du corps et le dépassement des étapes qui relèguent au rang de désir ce qui était précédemment de l'ordre du besoin. [...] La seule expérience sensorielle (corps à corps) sans médiateur humain n'informe que le schéma corporel et ne structure pas l'image du corps » (C. Schauder, 2002). Ainsi, revenons un instant sur la castration pour remarquer son rôle organisateur entre désirs, sensations et relations permettant le lien discursif entre ces trois espaces qui devront cohabiter sans se mettre en danger et

qui, pour réussir cette entreprise, auront besoin de limites. Limites à la fois constitutives, permettant de s'élever au rang du sujet subverti de ses besoins, et contraignantes, organisant les rapports de forme entre corps, plaisirs et objet. Mais, rien ne vaut l'exemple de la mère qui dit « stoppe, plus de tétée » accompagné de l'introduction du père pouvant donner le biberon, pour comprendre comment les mots et la sensation accompagnent la limitation et l'introduction d'une promesse d'autres plaisirs.

Or, l'expérience de la maladie grave agit sur le corps constitué érotique en brouillant les pistes sensorielle et sensationnelle à l'œuvre dans l'état sain, engageant par conséquent pour le sujet un travail psychique spécifique.

4.3. LA DÉLIAISON PULSIONNELLE DANS LA MALADIE

4.3.1. Le clivage des corps

Afin d'étayer sa clinique psychosomatique, C. Dejours²⁸⁷ propose deux corps, l'un « biologique » que l'on soigne et qui est interprété par les sciences, l'autre « érotique », né du premier et en relation avec lui mais permettant des « dissidences » qui déjouent le déterminisme et la prédictibilité biologique.

Le corps mécanique est le « corps substrat », celui des besoins et de l'agir. Il se définit en terme de physiologie et d'opérationnalité, en somme, il fonctionne ou non. Il correspond aussi au corps sexualisé comme objet de plaisir mais auquel on ne peut attribuer de sentiment. Il est également celui que l'on confie aux soins médicaux pour être *réparé*. Ce corps là est le *reste*, la chair mortelle, la sensation, déconsidéré presque et parfois dégoûtant, en tout cas *objectivable* et réduit à son objectivation²⁸⁸. Ce corps est celui des odeurs, odeurs révélatrices à la fois du diagnostic et du désir, inscrites dans une valence parfois négative, parfois positive²⁸⁹, il nous plonge dans la clinique des sens ou du sensoriel.

En opposition, le corps nommé « affectif », « global » ou « sensuel » selon l'auteur, est celui qui possède l'autonomie du sens, c'est celui que l'on éprouve, que l'on ressent et non que l'on sent. On interroge ici le sensuel et non plus la sensation. Il ne s'agit plus de factuel mais du vécu émotionnel qui échappe. C'est ce corps là qui est réduit au silence par le cancer qui convoque un corps silencieux et objectivable.

La maladie trouble l'ordre intime du corps global en faisant surgir sa dualité, déséquilibrant ce que nous connaissons comme notre unité naturelle psychosomatique. La maladie est très vite référée au corps organique laissant dans l'oubli un possible retour à l'harmonie tant que celui-ci n'est pas guéri. Afin d'accepter ces changements rapides et soudains, M-F. Zarrouati et J-L. Sudres nous rappellent que le déni est souvent nécessaire dans un premier temps²⁹⁰. L'autre mécanisme qui intervient est celui du clivage du corps, chosifié, comme gelé, en attendant qu'il redevienne « normal ». Le corps

²⁸⁷ DEJOURS, C. **Les dissidences du corps**. Paris : Ed. Payot, 2009.

²⁸⁸ DELASSUS, JM. **Le corps du désir. Psychanalyse de la grossesse**. Paris : Ed. Dunod, collection Psychismes, 2008.

²⁸⁹ CANDAU, J., JEANJEAN, A. **Des odeurs à ne pas regarder : Odeurs**. In: *Terrain*, Issue 47, p. 51-68, 142 [19 p.] ref 1 p.1/4, 2006.

LE BRETON, D. **La saveur du monde : une anthropologie des sens**. Paris : Ed. Métailié, Collection Suites sciences humaines, 2006.

²⁹⁰ ZARROUATI, MF., SUDRES, JL. **Chuchotements, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse**. *Psychothérapies*, vol. 24, n° 2, 2004, p. 105-112.

du malade est *exproprié*²⁹¹ par le corps soignant, entraînant un clivage entre corps mécanique et affectif, dépossédant d'une autonomie de jugement sur son propre état et son propre corps. La dualité corporelle qui en émerge s'explique par le contexte de l'hospitalisation, le patient est parfois corporellement proche de l'état du nourrisson, c'est-à-dire dépendant en tout point, y compris pour sa survie, de l'autre. Cet état clive le corps en deux. Ainsi « l'objet corps » peut être laissé entre les mains de la science pour être disséqué à l'abri des émotions.

Encore une fois, avec l'extrême prudence nécessaire pour rapprocher des contextes si éloignés, nous faisons appel aux propos de Liliane Daligand sur « le reste » et « la chair »²⁹² de la femme battue aspirée par la sensation, le sensationnel, incapable de laisser parler le sensuel, la tendresse. Leur réaction est à *corps défendant*, elles utilisent le même moyen d'expression, celui d'un corps en reste, clivé de la tendresse et de sa sensualité, ayant recours à la sensation, qu'il s'agisse des coups ou de la douleur.

Réduit à l'état d'objet souffrant, le corps devient parfois une porte d'entrée pour laisser parler la souffrance psychique. A l'hôpital, le corps est celui qu'on écoute en premier, en urgence, il est celui qui inquiète ou qui rassure par son état, il devient le lien entre le patient et le corps soignant. Mais il s'agit là d'un état physique et lorsque les maux corporels sont les seuls mots entendus, le sujet peut se saisir de ce langage et utiliser consciemment ou inconsciemment la douleur, ou pourquoi pas la sexualité, pour exprimer une souffrance psychique, ou avoir une prise sur l'entourage. Ainsi, le patient tente par tous les moyens de reprendre le contrôle et de maîtriser quelque chose de la maladie.

M-F. Zarrouati et J-L. Sudres nous rappellent que les autorisations et les interdictions sont données par le médecin, parfois même celles de souffrir, il sait si « ça va faire mal! », il contrôle, il maîtrise et il n'autorise pas en dehors de ses compétences, il n'entend pas ce qu'il ne peut pas soigner, il devient pensant à la place du patient et prend les commandes du corps biologique, seul existant dans la maladie²⁹³. D'ailleurs, dans le cadre des traitements du cancer pelvien, les médecins interdisent la sexualité pendant un temps (le temps de la cicatrisation), puis l'autorisent à nouveau et même l'encouragent, « la prescrivent » (pour, par exemple, prévenir la sténose). Ils exercent un contrôle sur le corps génital de la femme et tout se passe comme si celle-ci devait se cliver de ses propres

²⁹¹ GORI, R. **Le corps exproprié**. In : BEN SOUSSAN, P. *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte*, Toulouse : érès, 2004, p. 17-29.

²⁹² DALIGAND, F. op. cit.

²⁹³ ZARROUATI, MF., SUDRES, JL. op. cit.

désirs sexuels ou du moins les faire correspondre aux prescriptions, à ce que l'on attend d'elle pour une bonne guérison. Seul le cancer pelvien contraint ce genre de considérations autour de la sexualité et nous supposons que la patiente utilise alors ce biais qui lui est offert pour tenter de maîtriser l'immaîtrisable.

M-F. Zarrouati et J-L. Sudres développent la notion de cris, de chuchotements et de bruissements corporels comme moyens d'expression du patient cancéreux face aux soins médicaux.

En étouffant le cri, on étouffe également une possible émergence de parole, une demande. Entendre l'appel complet même lorsqu'il s'agit du "cri du corps", c'est donner au patient la possibilité de ne pas se laisser manipuler et de dégager un "je" dans ce qui lui arrive d'immaîtrisable. Puisque le corps soignant est obligé de jouer ce rôle des soins maternels de la mère primaire, il faudrait qu'il soit également suffisamment bon.

Dans les conditions de prise en charge des maladies avec une forte probabilité létale, distinguer « le symptôme du cri », c'est-à-dire séparer dans la plainte ce qu'elle a de somatique et ce qu'elle porte comme autre message, est équivalent à cliver la médecine de la psychologie. Pourtant, lorsque l'une agit, ce n'est pas sans incidence sur l'autre, ces deux pratiques sont intimement liées et peut-être plus encore face aux maladies chroniques.

Malgré le silence et l'invisibilité corporelle relative à la maladie gynécologique, la femme se trouve stigmatisée par les effets des traitements sur le corps. Ces derniers affectent l'image de la personne comme être sexué, elle n'est plus la même dans le miroir, son visage change, ses cheveux et ses poils tombent, des cicatrices sont désormais visibles. Autrement dit, certaines caractéristiques importantes dans le développement et l'investissement de l'identité sexuelle changent ou disparaissent, fragilisant les assises narcissiques de la femme. Miroir interne et externe sont tous deux modifiés, ébranlant l'identité du sujet. Afin d'accepter ces changements, M-F. Zarrouati et J-L. Sudres nous rappellent que le déni est souvent nécessaire dans un premier temps. L'autre mécanisme qui intervient est celui du clivage du corps, chosifié, comme gelé, en attendant qu'il redevienne « normal ».

4.3.2. Les déliaisons salutaires

« L'émergence de la pulsion de mort, au-delà de ses potentialités de destruction, peut assurer une fonction d'urgence pour la sauvegarde narcissique de l'individu, montrant par là même son caractère paradoxal » (C. Chabert, 2003, p.75).

Puisque nous travaillons depuis le début et comme le faisait S. Freud sur l'importance de l'analogie de fonctionnement entre psyché et soma, notons que la pulsion de mort trouve sa justification biologique dans l'apoptose ou suicide cellulaire. Ce phénomène de mort cellulaire est d'ailleurs autant salutaire, dans les formations embryologiques par exemple participant à la création de l'embryon (bouche, séparation des doigts,...) que délétère lors des processus de cancérisations (« entrée anormale en apoptose »²⁹⁴). Il apparaît alors, comme l'énonçait A. Green, que « la mort est utile » au sein même de la vie. Continuons dans ce sens en proposant de mettre en exergue dans la théorie le caractère défensif de la pulsion de mort servant paradoxalement à préserver la vie et l'érotisme.

C. Dejours²⁹⁵ propose une vision de la théorie des pulsions intégrée à sa théorie propre d'une troisième topique présentant un inconscient clivé en amental et sexuel. Nous n'en retiendrons pour notre thèse que le rapprochement qu'il fait entre les pulsions d'auto-conservation et la pulsion de mort qui nous semble intéressant pour décrire les réactions des patients atteints de pathologies somatiques.

À première vue, il s'agit bien d'un paradoxe de rapprocher auto-conservation et mort mais, pour les praticiens côtoyant les patients somatiques, le revers salutaire de la pulsion de mort, utilisée à des fins de réappropriation psychique, revient régulièrement dans leur propos. Pour C. Dejours, le sujet utilise la violence pour lutter contre une désorganisation provoquée par la sollicitation (rencontre avec l'autre) de ce qui n'a pas été subverti libidinalement dans l'enfance et donc qui fait trauma. Cette rencontre ne peut pas prendre sens à travers un travail de la pensée et provoque une *confusion* qui génère l'angoisse. La lutte contre cette angoisse se situe en dehors d'un travail de liaison dans la compulsion et la colère, « conjuration ultime du risque du vide ». Si cette colère est d'abord défensive, sous l'action de la coexcitation sexuelle, elle procure le plaisir d'une excitation retrouvée à cet endroit et devient violence par érotisation. Ce travail d'auto-conservation qui lutte contre la menace de privation, de vide, de séparation est également celui de la pulsion de mort telle qu'elle est

²⁹⁴ PIRLOT, G. **La psychosomatique : entre psychanalyse et biologie**. Paris : Ed. Armand Colin, 2010.

²⁹⁵ DEJOURS, C. **Le corps, d'abord**. Paris: Ed. Payot & Rivages, 2003.

classiquement décrite, c'est à dire agressivité, violence et déliaison. Pour C. Dejours, l'autoconservation est donc *bivalente*, capable de déclencher une réaction mortifère dans la compulsion et la colère pour répondre à son but. Ce processus nous est familier, il décrit un travail d'autoconservation qui lutte contre la mort et la désobjectivation propre aux prises en charges thérapeutiques de la maladie grave : « lutte contre l'expérience terrorisante du corps qui se dérobe en soi » (C. Dejours, 2003). Une lutte qui prend les armes de la pulsion de mort : compulsion, violence, déliaison, montrant combien l'autoconservation peut emprunter lors de la maladie grave figure de mort pour mieux se battre contre celle-ci. Nous comprenons là ce que C. Dejours appelle les destins « non pathologiques »²⁹⁶ de la pulsion de mort dans lesquels le sujet *s'arrange* de sa violence. S'il en décrit cinq expressions, nous retiendrons essentiellement la *perception* comme moyen de réalisation de la pulsion de mort. A l'instar de N. Zaltzman qui dit qu'« à la place d'une représentation mentale, le sujet va se servir et se satisfaire d'une perception qui apporte la satisfaction »²⁹⁷, ce recours à la perception se matérialise cliniquement par la recherche de situations nouvelles et adéquates, d'expériences dans la réalité pour donner forme à ce qui ne peut (ou ne peut plus) se représenter, c'est le recours à la sensation dont nous parlerons dans nos résultats.

Pour introduire la théorie de Nathalie Zaltzman, nous interrogeons la structure même de cette partie théorique qui semble, dans l'après-coup (au moment de sa rédaction), désigner en elle-même les difficultés inhérentes au travail du psychologue clinicien avec les femmes atteintes d'un cancer gynécologique. D'abord, « la sexualité féminine » puis, dans un second temps, « le corps » associé à « la maladie ». La dissymétrie de pagination entre les deux parties atteste encore de la difficulté ressentie à élaborer la partie sur le soma à la faveur d'un engouement pour la richesse du champ de la sexualité féminine qui semblait alors apporter toute la substance théorique nécessaire, comme si, finalement, le « corporel », et qui plus est, malade, concernait moins ces femmes et leur problématique que la sexualité. Pourquoi avoir tant de mal à reconnaître l'importance du corps somatiquement atteint en regard de la sexualité chez ces femmes ? Probablement parce qu'il manquait le lien, celui qu'il manque à la plupart des soignants, et même aux patientes, pour pouvoir accueillir l'unité psychosomatique dans les lieux de soins et se vivre entier dans la maladie. Séparer sexualité et corps malade c'est faire le même clivage qui sous-tend l'impossibilité de penser l'unité psychosomatique du patient en risque létal. C'est bien ce paradoxe, cette incompréhension, cette *disjonction* que nous donne à penser N. Zaltzman. Elle voit en cela une tentative de liaison à tout

²⁹⁶ DEJOURS, C. **Les destins non pathologiques de la pulsion de mort**. In : *Le corps, d'abord*. Paris: Ed. Payot & Rivages, 2003.

²⁹⁷ ZALTZMAN, N. (1979). **La pulsion anarchiste**. In : ANDRE, J., BEETSCHEN, A., CHABERT, C. et al. *Psyché anarchiste*. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 130.

prix jusqu'au paradoxe, plus mortifère qu'une désintringation salutaire. Lorsque corps et psyché ne s'entendent plus, la déliaison est préférable à un trop de liaison qui maintient le patient dans une impossibilité de se réunifier, de renouer contact avec ses désirs (et non une demande paradoxale frustrante pour l'autre) et de s'adresser à un autre. Des exemples de ce travail de Thanatos plus ou moins mortifères mais salutaires dans certaines situations de débordement du sujet peuvent s'appréhender en examinant de plus près le masochisme et la passivité (que nous décrivons par ailleurs). Une capacité de « lâché prise » qui permet d'accuser des événements de vie autrement plus désorganisant. Catherine Chabert²⁹⁸ complète les travaux de Nathalie Zaltzman en y ajoutant la dimension passive. Elle met en exergue la relation d'emprise, notamment concernant les besoins corporels, contre laquelle lutte le mouvement de déliaison induit par la pulsion de mort. En reconnaissant une pulsion de mort allant dans le sens de l'individuation et de l'indépendance corporelle, donc concourant au désinvestissement objectal, elle propose un investissement libidinal intolérable « par excès de figurabilité qui rend insupportable les pensées qu'elle image, par l'emprise menaçante qu'elle exerce, par le danger de pertes narcissiques irréparables qu'elle dénonce, la passivité intolérable à laquelle elle soumet » (C. Chabert, 2003, p.71).

Elle propose donc une passivité mortifère, comme une alliée de l'emprise et de la dépossession, qui convoque le recours défensif du travail des pulsions de mort pour son action déliante « C'est-à-dire lorsqu'elles s'inscrivent dans une procédure qui s'oppose au mouvement passif qui, lui, maintient l'objet, coûte que coûte » (C. Chabert, 2003, p.70).

La pulsion de mort est-elle réellement silencieuse ? Ne peut-on l'entendre que dans son érotisation, sa liaison avec Éros ? Ce n'est pas le point de vue de N. Zaltzman²⁹⁹ qui recherche dans la psychopathologie de la vie quotidienne, les figures de la pulsion de mort à travers les traces de son activité déliante, désorganisant (a contrario de la pulsion de vie qui lie et unifie). Elle situe le travail psychique non mortifère de Thanatos dans les événements qui ne prennent pas sens et que l'on rapporte de ce fait même au hasard, à l'invisible. Il s'agit de l'inexplicable par la logique des voies classiques de la relation d'objet ou du déterminisme inconscient qui est celui du désir. Il y aurait donc un autre déterminisme inconscient que nous savons au-delà du principe de plaisir, et que l'on peut appréhender dans la mythologie, les contes, la superstition, la religion, la magie, les films d'horreurs, qui nous en donnent les meilleurs figurations (vampires, fantômes, monstres en tout genre...).

Elle leur construit ainsi un destin, circonscrit leur formes de travail psychique et la logique de leur

²⁹⁸ CHABERT, C. **Féminin mélancolique**. Paris : Ed. PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2003.

²⁹⁹ ZALTZMAN, N. (1979) **La pulsion anarchiste**. In : ANDRE, J., BEETSCHEN, A., CHABERT, C. et al. *Psyché anarchiste*. Paris : Ed. PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 15-79.

fonctionnement spécifique comme S. Freud l'avait fait pour les pulsions sexuelles. Nous savons que les pulsions destructrices sont les formes extériorisées des pulsions de mort étant donné qu'elles ne sont pas représentables en dehors de leur covalence avec Éros. C'est en se dégageant d'une approche peut-être encore trop portée sur une vision (sidérée ?), elle-même en manque de représentations, très fataliste, « pathologique », du travail de pulsion de mort sous le coup de la déliaison, que N. Zaltzman explore la pulsion de mort en dehors de l'agressivité partant du principe d'une déliaison et désorganisation possiblement salutaire en tout cas dont la définition perdrait l'a priori néfaste pour le fonctionnement du sujet. Des deux exemples de personnalité concernés par ce processus nous sommes conquis par le premier étayant notre propos car il s'agit des patients malades d'une pathologie somatique grave et potentiellement mortelle. Pour aborder cliniquement ces patients sur lesquels planent au quotidien l'ombre de la mort, elle conceptualise une approche psychanalytique basée sur une disponibilité temporelle en marge du maniement habituel du temps dans l'analyse. Cette manière d'aborder l'autre à travers Chronos a pour but de permettre un transfert chez ces personnes rythmées par la maladie, donc les soins. Un dispositif qui vise « la reprise dans l'analyse d'une composante de la problématique de ces sujets qui vivent dans un état de proximité particulière avec leur motions pulsionnelles dites de mort » (N. Zaltzman, 1979, p.27). Les projets à long terme n'ont pas de sens et avec eux s'inscrit la thérapie qui doit alors être pensée dans cet espace temps particulier qui demande une reconnaissance de l'urgence, de l'imprévisible, du « soudain », du « peut-être », du « on verra »... « une disponibilité temporelle inconditionnelle de l'analyste » (N. Zaltzman, 1979, p.26). Ces personnes dominées par les pulsions de mort ne peuvent « établir un lien durable que sous le signe d'une rupture imminente » (N. Zaltzman, 1979, p.31), ainsi « ce rythme à leur initiative est un gage de sécurité ».

N. Zaltzman propose un type d'investissement objectal anérotique, basé sur une nécessité biologique, physiologique, vitale. Ce fonctionnement serait en parallèle d'un investissement de l'objet que nous connaissons mieux, celui qui s'inscrit dans le registre érotique et fantasmatique du (dé)plaisir. Un type d'investissement donc double et fonctionnant sur un modèle d'équilibre soumis aux lois des épreuves de réalité bouleversant les conditions de vie du sujet jusqu'au « péril extrême ». Ces conditions, en devenant précaires, laissent émerger suivant un rapport exponentiel le « mode d'investissement de première nécessité » : l'objet du besoin et non plus du désir.

L'objet, dans le sens qu'il prend alors de besoin et donc de privation mortelle car son absence devient synonyme de mort, doit être reconnu dans son double investissement. Ce dernier entraîne une double demande paradoxale, concernant à la fois la valence libidinale de l'objet qui répond à une demande de tendresse et d'amour mais aussi sa valence brute première qui satisfait à une

détresse physique et une demande d'aide vitale. Dans ce contexte, les substitutions et les paradoxes sont possibles. Cette double injonction crée la « disjonction » dans le discours du patient, parfois dans le sens du verbe lui-même, parfois entre la parole et le corps qui s'expriment chacun dans le clivage de l'autre et que l'on ne peut relever sans risquer de contrarier l'un des deux par l'absence d'écoute. Le chapitre des retrouvailles entre Thomas et Tereza, dans l'insoutenable légèreté de l'être de M. Kundera, nous apporte un très bon exemple de l'expression contradictoire de l'âme et du corps dans un contexte tout à fait banal de la vie quotidienne : alors qu'elle voudrait séduire, être belle et désirable, au moment clé, qu'elle a anticipé avec soin, c'est son corps qui prend la parole de ses borborygmes, lui rappelant qu'il souffre principalement de la négligence de ses besoins, et, nous ajoutons, dévoilant ainsi tout l'intérieur intestinal que Tereza tentait de cacher sous sa féminité³⁰⁰. Mais revenons à notre situation. Le clinicien à l'écoute est dans une impasse, pieds et poings liés dans ses capacités d'interprétation par le paradoxe : corps ou parole ? C'est dans ce cadre que l'offre d'amour garde le sujet dans sa dichotomie plus désorganisée qu'une réelle désunification pulsionnelle qui permettrait alors de délier, une fois pour toutes, corps et parole, amour et besoin pour que l'un puisse être rejeté enfin, libre de l'autre, libre de l'objet, sous le joug de la pulsion de mort, le sujet peut refuser Éros sans en mourir. « L'activité déliante de la pulsion de mort a momentanément desserré ce qui l'incarcère (le sujet) dans une obligation d'amour » (Zaltzman, 1979, p.28).

Dans certaines personnalités, pour lesquelles les pulsions de mort travaillent à lever le déni de la mort en saisissant toute réalité susceptible de faire une place dans l'économie psychique à des représentations de la mortalité, la maladie peut être saisie comme issue à la tension interne créée par ces pulsions de mort. La menace de mort actuelle déclenche la percée des pulsions de mort qui trouvent alors à s'incarner.

Il faut parfois laisser advenir les représentations de la mortalité et reconnaître la menace de mort, c'est-à-dire lever la soupape de la pulsion de mort pour éviter qu'elle ne soit justement mortifère. En travaillant sur cette théorie de N. Zaltzman, il me vient l'image d'Éros s'enroulant et se déroulant autour de Thanatos, jouant sur l'étranglement du lien. Un trop d'Éros sera autant mortifère qu'une déliaison radicale. Peut-on alors entendre la théorie comme la nécessité d'un équilibre d'un point de vue quantitatif et étatique pour reprendre la théorie freudienne ? Si S. Freud avait pu de son temps avoir accès à l'image d'un brin d'ADN dont les deux filaments s'enroulent à la perfection et doivent se dérouler pour permettre la création d'un nouveau brin (duplication), nous pouvons faire l'hypothèse qu'il s'en serait saisi pour apporter une analogie biologique à sa théorie des pulsions.

³⁰⁰ KUNDERA, M. *L'Insoutenable Légèreté de l'être*. Paris : Ed. Gallimard, 1984. p. 51.

N. Zaltzman nous rappelle que la mort est nécessaire à la vie et que son déni au profit d'Éros peut, au contraire, produire une restriction de la vie. Cette théorie nous apparaît d'autant plus pertinente qu'elle semble être le sujet de nombreux films actuels. En effet, les scénarios des films d'action n'exprimeraient-ils pas abondamment et de façon redondante le dualisme vital entre Thanatos et Éros, illustrant la théorie de N. Zaltzman comme Sophocle en son temps la théorie œdipienne ?

Son paroxysme est celui des films d'action dans lesquels le héros, « psychologiquement » torturé, a perdu contact avec ses représentations de la mortalité, le conduisant à se laisser mourir. En renonçant ainsi à sa fonction de héros, le personnage principal laisse l'intrigue en suspens et détourne le genre cinématographique en drame psychologique. La dernière aventure cinématographique du héros *Batman*, qui s'intitule d'ailleurs « *The Dark Knight Rises* »³⁰¹ (« *L'Ascension du Chevalier Noir* »), nous semble le parangon du phénomène et, du même coup, un exemple intéressant à développer pour cerner la force du travail de la pulsion de mort lorsqu'elle se met au service de la vie. Dans la fiction, cet homme ayant réussi (à force d'entraînement psychique) à se débarrasser complètement de « la peur de la mort », au lieu de s'en trouver invincible, perd dans un même élan son goût pour la vie et pour ses missions périlleuses, nous indiquant alors l'importance d'un équilibre instable entre intrication et désintrication. En effet, le but n'est pas forcément celui de la liaison à tout prix par la pulsion de vie qui se débarrasserait ainsi d'une pulsion de mort néfaste, mais bien au contraire d'une place représentative accordée à Thanatos. Dans l'histoire du film, l'épreuve qui seule peut à nouveau révéler notre héros à la vie (et réintroduire de ce fait l'action dans le film) est celle d'une menace actuelle de mort qui réveille la pulsion anarchique et le réanime à la vie, lui permettant, pour le plus grand plaisir des spectateurs, de pouvoir terminer sa mission³⁰². Ce « domptage libidinal des pulsions de mort » nous donne l'image de la strangulation du lasso qui se resserre sur l'animal sauvage. Mais la pulsion de mort est-elle cet animal sauvage ? C'est ce que laisse alors entendre sa définition. Nathalie Zaltzman lui redonne une dimension civilisée en l'intégrant à la vie quotidienne : « les pulsions de mort loin de surgir du néant, hors tout étayage sur des fonctions vitales, sont au contraire dans un rapport de liaison étroit, encore plus serré avec l'étayage corporel, que les pulsions libidinales » (Zaltzman, 1979, p.44). Nous pourrions, à ce moment-là, repartir des travaux de C. Dejours pour reprendre la

³⁰¹ NOLAN, C. *The Dark Knight Rises*. 2012, 165 minutes : coul.

³⁰² Rappelons que dans le film, Bruce Wayne, apathique et vaincu, se retrouve dans une prison dont le seul moyen de s'évader est d'effectuer un saut pratiquement surhumain et dont l'échec entraîne la mort. Les prisonniers qui s'y essayent régulièrement s'harnachent à une corde qui leur permet de tenter le saut sans en mourir. Hors, ce que comprendra le héros, est que le seul moyen de réussir le saut est de le réaliser avec la mort comme seule alternative ; une motivation extrême qui ne souffre pas l'échec et permettra, comme nous l'avons dit, de faire renaître paradoxalement ses pulsions de vie.

« cartographie » érotique du corps construite par subversion libidinale, et les compléter par ceux de N. Zaltzman. Ainsi, le corps serait partagé entre Éros et Thanatos, les pulsions libidinales fabriquant le plaisir corporel et les pulsions de mort fabriquant l'individu à travers ses limites, c'est-à-dire individualisent en délimitant une *géographie des limites, des seuils, des tolérances, des degrés...* C'est le corps qui est concerné en premier par *l'activité mentale spécifique des pulsions de mort* : malmené, poussé dans ses retranchements à travers des comportements (du sujet) qui caractérisent le corps et sa vitalité, autrement dit les besoins : toute mise en danger vitale, qu'elle passe par des troubles alimentaires, des exploits, des records, des mises à l'épreuve. Ainsi *sursaturé* par le travail des pulsions de mort, l'élaboration de celles-ci en devient impossible, expliquant les tendances à en ignorer la réalité et le risque. Par contre, si le travail de Thanatos est bien fait (d'individuation par les limites), il n'y aura pas d'*exacerbation de l'activité pulsionnelle* qui pousse le sujet à revisiter sans cesse les limites de son corps. L'exacerbation serait en contre-investissement d'une emprise par ailleurs, rendant le sujet « infirme des ressources mentales autoconservatrices de ses pulsions de mort », conduisant comme dans notre exemple fictif à « l'urgence de se démontrer qu'on est en vie en s'exposant à la mort » au détriment d'une réalité biologique, ce que N. Zaltzman nomme *l'expérience limite*.

On imagine facilement les dégâts d'une menace de mort actuelle mais avec N. Zaltzman on en imagine à présent également les possibilités.

4.3.3. La solution masochique

Reprenons avec B. Rosenberg³⁰³ la différence établie entre culpabilité et masochisme moral puisqu'il nous semble indispensable de faire état autant de la culpabilité que du masochisme chez nos patientes atteintes de maladie grave. La culpabilité est le résultat d'un surmoi sadique qui s'impose au moi et le masochisme moral concerne le masochisme du moi qui recherche sa propre soumission. Ainsi, la culpabilité est le résultat d'une satisfaction libidinale quant à son but propre alors que, dans le masochisme moral, c'est la culpabilité elle-même qui est érotisée comme un investissement masochique. Cette distinction n'est pas aisée à repérer cliniquement ; « il faut savoir si la satisfaction libidinale première est le véritable objet du désir ou si elle vient seulement provoquer le sadisme du surmoi » (B. Rosenberg, 2007, p.35), sachant également que le passage de l'un à l'autre est possible. Pour schématiser, les sujets en difficulté pour endosser leur culpabilité sont obligés de l'investir masochiquement pour la supporter, ce que nous proposons de traduire à

³⁰³ ROSENBERG, B. (1991). **Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie**. Paris : Ed. PUF, coll. Monographies de psychanalyse, 2007.

travers ces deux phrases : « je culpabilise parce que j'ai fait ça » qui traduit la culpabilité névrotique et « je fais ça parce que je culpabilise » qui renvoie au masochisme, la première étant de l'ordre de la réaction alors que la seconde ressemble à une solution. Le masochisme moral perd la caractéristique relationnelle que l'on retrouve dans les autres formes de masochisme, c'est-à-dire s'inscrivant dans une relation avec l'objet d'amour. Dans cette troisième forme de masochisme, c'est la souffrance elle-même qui importe et non celui qui l'inflige et c'est le cas des situations de malades graves pour lesquels la souffrance est infligée par des circonstances impersonnelles. Dans ce masochisme, le sujet est en proie avec sa culpabilité (culpabilité œdipienne) mais ici, il n'a pas d'autre solution dans son fonctionnement que de l'investir érotiquement, masochiquement pour la supporter, cette solution devenant le moyen de conserver l'équilibre névrotique, « le masochisme moral nous apparaît comme le masochisme gardien de la névrose » (B. Rosenberg, 2007, p.41). Les trois masochismes se situent sur un même axe qui peut s'avérer progrédient ou régrédient, allant du masochisme érogène au masochisme moral en passant par le masochisme féminin selon le degré de re-sexualisation de la culpabilité, le degré le plus important entraînant une régression vers un masochisme érogène. Le masochisme moral répond donc comme une défense ou plutôt un moyen à une faille dans le fonctionnement névrotique, mais c'est un moyen limité qui solutionne un achoppement temporaire, lui-même limité par le fonctionnement propre du sujet, conditions réunies par la situation de maladie grave. Notons que, si la régression progresse, c'est la perversion qui prend petit à petit le relais. C'est la *feinte masochique* selon B. Rosenberg qui est le garant d'un masochisme moral « non pathologique ». Celle-ci correspond à la manière dont le sujet est lui-même berné par ses propres stratégies, entre culpabilité et masochisme, tout cela sur un registre inconscient.

Nous nous sommes intéressés au masochisme féminin qui définit la femme, au masochisme moral comme tenant de la culpabilité ; nous déchiffrons à présent le masochisme érogène dans ses deux polarités de vie et de mort toujours avec B. Rosenberg. Pour celui-ci, le masochisme érogène est primaire et fondamental en ceci que les autres formes de masochisme se déploient à partir de lui. Le masochisme érogène primaire est le seul moyen de lutter pour empêcher la satisfaction de la pulsion de mort, c'est à dire la destruction. Or, s'il est gardien de vie lorsqu'il agit contre cette pulsion, sa même action envers une autre pulsion donc contre des buts tournés vers la vie, le rend mortifère en les empêchant.

Reprenons les destins de l'intrication de la pulsion destructrice (S. Freud, 1915)³⁰⁴ à laquelle est indubitablement lié le masochisme érogène. Une partie, liée libidinalement, est dérivée vers

³⁰⁴ FREUD S. (1915) **Pulsions et destins de pulsions**. In : Métapsychologie. Paris : PUF, Quadrige, 2010.

l'extérieur, contre des objets externes, devenant la pulsion de destruction ou d'emprise, dont une partie lorsqu'elle est mise au service de la fonction sexuelle devient le sadisme. La partie restante demeure liée dans l'organisme, devenant le masochisme érogène primaire. Ainsi, le masochisme érogène primaire est le noyau masochique du moi (primairement constitué) qui permet la transformation du plaisir en plaisir-déplaisir (mêlant décharge et excitation). Pourquoi gardien de vie ? Car le masochisme érogène primaire permet la liaison de l'excitation et de son acceptation par le moi qui, autrement, serait vécu comme déplaisir mortel. Or, comme l'excitation est nécessaire à la vie, le masochisme joue un rôle qui *permet* (originaire / primaire) et *préserve* (continuum de l'excitation) la vie psychique. Le masochisme érogène est donc équivalent au travail d'intrication pulsionnel primaire qui empêche le but premier de la pulsion de mort (exclusion de l'excitation jusqu'à l'inorganique, principe de nirvana). Quant au masochisme érogène secondaire, il est équivalent au masochisme primaire et, en ce sens, il préserve de la même façon la continuité de la vie psychique en permettant « dans les moments de vide intérieur, de rupture menaçante de la vie fantasmatique, que le sujet sente le besoin d'une souffrance masochiquement investie (masochisme secondaire) pour rétablir le gardien de sa continuité psychique » (B. Rosenberg, 2007, p.84).

Pour décrire le masochisme mortifère, B. Rosenberg l'oppose au masochisme gardien de vie en six points, le premier étant que « le masochisme mortifère est un masochisme qui réussit trop bien », c'est-à-dire que tout le registre du déplaisir est investi de la même façon masochiquement. En parlant de « déplacement » et « d'abandon progressif de l'objet », B. Rosenberg place les masochismes aux extrémités de deux polarités, entre une satisfaction objectale encore possible dans le plaisir de la décharge et l'investissement pur de l'excitation. Cliniquement, l'investissement masochique du manque, de la privation, de la douleur, se conclut dans l'augmentation de l'état corporel de dégradation (comme c'est par exemple le cas dans l'anorexie), au lieu de permettre de surmonter l'épreuve tout en cherchant toujours une autre solution libidinale pour tendre à la reliaison. Le retournement, qualifié « d'autistique », du masochisme qui s'accompagne d'un désinvestissement objectal est responsable de caractéristiques propres de fonctionnement du masochisme mortifère, comme le blocage de la pulsion de vie qui exprime normalement sa satisfaction objectalement et la diminution proportionnelle d'autres mécanismes de défenses comme la projection responsable, comme nous l'avons vu, de la dérivation d'une partie de la pulsion de mort.

Le risque majeur du masochisme mortifère est le désinvestissement de l'objet et du monde objectal suite à une baisse de la libido objectale et un investissement massif et masochique du sujet sur tout ce qui concerne la souffrance, la douleur ou le déplaisir, centré sur le corps. « [...] Séparer un *masochisme gardien de vie*, celui de l'intrication de la destructivité interne, d'un masochisme

mortifère désobjectalisant, diminuant la part de la projection au-dehors de la destructivité sous forme de sadisme et sidérant l'auto-conservation, comme en témoigne l'anorexie mentale »³⁰⁵.

Suite à cette définition de D. Ribas, ajoutons sa réflexion sur le travail psychique permis par le masochisme gardien de vie. En plus d'être à l'origine de la constitution du moi, il est le relais qui prend en charge l'érotisation du déplaisir en attendant la mise en œuvre de la « réalisation hallucinatoire de désir ». « Attendre ! » est le travail psychique permis par le masochisme gardien de vie enseignant au moi les prémisses d'une temporalité interne.

Dans sa clinique du « psychotraumatisme », Clara Duchet³⁰⁶ (2006) interroge les modalités masochistes mises en œuvre pour se défendre de traumatismes en tant qu'éléments réels et externes (pôle du traumatisme lié à la réalité de l'événement qui nous intéresse particulièrement dans notre clinique, cf. partie sur le traumatisme). Elle relève deux formes d'utilisation du masochisme, l'une comme « expression traumatique alliée à la pulsion de mort, sur un versant passif », l'autre toujours comme expression traumatique, mais se situant du côté de la pulsion de vie et appréhendée à travers une position active.

Poursuivant les travaux de B. Rosenberg et C. Chabert, Clara Duchet (2006) propose de lire la position passive comme un contre-investissement, une défense contre des désirs et fantasmes œdipiens pré-trauma qui prendrait, dans le même temps, une valeur punitive, réactionnelle, dans laquelle la passivité serait confondue avec la mort. Il peut paraître paradoxal de parler de masochisme passif et de masochisme actif. Le masochisme est toujours une tentative de maîtrise pour échapper à une emprise sans y mettre fin. Bien sûr, il faut aussi se rappeler que passivité et activité ont des sens plus complexes que la simple action de subir (mais nous l'avons déjà dit). Peut-être faudrait-il préciser qu'il ne s'agit pas du masochisme en lui-même, mais de la manière dont il va s'exprimer et se mettre en drame. C'est finalement la répétition qui peut se jouer, soit passivement dans l'inaction comme la mise en pratique de l'expression « faire le mort », pour reproduire les ressentis de la situation subie, soit, comme dans le jeu de la bobine ou les conduites auto-agressives, la répétition étant celle de la situation de souffrance et permettant d'en devenir l'instigateur, celui qui fait autant que celui qui subit. Elle convient ainsi que le masochisme dans ces deux modalités peut correspondre à une tentative de réponse aux situations traumatiques vécues. P. Jeammet parle également de cette solution masochique lorsque le moi se sent menacé de débordement, un

³⁰⁵ RIBAS D. **Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle.**, *Revue Française de Psychanalyse*, n°5, PUF, Paris, 2002.

³⁰⁶ DUCHET, C. **Entre pulsions de vie et pulsions de mort : le masochisme à l'épreuve des expériences traumatiques.** *Psychologie clinique et projective*, vol. 12, 2006, p. 101-117.

masochisme donc pris dans une dimension traumatique. Il le considère comme un recours ponctuel possible afin de se délivrer de l'emprise à l'objet et de reprendre une position active de maîtrise, « là où il se sentait menacé de débordement et de rédition passive à l'objet »³⁰⁷.

Finalement, elle propose de faire un distinguo entre traumatisme mortifère et traumatisme porteur de vie, l'un permettant l'inscription dans un travail de réaménagement psychique, la déliaison étant finalement la possibilité pour le sujet de laisser s'exprimer une labilité déchargée d'une trop grande pression surmoïque qui le contraignait à une grande rigidité, comme si le sujet pouvait trouver un bénéfice conscient ou non aux changements subis suite au trauma. L'autre s'inscrivant dans la dimension bien connue d'une portée traumatique qui s'enkyste dans la névrose, conduisant à un retournement narcissique mortifère.

Nous avons déjà évoqué la manière dont Catherine Chabert reconnaît la passivité comme déterminant du féminin (un féminin dans les deux sexes). Or, si celle-ci est originaire, dotant le sujet d'une capacité passive d'accueil en lui, les voies qu'elle recouvre dans sa dialectique avec le masochisme nous poussent à reconnaître son recours dans une polarité salutaire / mortifère. Dans son livre consacré au féminin mélancolique, C. Chabert met en avant une position passive initiale en relevant celle-ci dans les fantasmes originaires. La lecture qu'elle fait du fantasme de séduction à partir des capacités du sujet à « admettre l'effet de l'autre en lui », c'est-à-dire admettre « d'être passivement modifié par cet étranger », est indéfectible de notre clinique. Le retournement de la pulsion de l'activité en passivité conduit à un scénario hystérique du fantasme de séduction dans lequel l'homme séduit la fille. Cette version suppose des capacités de recours à la voie passive qui, lorsqu'elles ne sont pas accessibles, laissent apparaître une « version mélancolique » du fantasme de séduction. Le retournement de la pulsion se faisant sur la personne propre, le sujet détient alors la conviction d'être acteur de la séduction et s'en fait le reproche. C. Chabert nous dit que la culpabilité du sujet s'inscrit dans des conduites masochistes sous-tendues par un mouvement mélancolique d'auto-accusation. « Cette version du fantasme de séduction dénonce le sujet qui n'est plus victime mais criminel, et le prix à payer pour l'excitation qu'il génère (chez l'autre) exige l'extinction des mouvements pulsionnels » (Chabert, 2003, p.39). Cette coupure des investissements libidinaux qui concourent à faire taire un débordement d'excitation n'est autre que le témoin d'un travail de la pulsion de mort.

À côté de cette version mélancolique signant le défaut de la construction hystérique d'un fantasme

³⁰⁷ JEAMMET, P. **L'énigme du masochisme**. In : ANDRE, J. (dir.) *L'énigme du masochisme*, Paris, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 2000, p. 58.

de séduction, C. Chabert reconnaît au cours de ses analyses « un défaut de refoulement de la séquence seconde du fantasme un enfant est battu ». La logique de cette double occurrence est frappante, les femmes, dans une conviction de porter la faute de l'inceste par leur part active à la séduction paternelle, présentent un défaut de refoulement du fantasme de l'enfant battu qui s'inscrit d'ailleurs dans leurs relations actuelles, marquant leur impossibilité pulsionnelle de se situer à la place passive de la seconde scène « être battue par le père » : « c'est l'enfant battue, la fille incestueuse, qui provoque les débordements du père » (Chabert, 2003, p.42).

Des capacités de passivité accessibles ou non pour supporter la situation effractive ; un mouvement passif destructeur lorsque l'emprise est trop intense, qui réclame la déliaison sous l'action de la pulsion de mort ; voilà les deux idées indéniablement à l'épreuve dans la situation extrême que représente la maladie grave et ses traitements. Il est d'ailleurs intéressant de constater que les conditions selon C. Chabert capables de convoquer la pulsion de mort sont remarquablement celles de la pathologie somatique grave : « Ainsi se trouvent réunies les conditions susceptibles de constituer le point d'appel de la pulsion de mort : un investissement libidinal intolérable de douleur, une menace flagrante pour le narcissisme. Il y a nécessité de relâcher les chaînes trop serrées des représentations, nécessité, donc, de défiguration, de désarticulation des pensées. L'attaque des représentants psychiques et leur désinvestissements entraînent une désobjectalisation de l'activité de penser. » (C. Chabert, 2003, p.82). « Le plaisir bascule dans la douleur chaque fois que les situations qui l'engendrent ne trouvent pas de *voies d'élaboration internes*. Ce sont des situations « extrêmes » qui sont susceptibles de constituer des points d'appel pour la pulsion de mort » (C. Chabert, 2003, p.69).

Ce n'est pas la première fois que nous employons le qualificatif *d'extrême* dans ce repérage théorique. Claude Janin, dans sa théorie sur le traumatisme, l'utilise à propos d'une situation qui annihile les recours à l'épreuve de réalité. Nathalie Zaltzman s'en sert pour désigner des personnalités vivant sous le primat de la pulsion de mort. La situation d'« entre la vie et la mort » des patients en oncologie peut être qualifiée « d'extrême » au sens où l'entend F. Pommier³⁰⁸ (2009). Ce qui rend la situation extrême relève de ce qu'elle peut générer des mouvements pulsionnels attaquant le monde interne du sujet. La psychopathologie des situations extrêmes engage des processus de transformation pulsionnelle et concerne ce qui peut provoquer l'effacement du sujet. *L'extrême* convoque le *négatif* et provoque des *angoisses primitives* symbolisables mais pas représentables.

³⁰⁸ POMMIER F. *L'extrême en psychanalyse*. Paris, Campagne première, 2008.

4.4. PSYCHOPATHOLOGIE CLINIQUE DE LA MALADIE GRAVE

4.4.1. Le travail de la maladie

L'hypothèse de J-L Pedinielli d'un travail de la maladie³⁰⁹ s'est forgée sur la clinique analytique de patients somatiques chroniques. Une clinique que le psychologue à l'hôpital est toujours en marge de créer car elle n'est « ni sous transfert, ni proprement psychiatrique, ni strictement psychosomatique » (J-L. Pedinielli, 1994, p.169).

La caractéristique propre aux maladies chroniques est la temporalité qu'elle impose au sujet par leur présence permanente. Le cancer, bien que pas tout à fait chronique, de par les rémissions possibles et courantes, est néanmoins considéré comme une pathologie chronique car il « hante » le sujet, toute sa vie, contraint à une surveillance médicale pour prévenir la récurrence. En réalité, le cancer possède à la fois les caractéristiques d'une maladie aiguë, qui rompt la continuité temporelle et donc d'une maladie chronique qui vit avec le sujet.

L'absence de demande et la chronicité, qui sont des caractéristiques de la clinique hospitalière, ne signifient pas pour autant une absence de discours. J-L. Pedinielli relève, au contraire d'un immobilisme des processus, « une économie spécifique » et « une modification de la subjectivité ». Ce sont l'ensemble de ces modifications, « sous maladie », qui sont à repérer comme indices d'un « travail de la maladie », permettant à l'appareil psychique d'élaborer l'événement qui reste sinon « a-sensé ». À l'instar du travail de deuil, incluant une forme de « libération », J-L. Pedinielli définit le travail de la maladie comme « l'ensemble des procédures économiques et signifiantes spécifiques qui assurent la transformation de l'atteinte organique en atteinte narcissique et en douleur psychique, et qui permettent un ré-investissement libidinal » (J-L. Pedinielli, 1994, p.171). La maladie, en bouleversant la vie du sujet, crée tout un ensemble de phénomènes qui lui sont propres : « l'effraction des systèmes de pensées et de l'organisation psychique par la douleur (S. Freud, 1895), le décalage marqué avec les idéaux du moi, la sidération de certains mécanismes de défense, la perception du corps comme autre, le réinvestissement et le surgissement des fantasmes inconscients, l'introduction du sujet dans un nouveau rapport par l'interposition de l'institution médicale entre son corps et lui... » (J-L. Pedinielli, 1994, p.180). C'est donc sur cette série de processus que la maladie doit faire son travail de transformation du soma au psychisme jusqu'au réinvestissement libidinal de soi et des objets. « Le travail de la maladie désigne les opérations psychiques qui vont dans le sens

³⁰⁹ PEDINIELLI, J-L. **Hypothèse d'un "travail de la maladie"**. *Cliniques méditerranéennes*, n° 41/42, 1994, p. 169-189.

d'un retour du fonctionnement psychique et d'une objectalisation de la maladie » (J-L. Pedinielli, 1994, p.180). Tout est affaire de représentations dans l'élaboration du phénomène somatique (c'est-à-dire la transformation de l'atteinte somatique en atteinte narcissique). L'atteinte biologique n'est qu'une somme de sensations physiques, d'un savoir médical et d'un changement de cadre situationnel accompagné de ses représentations socioculturelles. « Elle n'existe pas pour le psychisme ». Les modifications somatiques doivent être traduites en premier lieu par la fonction représentative pour inaugurer le travail de la maladie. L'échec de cette fonction représentative atteste d'un fonctionnement de type opératoire, ne permettant pas la mise en œuvre d'un travail de la maladie, ni d'ailleurs d'aucun autre travail d'élaboration.

C'est autour de la douleur que S. Freud (1914) articule sa conception économique de la maladie somatique. Il décrit la distribution libidinale du malade souffrant dans son corps. Il s'agit du retrait des investissements extérieurs au profit d'un surinvestissement narcissique durant le temps de l'affection synonyme de douleur, le dégagement de la stase libidinale se faisant par retour d'investissement de narcissique en objectal. Il en résulte que libido et intérêt du moi sont à ce moment impossibles à distinguer. Le rôle de la douleur est central dans la mise en branle des mouvements de la libido. « L'hémorragie narcissique »³¹⁰ nous en apporte la confirmation, l'expérience douloureuse étant le point de départ d'une possible représentation narcissique de l'organe souffrant au détriment du moi, « vidé » par la centration libidinale sur la douleur.

Pourtant, la maladie asymptomatique ne déclenche pas moins le travail de la maladie. Le cancer de l'ovaire a d'ailleurs cette malheureuse particularité d'être peu bruyant sur le plan corporel, entraînant souvent sa découverte tardive³¹¹. Néanmoins, J-L. Pedinielli maintient de la conception freudienne le retour de l'intérêt du moi et des investissements libidinaux comme but principal du travail de la maladie suite à son effraction. Le mouvement libidinal n'est plus déclenché par la douleur. La maladie devient conceptuelle, elle n'a que les mots de l'autre, savant et pratiquement omniscient pour exister. Le malade en souffrance de ressentis va s'en remettre à un savoir qu'il ne peut que très partiellement accompagner de preuves, d'analyses, d'imageries médicales, de scanners qui prennent d'ailleurs souvent une importance capitale dans la ponctuation du parcours thérapeutique. Le malade comprend ce qu'il « a » comme un nouvel attribut faisant de lui ce qu'il « est ». De l'« avoir » à l'« être », la maladie s'inscrit progressivement dans l'identité du sujet, les traitements venant après coup actualiser celle-ci dans le corps.

³¹⁰ FREUD, S. (1926). **Inhibition, symptôme et angoisse**. Paris : Ed. PUF, 2002.

³¹¹ En effet, trois quarts des cas de cancers ovariens sont diagnostiqués à un stade avancé (stade IIIB et IV), les chances de survie à 5 ans étant alors de l'ordre de 35% (stade III) à 5% (stade IV). Guide – ALD – Cancer de l'ovaire – Haute Autorité de Santé – Janvier 2010.

La maladie, en tant qu'atteinte narcissique, impose au sujet un travail autour des identifications et de la perte. Proche du travail de deuil, le travail de la maladie est fait de renoncements à des objets, non pas extérieurs, comme dans le deuil, mais faisant partie inhérente du sujet, comme attributs de celui-ci. Un renoncement donc des idéaux de soi pour permettre d'accepter ce que l'on est et ce que l'on sera. Le travail psychique que le patient a à faire est un long cheminement qui permet d'intégrer la maladie à l'identité au point de pouvoir s'en dissocier et vivre avec et malgré elle, en somme, le sujet doit d'abord se reconnaître malade, puis avoir une maladie, puis désigner ce que cette maladie empêche, dérange, provoque afin de lier les affects de déplaisir avec les représentations suscitées par la maladie pour enfin pouvoir désirer *sous maladie*. « Le travail psychique consiste en effet en une tentative d'investissement en nostalgie des objets perdus ainsi que de ce que représentaient les différents aspects de la santé perdue » (J-L. Pedinielli, 1994, p.184).

Reprenons à présent les indicateurs cliniques de ce travail de la maladie que J-L. Pedinielli dégage sous le nom de « témoins » :

« Le texte de la maladie » désigne l'énoncé et les figures lexicales qui y sont choisies, que le malade utilise pour parler de sa maladie et donc se l'approprier. À l'intérieur du « texte de la maladie », J-L. Pedinielli décrit « le lexique du symptôme », qui se situe en dehors de toute considération médicale et nomme la sensation de déplaisir somatique. Du symptôme le plus banal à celui le plus orphelin, nous avons à entendre du patient « de multiples formulations allant de la froide description médicale masquant mal le surgissement de l'affect, à l'expression baroque d'une souffrance qui déborde le symptôme psychique » (J-L. Pedinielli, 1994, p.172). Le symptôme est ainsi nommé et décrit. La description en passe par toutes les références disponibles au sujet qu'il puise dans son imaginaire, sa culture et les représentations de son corps. La nomination fait appel à la métaphore, un travail « de la nomination / représentation de l'organe en cause ». Une patiente, rencontrée en dehors de mon terrain de thèse, avait, par exemple, des « glandillons », qu'il fallait lui enlever. Sidérée par la date de l'opération qui approchait, elle était incapable d'exprimer ses affects mais surtout de dire qu'elle avait peur, elle avait juste des « glandillons » qu'il fallait absolument enlever pour aller mieux. Une fois désigné, l'organe malade s'intègre à une anatomie imaginaire dont nous avons déjà évoqué l'incongruité avec les travaux anthropologiques sur les représentations de l'utérus de femmes atteintes d'un cancer gynécologique. S. Freud parlait en 1926 de ces organes jusqu'alors silencieux qu'il fallait soudainement intégrer à une représentation de soi et, qui plus est, une représentation de son intérieur, entraînant une *inquiétante étrangeté*³¹².

³¹² FREUD, S. (1919). **L'inquiétante étrangeté**. In : L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris : Ed. Gallimard,

Les « théories étiopathogéniques de la maladie » se fondent sur la cause et la filiation, c'est-à-dire s'inscrivent dans le roman familial du patient pour devenir incontournables.

Pour J-L. Pedinielli, il s'agit d'une tentative de mise en sens pour répondre à la blessure narcissique et d'une mise en lien au-delà des organes entre eux, investissant par un travail de filiation imaginaire les relations d'objet du sujet. Ces représentations étiologiques sont variées, indiquant une cause organique, psychologique, événementielle, magique, etc ; et à ces représentations s'associent une représentation de la pathogénie. Ainsi, les malades fabriquent une théorie sur les mécanismes même de leur maladie à travers une logique individuelle du corps impliquant l'organe souffrant, l'interprétation du message médical, ses sensations douloureuses et ce que la technique permet de percevoir parfois. Ceci n'a pas pour but que de soulager l'esprit de cette étrange et douloureuse réalité peu visible pourtant tellement ressentie.

« L'inscription historique » de la maladie dans l'histoire du sujet témoigne également de la mise au travail imposée par la maladie. « L'historisation »³¹³ est un processus temporel qui établit un pont entre la réalité du déroulement de la maladie comme épreuve de réalité, objectivée par le discours médical et les traitements, et la réalité / vérité psychique du sujet qui désigne son inscription temporelle de début, fin, durée par des éléments plus subjectifs. Cette inscription peut également faire intervenir une causalité historique de la maladie, du symptôme de la douleur. C'est lorsqu'un événement de la vie du sujet est considéré comme responsable du déclenchement de la maladie. Un procédé qui possède également son envers dans le clivage qui peut exister entre l'histoire du sujet et l'apparition des symptômes.

Théories étiopathogéniques et inscriptions historiques sont des témoins du travail de la maladie spécifiquement étudiés par R. Gori et M-J. Del Volgo³¹⁴, qui expliquent que la maladie somatique débouche sur la création d'un sens, d'un « roman de la maladie », n'appartenant pas au discours objectif de la science mais à la réalité psychique du sujet. R. Gori décrit une force irrépessible chez les patients, une « passion de la causalité », qui manifestent un besoin de signifier par l'origine et la conséquence ce qui leur arrive d'autrement inexplicable (M-J. Del Volgo, 2007)³¹⁵. Dès que la

1985.

³¹³ BERTAGNE, P. **Historisation du somatique**. *Psychologie clinique*, n° 4, 1990, p. 117-129.

³¹⁴ GORI, R., DEL VOGO, M-J., POINSON, Y. **Roman de la maladie et travail de transformation du symptôme : complémentarité des approches psychanalytique et bio-médicale : clinique sémiologie et thérapeutique**. *Psychologie médicale*, vol 26, n°14, 1994, p 1434-1438.

³¹⁵ DEL VOLGO, MJ. **Vie sexuelle des patients et malaise des soignants**. In : BRUN, D. (dir.) *La place de la vie sexuelle dans la médecine, 9e colloque "Médecine et psychanalyse"* ; Paris ; 23-25 mars 2007. Paris : Ed. Etudes Freudiennes, p. 257-265, 2007.

maladie intervient dans la vie du sujet, elle va contribuer à son histoire, « de sorte que, très vite, ce travail fait du symptôme qui lui est donné par la réalité, le représentant de toutes ses fantaisies inconscientes qui n'avaient fait que guetter l'occasion de s'emparer d'un mode d'expression » (S. Freud, 1916, p.145)³¹⁶, justifiant d'ailleurs l'étude du symptôme somatoforme dans un cadre psychanalytique. M-J. Del Volgo³¹⁷ souligne que, malgré les efforts de la médecine « moderne » pour réprimer le sujet dans la maladie afin d'obtenir un savoir perceptif, rigoureux, généralisable, la représentation symbolique et imaginaire continue de surgir dans l'espace laissé vacant par son impuissance, sa non-réponse, mais également les résistances même du patient. Le sujet enfoui refait surface avec sa vérité subjective comme le retour d'un refoulé jamais totalement réduit par le savoir malgré sa lutte contre l'ignorance. C'est là, aux confins du savoir médical, que s'installe, malgré tout, « les mythes et les idéologies restituant à la maladie sa valeur sacrée et sa fonction signifiante » (M-J. Del Volgo, 1997, p.55). « Individuellement et à toutes les époques, le sujet perçoit dans sa maladie une réponse, un signe du discours de l'Autre en lui, l'inconscient, à une question singulière qu'il se pose, s'est posée et qui demeure en instance, en souffrance dans son histoire ». Le concept de « roman de la maladie » (M-J. Del Volgo, 1997, p.55) permet d'entendre le sens et la « cause » donnés par le sujet à l'événement douloureux relayé par la plainte.

L'intégration de la maladie dans la famille est relative d'un travail identificatoire dans lequel la maladie fait pivot, réunissant, par son biais, les générations et évoquant parfois une transmission génétique. Plus en profondeur, on trouve aussi des mythes familiaux qui intègrent la maladie. Ils spécifient une lignée, une appartenance mais aussi les rapports entre les membres d'une même famille. Le contexte de représentations est global et ne se résume pas à la simple histoire du sujet, il est question des rapports à la vie, à la mort et aux autres, accompagnés de toutes les ordonnées inconscientes que le mythe familial établit et qui régit dans l'ombre toute l'ascendance qu'aura la maladie sur la vie du sujet (question de filiation, de différence des sexes, pacte narcissique...).

Face aux techniques médicales toujours plus innovantes, l'homme est presque contraint d'intégrer, de « s'approprier les objets de la maladie », pour éviter le rejet, l'inobservance, pour pouvoir se soigner. Du cœur artificiel à la substance injectée, ces objets prennent des représentations bien personnelles, soit dans une démarche de circonscription à l'écart de soi, soit au contraire quasiment intégrée à la représentation de soi. La maladie elle-même peut être investie comme un objet, ce que

³¹⁶ FREUD, S. (1919). **L'inquiétante étrangeté**. In : L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris : Ed. Gallimard, 1985, p. 145.

³¹⁷ DEL VOLGO, MJ. **Le roman de la maladie : mythe individuel du malade ?** *PTAH (Psychanalyse - Traversées - Anthropologie - Histoire)*, 3/4, 53-65, 1997.

l'on observe couramment dans le cas de la maladie cancéreuse, souvent identifiée au crabe qui dévore l'intérieur et toujours interpellée dans ses possibilités de métastases, donc de ramifications, d'extensions, de vie propre à l'intérieur du corps.

L'« objet psychique guérison » est un témoin que l'on rencontre dans le cas du cancer à travers la rémission. Il existe un fossé entre la guérison physique et la guérison psychique. La première, plus ou moins ressentie physiquement ne peut être tout à fait admise que par la ratification du discours médical. La seconde fait appel à un état, un sentiment d'être référé à un « avant » la maladie, une « restitution de l'état antérieur et restauration d'une identité » (J-L. Pedinielli, 1994, p.178). Le décalage entre ce qui est imaginé et ce qui est trouvé est tel que le déni de la guérison est tout à fait possible. Une patiente que j'ai déjà évoquée ne pouvait s'approprier le mot « guérison » tant elle n'était pas certaine que ce qu'elle ressentait était en accord avec ce que représentait ce terme. Il était important pour elle de ne pas être guérie au point de garder une suspicion presque paranoïaque concernant les résultats des analyses ainsi que le discours du médecin. Elle ne put se sentir en harmonie avec son sentiment qu'en imposant au médecin ainsi qu'à son entourage le mot « rémission », qui permettait de laisser planer encore l'ombre dangereuse du cancer dont elle s'était revêtue depuis tellement longtemps. Le sujet doit pouvoir se dégager de ses idéalizations et élaborer les réorganisations internes imposées par les contraintes de la guérison. Le « normal » et le « banal » sont interrogés par le sujet dans son travail de « guérison », correspondant surtout à des renoncements, car il n'est ni comme avant, ni malade. « L'accès à la guérison psychique, assumée par le malade, pour simple qu'elle paraisse est facilité par les opérations antérieures du travail de la maladie, c'est-à-dire par le réinvestissement du corps comme objet érogène » (J-L. Pedinielli, 1994, p.178).

Notons que déceler une absence du travail de la maladie chez un patient peut être l'indice des transformations induites par la maladie dans un registre pathologique. Ces « phénomènes vont dans le sens d'une limitation des processus psychiques d'élaboration et d'intégration de la maladie. Ils comportent d'ailleurs deux versants : l'un restrictif sur le mode opératoire, l'autre expansif sur le mode délirant, hypocondriaque ou sur le mode du passage à l'acte. » (J-L. Pedinielli, 1994, p.180).

Le travail de la maladie se caractérise donc par une évolution du fonctionnement psychique sur un axe progrédient, permettant de dépasser les mécanismes en place suite à la blessure narcissique et de lever la sidération causée par le temps de la maladie et la douleur.

4.4.2. Le travail du trépas ou la finalité de la désintrinsication pulsionnelle

Les mouvements transférentiels avec des patientes condamnées, et nous prenons le parti d'ajouter « potentiellement » condamnées, pour correspondre à notre clinique, sont très intenses. Contrairement au repli narcissique dont on parle souvent dans la maladie grave, le *travail du trépas*, révélé par Michel De M'Uzan³¹⁸ met en avant le besoin de recours à l'autre pour « partager » l'épreuve, partager la mort en y entraînant un autre que soi. « Loin de se détacher de leur objet d'amour [les patients] cherchent à les remplacer dès qu'il leur fait défaut » (M. De M'Uzan, 1976, p.187). Pour permettre ce partage transférentiel, le thérapeute doit adopter une grande disposition, rejoignant là Nathalie Zaltzman sur l'adaptation au rythme de ce type de patients pour permettre au transfert de s'instaurer³¹⁹. Pourtant, c'est bien le travail de deuil qui devrait être accompli pour désinvestir le monde à quitter. Le thérapeute, en assumant certaines fonctions du moi du patient, à l'image de la mère et du tout petit, va permettre un transfert très régressif jusqu'à l'incorporation du thérapeute pour éviter la séparation inévitable. La séparation se joue d'abord avec le désinvestissement des proches et de l'entourage (même médical) avant d'être effective dans la mort. Bien loin d'un désinvestissement objectal, Michel De M'Uzan souligne le besoin grandissant des objets d'amour et pas seulement leur présence désaffectée, mais bien un besoin relationnel accompagné d'un investissement libidinal de la relation. Ce sont là les deux processus à l'œuvre dans le travail du trépas : « l'expansion libidinale et l'exaltation de l'appétence relationnelle ».

La théorie de M. De M'Uzan nous intéresse dans ce qu'elle propose d'une participation active de la libido (et pas seulement une libido narcissique), dans le travail à l'œuvre dans la maladie grave et létale. Pour lui, ces patients rêvent encore jusqu'à la fin, ils fantasment, donnent du sens, symbolisent et ne sont pas voués à un état opératoire. Le travail du trépas se joue dans un temps relativement court, propre au malade, et débute lorsque celui-ci est pleinement conscient de son état (donc pas seulement à l'agonie), mais également « résigné », dans le sens d'un relâchement des défenses psychiques qui agissent sur les processus ou phases souvent décrits (et encore utilisés par les médecins) : déni, abandon de l'impossible (et de l'espoir), colère, marchandage, dépression et résignation.

Nous avons dit que la libido était également objectale durant la fin de vie, or ce n'est pas le cas. Il

³¹⁸ DE M'UZAN M. (1976). **Le travail du trépas**. In : De l'art à la mort : itinéraire psychanalytique. Paris : Ed. Gallimard, coll. Connaissance de l'inconscient, 1977, p. 182-199.

³¹⁹ ZALTZMAN, N. **La pulsion anarchiste**. In : ANDRE, J., BEETSCHEN, A., CHABERT, C. et al. *Psyché anarchiste*. Paris : Ed. PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 15-79.

s'agirait en réalité d'une libido narcissique projetée dans l'objet comme une partie du « je », ce que M. De M'Uzan décrit comme « spectre d'identité » : un espace transitionnel qui réunit le mourant à son « objet clé », à la fois autre et familier. Cette dyade, qui met en perspective début et fin de vie, donne à l'objet choisi pour sa capacité à supporter l'impérialité d'un transfert exigeant et fragile qui ne souffre aucun retrait affectif et aucune affirmation d'identité, les caractéristiques de la mère des tous premiers temps. La réalité palpable de la personne est ici importante jusqu'à la constitution d'un même organisme dans lequel contact physique et toucher sont importants sur le modèle de l'unisson mère / infans. Ce transfert signifie une capacité d'abnégation de la part de celui qui le « subit ». Le sujet devra alors accepter qu'une part de lui-même soit entraînée dans le destin morbide du patient.

Michel De M'Uzan compare les patients proches de la mort aux patients psychotiques. Leur moi serait alors clivé entre reconnaître la mort et son issue indéniable, et ne pas savoir jusqu'à son existence. Mais ce double regard paradoxal sur la mort peut s'interpréter également dans un registre névrotique qui ignore la pulsionnalité, visible dans « le déplacement sur l'objet transitionnel [qui] fait de ce dernier le représentant du mourant dans le monde, là où se vivent les expériences de satisfaction » (M. De M'Uzan, 1976, p.196) et reconnaît l'appétence pulsionnelle.

Avec l'avancée du travail du trépas, la régression des relations objectales se fait plus importante, entraînant des pertes temporaires des limites dedans / dehors et un trouble des perceptions externe / interne. « Grâce à la distension progressive de son être psychique, le mourant absorbe l'objet dans son espace érotique, et si totalement parfois qu'il ne ressent même plus l'absence de la personne réelle » (De M'Uzan, 1976). En envoyant continuellement sa libido narcissique dans l'objet mais sans le retour à l'œuvre dans le narcissisme secondaire, le sujet augmente son narcissisme mais finit par perdre la stabilité de son identité et ses limites vacillent. M. De M'Uzan est convaincu, à l'instar de S. Freud³²⁰, que cette relation de prise en charge par une *figure clé* va jusqu'aux effets analgésiques.

Pour conclure, notons que la déssexualisation des relations objectales, couramment décrites dans la littérature des pathologies somatiques, est en fait une erreur narcissique qui signe déjà les difficultés du sujet face à son destin.

³²⁰ FREUD, S. (1926). **Inhibition, symptôme et angoisse**, Paris : Ed. PUF, 2002.

4.4.3. Potentialités psychotiques

Le terme de *potentialité psychotique* est proposé par Piera Aulagnier³²¹. Ce concept n'entre pas, à proprement parler, dans la clinique des maladies graves. Elle l'élabore à partir de sa clinique des psychoses, autour de sa réflexion sur l'autisme. Pourtant, ce concept est repris ensuite par D. Cupa (2002) dans la clinique néphrologique³²² pour évoquer les traumatismes qui s'accumulent dans la maladie chronique et participent à l'érosion psychique. Ces traumatismes qui se répètent dans l'actuel et s'imposent de façon quasi permanente vont convoquer les potentialités psychotiques présentes en chacun de nous. S. Le Poulichet, (2003) utilise, elle aussi, ce concept dans sa clinique de l'informe référée à la maladie grave³²³. L'idée de cette potentialité nous semble à notre tour pertinente dans la clinique du cancer gynécologique.

Pour l'introduire, il nous faut partir de ce que P. Aulagnier³²⁴ nomme le fonctionnement identificatoire, régi par deux principes opposés : la permanence et le changement, reprenant là, la définition que nous avons donné plus haut du sentiment d'identité. À partir de cette antinomie, elle perçoit les différentes évolutions de l'enfant dans la mise en place de son monde relationnel en lien étroit avec son monde identificatoire. Dans le cas de figure où la mère est dans l'incapacité de reconnaître l'écart identificatoire entre ce qu'elle a pu anticiper du « Je » de l'infans avec le « Je » de l'enfant, celle-ci fera obstacle à la seconde prérogative du fonctionnement identificatoire qui est le changement. Au-delà d'une part d'imprédictibilité de la mise en place des relations objectales de l'enfant en fonction de ses ressources, de la négociation de ses rencontres, les substitutions et les reconstructions, P. Aulagnier propose le concept de *potentialité psychotique*. Cette psychose en risque est une épée de Damoclès dissimulée dans la constitution de la continuité relationnelle durant l'enfance. Il s'agit notamment de confusions, voilées par l'ensemble familial, mais fragiles et potentiellement émergentes lors d'un événement relationnel que Piera Aulagnier nomme « effet de rencontre ». Elle décrit trois effets différents et nous nous intéressons surtout à l'actualisation de cette potentialité lors d'un « effet de rencontre avec une image de votre corps tout à coup étrangère à celle qui vous était familière » (P. Aulagnier, 2003, p.154), entraînant un vacillement de l'édifice identificatoire et une « disqualification des paramètres relationnels ». Face à l'événement

³²¹ AULAGNIER, P. **Le concept de potentialité psychotique.** *Topique*, n° 82, vol. 1, 2003, p.143-158.

³²² CUPA, D. **Etude comparative de la qualité de vie subjective de patients en hémodialyse à domicile, en centre, en autodialyse, et en dialyse péritonéale.** In : CUPA, D. (Dir.) *Psychologie en Néphrologie*. Paris : Ed. EDK, 2002, p. 125-148.

³²³ LE POULICHET, S. **Psychanalyse de l'informe, dépersonnalisations, addictions, traumatismes.** Paris : Ed. Flammarion, 2003.

³²⁴ AULAGNIER, P. *op. cit.*, 2003.

déclencheur, le sujet, dont les « ressources » psychotiques étaient en potentialité, ressent une panique qui se substitue à l'angoisse et ne prévient d'aucun danger, laissant le sujet démuni. Autrement, dans « l'après-coup », aucun lien névrotique n'est possible pour lier les sentiments perçus de culpabilité d'agressivité ou de tristesse à un rejet, un désir, un interdit ; aucune possibilité non plus sur un registre psychotique, d'attribuer ce qui lui arrive à un autre persécuteur.

La potentialité psychotique est le risque de psychose trouvé dans les confins de la construction psychique. C'est Nathalie Zaltzman³²⁵ qui nous met sur la voie d'une possibilité d'utiliser ce concept également en le repérant dans d'autres configurations que celle de la psychose, éclairant d'autres histoires libidinales. « La représentation qui peut surgir alors sur la scène psychique n'est plus une métaphore fantasmatique d'un éprouvé corporel, mais se présente comme un éprouvé corporel terrifiant sans origine et sans destinataire » (Zaltzman, 2001, p. 62)³²⁶.

³²⁵ ZALTZMAN, N. **La mort dans l'âme**. *Topique*, n° 74, vol. 1, Piera Aulagnier, 2001, p. 57-68.

³²⁶ *ibid*

4.5. TRAUMA, TRAUMATISME ET EFFRACTION CORPORELLE DE LA PATHOLOGIE SOMATIQUE.

4.5.1. Trauma et traumatisme une définition essentiellement temporelle

L'expression « coup de tonnerre dans un ciel serein » est aujourd'hui indéfectible de sa connotation à l'annonce d'un cancer. Pourtant, entre le « choc » et le trauma, si psychanalyse et psychopathologie s'emmêlent, le mot prend son importance concernant les retombées pour le fonctionnement psychique. Certains, comme par exemple François Lebigot, chef de fil de la psychotraumatologie, défendent fermement la position qui exclut la maladie grave de la classification des traumatismes. Bien que cette intransigeance nous paraisse discutable, ce n'est pas là notre débat. Néanmoins, nous ne pouvons en faire complètement abstraction étant donné la longitudinalité de notre étude qui interroge le temps psychique dans ses rapports à la réalité des événements. Si, comme nous pensons le montrer, des modalités psychiques spécifiques sont à déceler suite à l'annonce et au traitement de la maladie cancéreuse, qui plus est gynécologique, nous sommes obligés de nous poser la question du traumatisme afin d'envisager ou non que la symptomatologie retrouvée puisse entrer dans ses rangs. Ainsi, en cherchant à définir le traumatisme lié à la maladie grave, il est intéressant de constater que c'est surtout dans ses rapports au temps et à la réalité qu'il est abordé. Ce sera notre parti pris dans ce chapitre : interroger, différencier et donc définir l'événement traumatique et le traumatisme en fonction de la variable du temps qui se subjective aux psychés.

Claude Janin³²⁷ décrit très bien le traumatique et le traumatisme dans leur rapport à la réalité. Pour lui, le trauma, essentiellement économique, est équivalent à la rupture dans la continuité d'auto-historisation, c'est-à-dire la capacité du moi de « s'auto-représenter dans une relative continuité historique » (C. Janin, 2004, p.35). Il prend l'exemple tiré du livre de Primo Levi « Si c'est un homme »³²⁸ pour imaginer sa définition : il s'agit du moment d'entrée dans le camp d'Auschwitz où, pris par l'horreur de ce qu'il voit / perçoit, il demande à un garde SS : « pourquoi ? » et celui-ci lui répond, : « Hier, kein warum » (« ici, il n'y a pas de pourquoi »), signifiant là le trauma par abolition « du recours à la causalité comme constitutive du sentiment de continuité et d'historicité » (P. Levi,

³²⁷ JANIN C. **Complexités de la question de la réalité en psychanalyse**. In: Chouvier B. Roussillon R. (dir) La réalité psychique Psychanalyse, réel et trauma. Paris : Dunod, 2004.

³²⁸ LEVI, P. **Si c'est un homme**. Paris : Ed. Julliard, 1987.

1987, p.35). La réaction qui s'ensuit pour Primo Levi est cette volonté d'écrire à tout prix, comme un leitmotiv, une obsession durant toute sa captivité, écrire ce qui lui arrive dans le présent pour pouvoir le relater après. Le traumatisme est le sens pris par la discontinuité dans l'organisation, comme si la structure se construisait sur la discontinuité, lui donnant sa forme particulière (métaphore du cristal). Cette vision du traumatisme laisse une place positive à des remaniements psychiques, comme dans l'interprétation freudienne qui met en lien la discontinuité et la continuité (le trauma et le traumatisme) : « votre mère vous délaissa [...] votre père eut alors pour vous une nouvelle signification »³²⁹. Pour reprendre cette théorie à laquelle nous adhérons particulièrement, avec nos mots, nous dirions que le traumatisme vient signifier le trauma en tant qu'effraction économique de la continuité psychique.

Claude Janin nous propose de conceptualiser le lien entre « événement » et « sens psychique », notant au passage que « dans le cas des éclosions de maladies somatiques » rien ne semble se greffer sur l'événement, ni fantasme, ni mécanisme de défense, ni symptôme. Si le « grain de sable », équivalent de l'événement traumatique, est le noyau traumatique, il doit néanmoins être assimilé pour ne pas engendrer de traumatisme. Cette célèbre première métaphore du grain de sable est complétée par une seconde métaphore, à laquelle nous adhérons particulièrement dans notre clinique somatique, qui éclaire cette assimilation, autrement dit le lien entre l'événement réel et la mise en sens, ou pas, psychique. L'analogon est celui du système immunitaire qui réagit à l'effraction de l'intrus dans le soma par une réaction immunitaire spécifique. L'intrus c'est le réel (ou le trauma), la réaction son assimilation. Le « système sentinelle » du psychisme, qui distingue le corps étranger du « soi » (terme biologique) est l'épreuve de réalité³³⁰ qui discrimine les sources externes et internes de l'excitation capables de déborder le moi. Revenons un moment sur *l'épreuve de réalité* qui nous semble un concept pertinent pour décrire la maladie et peut-être plus encore le passage de celle-ci aux traitements. Pour C. Janin, c'est l'immobilité motrice qui neutralise le recours à l'épreuve de réalité, comme l'instaure le cadre de la cure (mais celui-ci est anti-traumatique), donc neutralise la capacité à distinguer le « soi » du « non-soi » et donc la capacité à effectuer le travail d'assimilation qui protège du traumatisme. Il note que certaines « situations traumatiques extrêmes » entraînent cet immobilisme, « provoque cette sidération de la motricité interne, ôtant ainsi au moi ses capacités de défenses, ce que S. Freud appelle « le recours contre la réalité » ». Ainsi, nous nous posons la

³²⁹ FREUD, S. (1937). **Constructions dans l'analyse**. In : Œuvres complètes de Freud, vol. XX, Paris : Ed. PUF, 2010.

³³⁰ Épreuve de réalité : « Processus, postulé par Freud, permettant au sujet de distinguer les stimuli provenant du monde extérieur des stimuli internes, et de prévenir la confusion possible entre ce que le sujet perçoit et ce qu'il ne fait que se représenter, confusion qui serait au principe de l'hallucination » . LAPLANCHE, J., PONTALIS, JB. Vocabulaire de la psychanalyse, 5^e éd. revue, Paris : P.U.F., 1976, p. 138).

question de qualifier la maladie d'épreuve de réalité ou non. Au vu de la *passivation* qu'elle entraîne, renvoyant à l'immobilité psychique et motrice qu'elle impose, nous serions tentés de parler d'un échec des fonctions d'intégration de l'événement sous-tendu par l'impossible recours à l'épreuve de réalité. Il sera intéressant de répondre à cette question secondaire suite à l'analyse des résultats.

« Le traumatique est donc mortifère lorsqu'il n'est pas possible d'échapper à la passivation, même par une mise en mouvement interne comme dans l'épreuve de réalité, que cette passivation vienne tout d'abord de l'objet primaire, puis de tout objet en général, fut-il un objet interne prévalent, sadique ou mélancolique : la réalité on le voit est une histoire bien complexe » (C. Janin, 2004, p.44).

Dans notre approche, il faut considérer le réel, la réalité et la vérité du sujet. Théoriquement, nous sommes en plein dans le débat qui animait S. Freud et S. Ferenczi concernant le traumatisme, entre origine fantasmatique et ancrée dans la réalité. Reprenons l'opposition entre angoisse traumatique et angoisse signal. Si nous avons dit que la première n'agissait pas, la seconde, quant à elle, nous semble indispensable pour catégoriser les stratégies mises en place comme défenses de la survie psychique : sidération, etc... Le « choc violent » et « l'effraction », qu'elle soit externe dans les névroses traumatiques ou internes (psychique) dans le « trauma » de l'hystérie, est toujours à l'origine de conséquences sur l'ensemble de l'organisation, sur l'organisme dit F. Brette³³¹ (2000). Nous retenons avec F. Brette la névrose traumatique dans son caractère à la fois somatique (l'ébranlement qui libère le flux d'excitation) et psychique (l'effroi) qui donne une conception économique au traumatisme. Elle reprend l'unité psychosomatique, soutenue dans la conception freudienne comme nous venons de le dire de la névrose traumatique, une unité qui n'est pas tout à fait unie face à la réception de l'événement, le corps étant l'infanterie qui essuie les coups et fait passer le message.

Nous mettons également le traumatisme en perspective avec les théories pulsionnelles d'intrication pour souligner que, tel un disque rayé qui butte indéfiniment sur la même chanson (le même drame), la répétition signe plus une suspension du processus de liaison plutôt que son échec, sans que l'on puisse dire si la répétition attend sa délivrance par l'action de Thanatos (décharge) ou d'Éros (liaison et symbolisation). Le traumatisme, si nous le retrouvons dans la maladie grave, est-il en manque d'un travail de liaison ou paradoxalement de déliaison ?

³³¹ BRETTE, F. **Le traumatisme et ses effets**. In : Traumatisme et actualités psychiatriques. Genève : Ed Georg, 2000, p 139-159.

4.5.2. Quel traumatisme dans la maladie grave ?

Dans la clinique des femmes atteintes d'un cancer, le traumatisme organique, ou corporel comme nous préférons le nommer, questionne le traumatisme psychique. M-C Pheulpin (2011) s'interroge sur cette rencontre entre réalité organique et effraction psychique³³². Comme pour notre clinique, elle relève les suites d'un traumatisme organique au sens médical du terme. Les patientes présentent des plaintes et, une « minorité malheureuse », relate des troubles somatiques, cognitifs, émotionnels, persistants plus d'un an après le « choc » et handicapants pour leur vie sociale et affective. Nous nous situons là, là où la médecine échoue en quelque sorte à soigner, voire à trouver une origine, une explication aux troubles. La psychologie en milieu médical s'insère souvent, et y trouve une place confortable, dans la faille médicale laissée vacante à la compréhension. M-C. Pheulpin (2011) fait l'hypothèse que ces « plaintes persistantes constituent les traces d'un traumatisme psychique » (M-C. Pheulpin, 2011, p. 223). La manière dont nous nous sommes située par rapport aux théories psychosomatiques sont cohérentes avec notre approche du traumatisme de la maladie grave. Reprenons les mots de M-C. Pheulpin (2011) : « les potentialités de traitement psychique d'un traumatisme physique dont les effets psychiques n'auraient pu être suffisamment élaborés et seraient alors devenus traumatiques en demeurant comme un corps étranger dans la psyché sans qu'elle ne puisse s'en débarrasser. » (M-C. Pheulpin, 2011, p.223). Il s'agit d'établir les conséquences psychiques d'un événement inscrit dans la réalité (et la réalité du corps) mais cette réalité du traumatisme physique ne peut simplement se résumer à l'objectivation et M-C. Pheulpin insiste, il « s'accompagne *toujours* d'un traumatisme psychique ».

Pour situer notre approche il faut reconnaître chez nos patientes un événement d'origine exogène s'inscrivant dans le « réel », dont les retentissements désorganisant demeurent actuels et tangibles. Pour MC. Pheulpin (2011), l'atteinte corporelle et l'état de choc physique qu'est la commotion de ses patients (TCL), sont désignés par le « traumatisme » dont l'origine est une agression extérieure, brutale et violente. Cependant, malgré le caractère « traumatique » de l'événement, de par ses caractéristiques, celui-ci ne peut se résumer à une vérité objectivable et nous pousse à utiliser le terme de « potentialité traumatique ».

³³² PHEULPIN, MC., BRUGUIERE, P., BENFREDJ COUDOUNARI, K. **Les épreuves projectives, un creuset de réorganisation psychique ? Quand la clinique du traumatisme crânien léger questionne le traumatisme psychique.** *Psychologie clinique et projective*, n°17, 2011, p. 221-250.

4.5.3. Définition et impact psychique de l'effraction corporelle

L'emploi limité du terme dans les travaux psychanalytiques, pourtant utile pour décrire l'affection somatique et notamment ses traitements, m'oriente vers une littérature peu connue pour tenter de définir ce terme. La notion d'effraction corporelle proposée par D. Sibertin et C. Vidailhet³³³ permet de rendre compte des violences traumatiques imposées par la maladie, les traitements et parfois les discours qui entourent le patient.

Cette notion d'effraction ajoute à ce que nous connaissions du trauma des maladies graves, une dimension d'aliénation. « [...] Des éléments qui, tels des corps étrangers, pénètrent leur vie psychique pour en prendre possession durablement » (D. Sibertin, 2003). L'effraction est une déliaison, comme celle qui attaque la pensée du psychologue face aux éléments bruts, factuels, corporels qui lui sont adressés et qui tendent à couper du sens, du ressenti et de l'émotion.

Tout comme le terme *exproprié*³³⁴ (R. Gori, 2004), que nous avons précédemment utilisé pour décrire l'emprise et la dépossession du corps du sujet malade, l'effraction est un mot qui appartient au langage juridique et qui vient du code pénal : « tout forçement, rupture, dégradation, démolition, enlèvement de murs, toits, planchers, portes, fenêtres serrures, cadenas ou autres ustensiles ou instruments servant à fermer ou à empêcher le passage et de toute espèce de clôture, quelle qu'elle soit » (D. Sibertin, 2003). Il signifie une pénétration en force qui laisse des dégâts sur son passage. L'effraction vient du dehors et s'attaque à l'intime, brouillant les limites qui deviennent poreuses. L'effraction connote la possibilité d'une réitération de l'intrus sur un lieu déjà investi pour la satisfaction des pulsions destructrices de celui-ci. « [...] L'acte violent, transgressif, désignant une pénétration en force et par surprise dans un espace privé » (D. Sibertin, 2003). Les traces de l'effraction sont durables, comme les cicatrices des interventions.

Alors que le trauma concerne une irruption soudaine et brutale dans le psychisme provoquant une sidération de la pensée, l'effraction concerne également le corps en tant que blessure par pénétration. L'effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. L'effraction est au corps ce que le trauma est au

³³³ SIBERTIN-BLANC, D., VIDAILHET, C. **De l'effraction corporelle à l'effraction psychique.** *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, vol 51, n° 1, 2003.

³³⁴ GORI, R. **Le corps exproprié.** In : BEN SOUSSAN, P. *Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte.* Toulouse : Ed. Erès, 2004, p. 17-29.

psychisme.

Tout comme le trauma, l'effraction est soudaine et sa cause est soit endogène soit exogène. Sa différence concerne son premier temps d'irruption sur le corps avant d'attaquer le psychisme par la sidération et l'effroi. L'intrusion se fait sur le corps par des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps. Intrusion, pénétration mais aussi atteinte de l'intimité, perte de la continuité d'exister, menace de l'identité, atteinte de l'être dans son entier.

Le sujet dans cet état ne peut ni oublier, ni penser, il est à la fois possédé par la maladie et dépossédé de sa capacité d'autonomie corporelle et psychique, il est « assujéti à la présence d'un autre en lui ». La notion d'effraction ajoute donc au trauma une dimension d'aliénation.

Effraction et trauma concernent tous deux une rupture violente, soit au niveau de la *barrière de contact*, donc externe, soit au niveau *du système de défense*, donc interne. Mais alors que le trauma permet une possible cicatrisation sur le coup et un possible travail psychique de reconstruction et de reprise de l'activité symbolique dans l'après coup, l'effraction, quant à elle, impose plus de difficulté à la réparation étant donné que, bien plus que d'avoir fait seulement intrusion, l'agent traumatique s'est installé et impose sa nouvelle loi à l'appareil psychique.

Ainsi, les auteurs définissent une série de trois violences successivement subies, avec dans l'ordre chronologique: « la rupture du contenant et de l'enveloppe protectrice suivie d'une attaque du contenu marquée par une sidération de la pensée, enfin une régression affective durable appelant le sujet à rétablir une dépendance anaclitique et protectrice pour contenir de l'extérieur ce qui ne peut plus l'être à l'intérieur » (D. Sibertin, 2003). Cependant, dans cette situation de maladie grave à l'issue incertaine, le sujet peut « basculer dans une lutte contre l'objet de dépendance, par l'attaque dans l'opposition ou la fuite sous la forme d'un évitement, d'un repli sur soi, dans la passivité, avec un retrait des conduites sociales ou pire dans le déni de la réalité par l'édification de barrières défensives primitives de type colmatage » (D. Sibertin, 2003).

Ce cancer, et surtout ses traitements, sont une effraction du corps en tant que blessure par pénétration. Cette effraction brise à la fois l'enveloppe corporelle et psychique à la manière d'un traumatisme que l'on pourrait qualifier de corporel. Pour la patiente, l'intrusion se fait sur le corps et génère des fantasmes, affects et représentations pénétrantes qui endommagent l'image du corps. Intrusion, pénétration, mais aussi atteinte de l'intimité, perte de la continuité d'exister, menace de l'identité, atteinte de l'être dans son entier.

Le sujet dans cet état ne peut ni oublier, ni penser, il est à la fois possédé par la maladie et

dépossédé de sa capacité d'autonomie corporelle et psychique, il est « assujetti à la présence d'un autre en lui ». La notion d'effraction ajoute donc au trauma une dimension d'aliénation. Au contact de l'autre, les angoisses de pénétration et d'intrusion sont avivées, créant des difficultés pour atteindre une pensée plus secondaire et onirique.

L'effraction permet l'installation du corps étranger qui impose sa loi et ses bénéfices, imposant des défenses coûteuses à son hôte. Ces défenses sont de l'ordre d'une activité de contrôle, d'une tentative de maîtrise aboutissant à un blocage émotionnel, à un pseudo détachement affectif, à un appauvrissement des relations.

5. PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

À travers cette problématique nous souhaitons faire émerger un lien entre les théories développées jusqu'à présent et la clinique qui est la nôtre, auprès de patientes d'un service de cancérologie gynécologique. Ce lien est celui qui s'inscrit, au travers de nos hypothèses, comme le chaînon manquant entre la théorie sur la sexualité féminine et celle, plus condensée, de la pathologie cancéreuse.

C'est l'hypothèse générale suivante que nous cherchons à baliser dans l'optique d'organiser notre travail de recherche :

Le cancer gynécologique pelvien, en tant qu'élément majeur de la réalité externe, retentit de manière complexe et singulière sur le fonctionnement psychique des femmes, mobilisant des modalités de traitement psychique propres à la présence de l'effraction corporelle qui convoquent, malmènent, blessent et suppriment les organes génitaux internes.

Durant notre repérage théorique, nous nous sommes efforcée de souligner le lien toujours important chez S. Freud entre perception et fantasme, à l'origine même du complexe de castration. C'est ce constat perceptif d'une réalité anatomique qui ne permet pas à la fille de circonscrire la menace de castration dans le concret des limites du corps, a contrario de la castration pénienne. D'ailleurs, tous les auteurs s'y accordent, la différence des sexes s'ancre sur le corps de l'autre. Ce lien nous importe donc pour interroger la castration réelle dans ses retombées psychiques. Le complexe de castration semble le meilleur exemple pour décrire ce qui unit perception, corps propre et réalité psychique. Le complexe de castration nous semble lui-même au cœur de l'unité psychosomatique se jouant entre anatomie et fantasmes. Ainsi, en concrétisant ses atteintes sur le corps, le cancer gynécologique joue une castration réelle qui, à notre sens, entre en résonance avec la castration fantasmatique. Cette idée se déploie par l'interrogation de ce qui pourra être ravivé du complexe de castration chez ces femmes, autrement dit et avant tout : quelle angoisse ?

La théorie de l'angoisse prend ses racines dans celle du complexe de castration. Nous en avons vu l'ensemble en y reconnaissant les achoppements de la logique psychanalytique freudienne qui y sont associés du côté de la femme, ne permettant pas d'expliquer les angoisses féminines.

Nous avons cherché dans la théorie quelles étaient les angoisses primitives spécifiquement féminines pour les reconnaître chez nos patientes et juger de leur teneur comme de leur

actualisation. Nous avons relevé différentes voix figurales aux angoisses de la fille comme la démesure du sexuel de l'adulte, le sadisme de l'homme dans le coït, la crainte d'une vengeance maternelle, la *représentation de l'enfant mort*. Ces figurations sont celles de la séduction traumatique, de l'intrus en son sein, des *effractions nourricières*, de la pénétration et de la destruction interne, chacune imposant la condition initiale d'une position de passivité. Cette première angoisse, féminine dans les deux sexes, devra trouver sa résonance dans une autre effraction, cette fois par le pénis, qu'elle soit fantasmatique ou réelle, pour déterminer l'ouverture au féminin de la femme, un écho bien entendu favorable car teinté de plaisir / jouissance avec un autre, ouvrant donc au-delà au désir féminin. Sans avoir pu être exhaustifs, nous remarquons tout de même que les auteurs se fédèrent autour d'une capacité de passivité, qui sous-tend la possibilité d'une effraction inaugurale caractérisant le féminin : une possibilité de recevoir sans se défaire ou plutôt de se défaire sans se déliter. Une capacité du féminin qui promet des limites souples, accueillantes, pénétrables. Ce féminin consiste à accepter en lui l'inquiétant et le familier de l'étranger, en tout cas en être capable pour pouvoir se laisser pénétrer, d'abord par la pulsion, puis par l'amant... et maintenant, par le cancer ? En effet, que devient cette capacité, cette position passive, qui semble de bon augure pour vivre les traitements de ce cancer ? La figure de l'étranger est-elle toujours aussi bien acceptée, le phénomène d'osmolarité du moi devant les quantités de libido est-elle un possible recours ?

Le cancer pelvien fait brutalement coïncider la réalité d'un intérieur endommagé avec la représentation fantasmatique. Ce sont les angoisses primitives féminines de castration, de viol, de destruction interne, qui nous interpellent particulièrement face aux femmes qu'il faut châtrer pour parer à la réalité du cancer pelvien.

Que se passe-t-il lorsque les angoisses structurantes du féminin, se rapportant au corps interne de la femme et concernant la crainte d'endommagement de ses organes génitaux, rencontrent l'épreuve de réalité du cancer pelvien, à travers l'effraction corporelle et l'ablation des organes génitaux internes ?

Nous nous poserons la question du devenir de l'angoisse chez la femme confrontée à la réalité de l'endommagement de ses organes génitaux internes et à une castration effective.

Les figurations que nous avons évoquées sont à questionner chez nos patientes. Nous avons pris appui sur les théories qui déroulent le temps du féminin pour comprendre que ces angoisses primitives pouvaient tout simplement être ravivées, remises en jeu par l'originalité même de la biologie féminine. En s'inscrivant comme épreuve de réalité, à l'image de la ménopause, le cancer pelvien serait-il susceptible d'entraîner une ré-élaboration du complexe de castration chez la femme,

actualisant les angoisses qui lui sont associées, pour venir confirmer un intérieur endommagé ?

Si les angoisses primitives, et structurantes, sont convoquées tout au long du temps féminin par des représentations, des figures que nous dirons porteuses d'angoisses, le cancer pelvien a-t-il, lui aussi, ce potentiel d'angoisse ? La représentation d'un intérieur ensanglanté décrit par M. Klein ou celle de l'enfant mort de C. Chabert nous interrogent sur les représentations de l'intérieur que la femme met en place alors que ses organes génitaux sont porteurs du cancer et menacés de castration.

Pour répondre à ces premiers questionnements, nous avons élaboré une première hypothèse opérationnelle :

HO1: L'effraction corporelle spécifique du cancer gynécologique pelvien, en concrétisant les craintes fantasmatiques d'endommagement du sexe interne féminin, serait susceptible d'actualiser des angoisses spécifiquement féminines.

De manière analogue au destin redoutable de la séduction narcissique primaire, la situation du cancer gynécologique relègue donc le corps à une fonction d'objet opérant ou non-opérant, clivé de la tête et des pensées. Il est exproprié, offert au corps médical qui en prend possession, le contrôle, le manipule, le maîtrise, le répare. Le corps est désinvesti de ses qualités sensorielles, sensuelles, érotiques et l'individu perd son autotomie, happé par la maladie et les soins, souvent au détriment de la sexualité. Il est gouverné par la sensation brute, et notamment la douleur. Ce clivage est à l'œuvre dans toutes les maladies graves et intervient comme mécanisme de défense face aux traitements invasifs, intrusifs, face à l'effraction corporelle. Ce clivage est déjà de bien mauvais augure concernant l'économie libidinale du corps, d'autant plus lorsque l'effraction se fait à l'endroit même du sexe et pose la question de la pudeur, effractant directement le lieu de l'intimité par où toute une identité passe, celui du devenir femme et du devenir mère.

La particularité du cancer pelvien est donc d'être « sexuel » puisqu'il concerne directement les organes génitaux, le génital, le genre. En atteignant le sexe, le cancer interroge les sentiments de pudeur et d'intimité. Ces sphères privées sont parfois ignorées et souvent malmenées. Comment se comporte la conduite de pudeur lorsque ce qui est enfoui est soudain exposé? Le sentiment de pudeur possède un caractère défensif contre une possible invasion du sexuel immaîtrisable de la différence des sexes, avatar de l'entrée dans la sexualité du côté de la sensation. La pudeur est une

réponse à l'angoisse éprouvée devant la perception de la différence des sexes. Si la pudeur habille le corps, et notamment le sexe, d'un investissement érotique particulier, son absence, son retrait, serait-il défensif pour la femme, minimisant l'impact de l'effraction?

L'observation clinique constitue les prémices de ce travail. C'est la vie sexuelle de ces femmes et les problématiques qu'elles rencontrent qui guident dans un premier temps nos recherches théoriques. Ce que nous relevons et qui motive un approfondissement des processus psychiques à l'œuvre, c'est une angoisse qui s'exprime chez ces femmes par des craintes, concernant notamment l'activité sexuelle (le refus de la pénétration, la crainte de la transmission / contamination, le silence de l'excitation, la perte du désir...).

Ce travail se situe donc dans une limite virtuelle qui sépare et fait coexister non seulement la réalité charnelle du corps et la subjectivité psychique, mais aussi l'angoisse réelle circonscrite par la perception extérieure et l'angoisse interne indéfectible. La sexualité, comme concept limitrophe, vient à ce point de rencontre, devenir l'expression externe des mouvements pulsionnels internes. Au final, la connaissance des travaux de P. Aulagnier et J. Schaeffer, sur le désir et le plaisir, nous indique qu'il ne s'agit pas tant d'interroger communément l'orgasme dans sa reconnaissance ou non de l'acmé d'un plaisir sexuel, mais bien le plaisir dans ses intrications au désir, attestant d'une réappropriation du corps, prise dans la relation à l'objet du désir. « Il n'en reste pas moins que la sexualité génitale, voire auto-érotique, n'est accessible qu'à ceux qui ont acquis le sentiment minimum d'une sécurité de base dans leur propre peau » (D. Anzieu, 1995).

Pour investir la distribution libidinale chez ces femmes, je me suis intéressée aux concepts d'économie érotique et de désétayage pulsionnel de C. Dejours qui permettent, à mon sens, d'expliquer le clivage des corps, entre sensuel et sensationnel, décrit en général comme conséquence des traitements pour maladie grave. Mon hypothèse est que cette situation spécifique d'effraction corporelle entraînerait des régressions dans l'économie érotique, créant des points de fixations libidinaux à différents organes, accompagnés d'une dés-érotisation d'autres organes. De plus, étant donné l'atteinte spécifique du cancer pelvien, je souhaite interroger dans mes résultats une dés-érotisation du génital sous-tendue par l'angoisse de ne pas pouvoir jouir qui découlerait de la perte ou destruction des organes érogènes. En effet, lorsqu'un organe déjà érotisé comme apportant la jouissance éveille des angoisses, il y a déplacement sur une autre partie du corps pour éviter l'aphanisis. Une thèse qui éveille forcément des questions lorsqu'on aborde le cancer, qui se nomme toujours par l'organe qu'il touche, accompagné de toutes les représentations et fantasmatisques qu'il

convoque de manière récurrente. Quels sont les investissements libidinaux à l'œuvre ? Observe-t-on une nouvelle distribution pulsionnelle répondant au mouvement régressif déjà décrit dans la maladie grave ? Enfin, quel est le devenir de l'érotisme génital lors du sentiment et/ou fantasme d'effraction altérant l'enveloppe corporelle et psychique ?

Le sexe féminin n'est pas un, il est multiple, composé de plusieurs organes investis à des temps différents du développement psychosexuel : internes, externes, dont les sensations sont refoulées, ignorées, retrouvées, déplacées. Un ensemble qui ne s'unifie que dans les destins les plus favorables du plaisir et n'est jamais à l'abri d'une nouvelle dissociation d'organe et/ou de fonction. Nous présentons notre seconde hypothèse sur l'érotisme :

HO2 : L'effraction corporelle spécifique du cancer gynécologique pelvien provoque une régression dans l'économie libidinale se traduisant par un désinvestissement érotique du génital.

Organes et stigmates sont invisibles sur le corps, contrairement à d'autres cancers gynécologiques, comme celui du sein, mais n'en convoquent pas moins féminin et féminité, d'autant plus lorsque le manque de support perceptible sollicite particulièrement le fantasme. En effet, ces atteintes du corps convoquent autant l'absence de représentations inhérente à l'intériorité du sexe féminin qu'une symbolique entourant « l'inimaginable utérus », dépendantes de l'histoire culturelle des femmes et de l'histoire subjective de la femme. Cette matrice féminine, souvent ramenée à la fonction de simple organe, dans un processus réductionniste de la procréation et du féminin, est en fait l'objet de fantasmes prolifiques et ne peut résumer à lui seul la différence des sexes. D'ailleurs, les études sur l'hystérectomie, quel que soit leur référent, en attestent : les femmes châtrées subissent des bouleversements internes qui désorganisent assurément leur féminin érotique et maternel, mais ne les éradiquent pas. Le féminin privé de son représentant corporel (vagino-utérin), lieu d'investissement érogène de la libido génitale, trouve encore à s'exprimer.

Plusieurs fois au cours de cette présentation théorique nous avons retrouvé l'idée d'une capacité féminine correspondant à une malléabilité des limites, se traduisant par des possibilités propres au féminin (dans les deux sexes) d'ouverture, d'accueil, de passivité, mais également des capacités liées à l'anatomie spécifique du sexe féminin, à la fois externe et interne, à la fois érotique et maternel, imposant à la femme une gymnastique de ses investissements dont la configuration se module au gré de ses expériences. Ces expériences sont corporelles ; la maternité est une histoire de ressentis internes, la sexualité aussi. La psychosexualité féminine interroge sans cesse le moment et

la manière dont les organes internes sont érotisés. Au final, peu importe, tant que le déplacement est possible, tant que la distribution des investissements n'est pas figée. Nous avons vu que le fonctionnement psychique féminin est ainsi capable d'un refoulement transitoire du désir vaginal, le temps d'assumer ses fonctions maternelles. La théorie nous apprend que si la femme est plurielle, à l'image de son sexe, il ne s'agit pas d'une ubiquité mais de capacités de remaniements pulsionnels spécifiques, qui nous interpellent dans le cas du cancer gynécologique. Si la jouissance sexuelle s'écarte des organes génitaux féminin, ce que nous traduisons par un désinvestissement érotique du génital, pour laisser la place à ses autres fonctions, le même phénomène est-il à l'œuvre lors de la maladie pour laisser la place au soin ?

Toutefois, les ressources de la femme ne sont pas seulement libidinales. C'est ce que nous avons découvert en détaillant l'intérêt de Bela Grunberger pour le narcissisme féminin. Ainsi, la femme en autarcie narcissique a également les ressources nécessaires pour toujours retrouver l'intégrité narcissique dont elle a tant besoin. Elle se satisfait en s'appuyant autant sur des éléments en positif, comme la beauté, que sur des éléments en négatif, pour ensuite en faire une force narcissique par l'intermédiaire « d'une conduite anti-libidinale surmoïque ». Ainsi la femme a une malléabilité et des possibilités infinies dans ses investissements narcissiques qui fait sa force face à l'adversité. Nous pouvons alors penser que si l'objet pulsionnel narcissique est atteint et malmené par un événement traumatique tel que le cancer, la femme aura la potentialité d'un nouvel épanouissement du narcissisme par réinvestissement des pulsions.

Cependant, la complexité somato-psychique du sexe de la femme n'augure pas seulement des capacités positives de remaniements pulsionnel et narcissique. Les théories que nous avons soulevées, concernant les rapports étroits de localisation anatomique entre la zone génitale de la femme, la zone anale et la zone intestinale, soulignent les contaminations et les confusions possibles dans le psychisme. L'objet interne féminin est *secret, narcissique, précieux*, mais il renferme également une part de *déchet*, cette double constitution le plaçant toujours au cœur d'une problématique pur / impur, ravivée par la dialectique anal-génital. Quel est alors le devenir de ce féminin interne lorsque le temps de la maladie interroge l'intérieur abîmé, contaminé, dans une relation très proche et souvent confuse avec l'intestin ?

Hypothèse sur le devenir du féminin de la femme :

HO3 : Les mouvements d'investissements libidinaux à l'œuvre suite à l'effraction corporelle et psychique du cancer gynécologique bouleversent le féminin de la femme en convoquant ses potentialités passives, en affaiblissant le narcissisme et en modifiant ses rapports à la féminité.

Jusqu'à présent, notre cheminement théorique explore les avatars du couple réalité psychique / réalité anatomique. Autrement dit, toutes les théories qui partent du sexe de la femme pour concevoir sa psychosexualité : ses angoisses spécifiques, l'érotisme de son corps, sa distribution libidinale, sa pluralité féminine et maternelle, sa féminité qui cache et qui désire.

Notre tableau clinique interroge un second couple, et pas des moindres, puisqu'il s'agit de celui ultime qui trône dans les esprits, qui plus est, dans un service d'oncologie : celui de la vie et de la mort : l'incessant duel entre Éros et Thanatos. Mais la psychanalyse nous offre un concept pour prendre en compte sexualité et mort d'un même tenant, coexistants assurément dans la maladie grave, c'est le concept de pulsion et, plus encore, celui d'intrication et de désintrication. La seconde théorie des pulsions représente des « spéculations métaphysiques qui débordent l'intrapsychique, convoquent l'organique, abandonnent l'individu pour le sort de l'espèce et donc appellent à la réalité externe » (D. Ribas, 2002, p.1693). Autant de points nécessaires pour aborder le devenir de la sexualité féminine de patientes somatiquement malades.

Si S. Freud maintient jusqu'au bout de son œuvre sa vision dualiste des pulsions, il nous est essentiel d'aborder notre sujet du côté de l'intrication pulsionnelle pour étudier dans ce cadre les différentes solutions psychiques adoptées. L'intérêt pour les remaniements pulsionnels permet alors de se dégager des seules pulsions sexuelles à l'œuvre mais également d'une sidération sur ce sujet qui convoque probablement comme un écran la sexualité mais qui n'en est pourtant pas la simple finalité. Le cancer, quel qu'il soit, se situe bien entre Éros et Thanatos, entraînant intrications et désintrications pulsionnelles tout au long du parcours thérapeutique, imposant ses épreuves de réalité. Mais nous ne pouvons nous en tenir seulement à la dynamique des pulsions sexuelles, et encore moins uniquement à l'Éros. Ainsi, nous ajoutons, conjointement à l'accent porté au destin de libido, l'étude de la vie pulsionnelle, de ses états d'investissements et de ses mouvements d'intrication et de désintrication.

Nous nous sommes attachés dans ce travail à relever les expressions cliniques de la pulsion de mort. Pas la pulsion de mort néfaste, morbide, mortifère, aliénante, destructrice, que l'on a pourtant l'habitude de repérer, d'ailleurs seulement dans son étroite tenue par Éros, mais celle dont le travail déliant se met au service de la vie. Dans ce sens, la solution masochique offre la possibilité de se faire gardienne de vie lorsqu'elle permet d'accueillir et de lier en son sein le trop d'excitation.

Qui dit masochisme dit forcément soumission à un autre, le masochisme ne peut se lire autrement que dans son rapport à son opposé, le sadisme. Cette capacité peut parfois s'avérer bénéfique. Le masochisme érogène ne nuit pas à la femme et lui permet au contraire de se laisser (faire) posséder par l'objet sexuel, sans entrer justement dans la version perverse de la relation sadomasochiste, en contre-investissant donc le masochisme moral. Ce masochisme permet alors des *déliaisons non dangereuses* (J. Schaeffer) et le moi en sort grandi. Nous nous situons là aussi du côté d'une pulsion de mort salutaire dans sa fonction déliante, au sens des travaux de N. Zaltzman, ce masochisme est gardien de la jouissance féminine, nécessaire à un érotisme féminin et à la découverte de l'érogénéité du vagin (découverte réitérée à chaque pénétration) du côté de la jouissance sexuelle. Nos patientes sont-elles capables de ce masochisme ? Comment déchiffrer le trop, le pas assez, les provocations et les revendications de leurs sexualité ? Cette voie d'analyse chez nos patientes semble le meilleur reflet de ce qu'est leur féminin au moment où nous les rencontrons, c'est-à-dire que leur sexualité, et notamment leurs relations sexuelles et leur relation avec leur amant, est en parti le témoin de l'état de leur féminin ainsi que de leur capacité de recours à un masochisme érotique. Un voile est-il jeté à nouveau sur leurs organes sexuels internes, nous ramenant encore à l'hypothèse d'un désinvestissement du génital ?

Le cancer en général implique des contraintes de corps et d'esprit qui oblige à des stratégies masochistes coûteuses. Nous interrogeons trois voies aux tentatives défensives mises en place par les patientes : la voie anale, la voie masochique, l'une et l'autre compensent la déliaison à l'œuvre, la dernière voie est celle de la passivité. Nous reprenons les hypothèses de C. Chabert sur une passivité comme exigence du renoncement pulsionnel, gouvernant les situations extrêmes, résolues dans le mouvement de déliaison de la pulsion de mort qui vise à se détacher de l'objet (d'emprise). Ainsi, l'hypothèse d'une passivité gardienne de vie, relevée chez différents auteurs, nous est particulièrement précieuse pour traiter du cancer pelvien, car cette passivité entre dans le processus d'angoisse signal d'alarme pour y palier lorsque celui-ci ne fonctionne pas face aux angoisses d'effraction, de pénétration, d'intrusion : « quand l'appareil craque, un certain degré de passivité, c'est-à-dire une certaine capacité de désinvestissement peut atténuer la percée intrusive » (M. et J.

Cournut, 1993, p.1536). Ici il ne s'agirait pas de contre-investissement mais du désinvestissement qui fait table rase de toute chose, annihile les actions et les réactions pour investir (passivement) toutes les émotions qui affluent à l'appareil psychique en souffrance de refoulement. En regard de ce désinvestissement, l'énergie ainsi libérée servirait à investir le système perceptif, ouvrant au monde des sensations.

C'est donc toute l'ampleur du jeu pulsionnel qui nous questionne chez ces patientes pour comprendre les conduites psychiques mises en place dans des registres de fonctionnement singulier et leur caractéristiques communes, relatives à la situation de cancer gynécologique.

Ainsi cette dernière hypothèse s'orienterait-elle vers l'évolution des mouvements pulsionnels au cours de la maladie :

HO4 : L'impact des épreuves imposées par le cancer gynécologique se traduit par une spécificité du travail pulsionnel à l'œuvre dans la maladie grave.

6. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

6.1. DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE

6.1.1. Terrain et parcours réflexif

L'idée de ce travail de recherche découle de mon travail de psychologue clinicienne chercheur pour l'Institut National du Cancer, au sein d'un groupe de recherche pluridisciplinaire psycho-anthropo-épidémiologique. Ce premier travail exploratoire et descriptif de grande envergure, concernant la population des femmes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien en milieu hospitalier et en CLCC³³⁵, faisait émerger des questionnements en résonance avec mon orientation psychanalytique et laissait en suspens une investigation plus approfondie des processus psychiques et de la dynamique en jeu dans les symptomatologies et les problématiques observées. À partir de quelques patientes, issues du terrain de cette recherche hospitalière, j'ai donc mené une recherche personnelle avec l'accord et le soutien de l'équipe.

Mes inclusions se sont déroulées sur deux de mes lieux de travail, un CHU et un institut privé de soins et de recherche sur le cancer. Les patientes qui ont été incluses pour ma thèse sont des patientes reçues, au départ, pour être incluses dans un protocole de recherche INCA, autrement dit, elles font partie de l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien prises en charge en 2010 et 2011 dans les centres d'inclusion choisis, et qui ont accepté de participer également à mes recherches personnelles dans le cadre du doctorat.

6.1.2. Population

En France, les cancers gynécologiques pelviens touchent plus fréquemment des femmes de plus de 50 ans (plus exactement de 64 ans en moyenne pour le cancer du col de l'utérus, 76 ans pour le corps de l'utérus et 73 ans pour le cancer de l'ovaire). L'âge des patientes incluses dans l'étude va de 28 à 65 ans, se groupant autour de 55 ans. Elles ont été recrutées aléatoirement en fonction de leur arrivée dans les centres d'inclusion. Elles font donc partie de la population tout venant des femmes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien. Néanmoins, j'ai imposé deux critères d'inclusion spécifiques à ce travail : aucun suivi psychiatrique et le premier entretien devait se dérouler avant tout impact médical sur le corps.

Ces femmes sont toutes en couple. Seules Danielle et Juliette n'ont pas d'enfant, la première est

³³⁵ Centres de Lutte Contre le Cancer

jeune et exprime le désir d'en avoir, la seconde est à l'âge de la ménopause, homosexuelle et n'en a jamais désiré. Six sont atteintes d'un cancer du corps ou du col de l'utérus et deux d'un cancer de l'ovaire. Toutes seront, à terme, traitées par hystérectomie ou ovariectomie. Plus de la moitié auront une séance de curiethérapie pour clôturer leurs traitements.

Les patientes de l'étude ne représentent pas un groupe homogène quant à leur âge et donc quant à la ménopause. Ainsi, six femmes sont déjà ménopausées avant l'étude, pour les deux autres, l'une le deviendra après les traitements, l'autre n'aura qu'une disparition des règles. La ménopause est la conséquence de l'arrêt de l'activité ovarienne (cessation de l'ovulation et de la sécrétion hormonale d'œstrogènes et de progestérone) qui entraîne une aménorrhée définitive accompagnée de symptômes différents selon la femme (syndrome climatérique : bouffées de chaleur, insomnie, prise de poids, etc.) et bien sûr la fin des possibilités de procréation. La ménopause prématurée est induite chez nos patientes par l'ovariectomie (ablation des ovaires), ou un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie. En revanche, l'hystérectomie (l'ablation seule de l'utérus) ne suffit pas à provoquer une ménopause (car les ovaires continuent à produire des œstrogènes), mais fait cesser les règles : il s'agit donc d'une aménorrhée seule, secondaire, sans symptômes associés. Dans ce cas, la femme garde la possibilité d'enfanter par *fécondation in vitro*, mais pas de porter la grossesse. En cas d'ablation du col utérin, la femme garde la possibilité d'une insémination artificielle, ce qui sera le cas pour une de nos patientes.

En accord avec le CPP³³⁶ de la recherche FECAPSE dont mes travaux sont le prolongement, nous avons recueilli un consentement oral pour réaliser entretiens et tests. Les patientes reçues ont donc accepté de participer à mes recherches personnelles dans le cadre du doctorat.

6.1.3. Protocole

J'ai proposé aux patientes mon protocole à trois temps de leur parcours thérapeutique, que nous désignerons respectivement T1, T2 et T3 pour faciliter les explications :

– T1 : Un entretien clinique de recherche et un TAT, entre l'annonce et les traitements, autrement dit, avant tout impact chirurgical sur le corps. Ce premier temps se déroule souvent dans la chambre d'hospitalisation, la veille de l'intervention. Ce contexte particulier était difficilement contournable pour des raisons pratiques de mise en place du protocole, nous obligeant à réfléchir sur l'état de détresse des patientes au moment de notre rencontre et à adapter le protocole aux contraintes

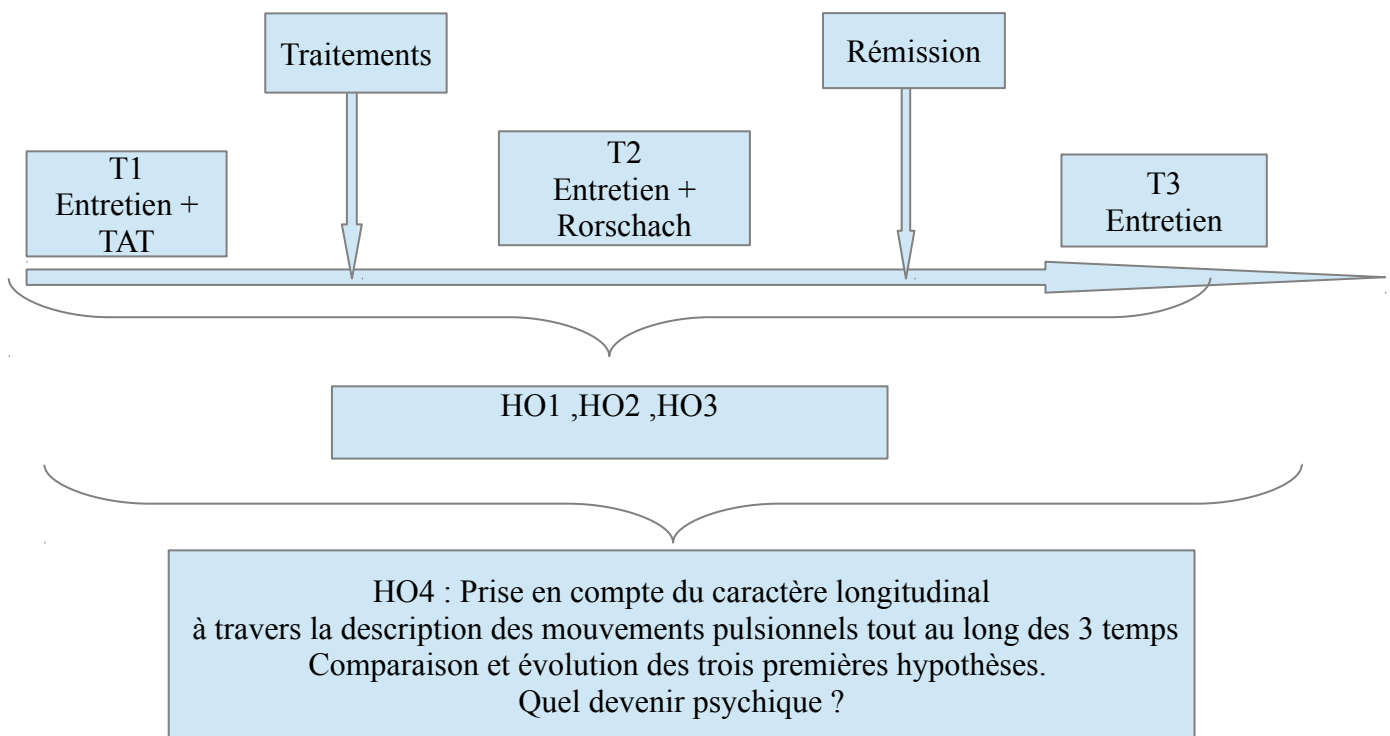
³³⁶ Comité de Protection des Personnes

institutionnelles.

– T2 : Un second entretien clinique de recherche et un Rorschach, se déroulant environ trois mois après le début des traitements (l'intervalle de temps proposé entre T1 et T2 répond à la fois à la disponibilité des patientes, à leur possibilité physique de répondre à un protocole de recherche en fonction de leurs traitements et à un temps leur permettant de « s'habituer » a minima aux rythmes et à l'intensité des traitements, l'idée étant de se dégager, si possible, de la sidération des débuts).

– T3 : Un long entretien clinique de recherche, à partir de trois mois après la fin des traitements curatifs, ce qui correspond à 3 à 6 mois après la fin des traitements, donc entre 9 mois et un an après T1, c'est-à-dire lors des rendez-vous médicaux de suivi suite à la rémission.

L'étude longitudinale a donc 3 temps, représentés ainsi sur un axe chronologique³³⁷ :



Chaque hypothèse sera interrogée à chacun des temps de l'étude, permettant de faire un état des lieux psychiques, au temps et dans le contexte « T » des passations : annonce de la maladie : T1 ; traitements en cours : T2 ; travail de rémission : T3, et ce, grâce au choix des projectifs et à leur ordre de passation, interrogeant plus spécifiquement certaines modalités des hypothèses (le TAT face à l'annonce ; le Rorschach face aux traitements). La dernière hypothèse mettra en lumière

³³⁷ L'abréviation HO signifie Hypothèse Opérationnelle.

l'évolution psychique et les mouvements pulsionnels des patientes sur l'ensemble du parcours thérapeutique à travers la mise en perspective des trois premières hypothèses dans une optique longitudinale.

Les hypothèses exposées précédemment serviront à dégager des tendances communes et des modalités singulières de fonctionnement psychique, inhérentes à la situation du cancer gynécologique. L'intention, dans cette étude, est de garder un caractère exploratoire, laissant la possibilité de relever des processus psychiques attestant de l'effraction du cancer gynécologique, au-delà ou en dehors des questionnements et des hypothèses faites au départ sur le sujet. Néanmoins, nous espérons être en mesure de mettre en évidence à travers la clinique projective et les entretiens des constantes caractéristiques de cette population.

Au final, l'ensemble des résultats ainsi obtenus sera comparé aux résultats d'une étude projective réalisée en 1993 par Rosine Debray, Dody Bensaïd-Mrejen, Monika Boekholt, Catherine Chabert et Michèle Emmanuelli³³⁸, concernant trente femmes, population tout venant d'une consultation gynécologique, qui jouera dans ma recherche le rôle de « groupe témoin », afin de mettre en avant les singularités psychiques inhérentes à la situation de cancer pelvien et de ses traitements.

Si la méthodologie en trois temps avait au départ l'ambition de cerner l'effraction corporelle des traitements, elle répondait à une hypothèse concernant le traumatisme qui a évolué au cours de ce travail. Certes, l'effraction corporelle nous semble toujours importante dans cette situation, mais il nous semble à présent difficile de la dégager complètement d'autres traumatismes psychiques et de leur accumulation propre à la maladie grave. Néanmoins, notre méthodologie aura probablement le mérite de pouvoir justement cerner l'évolution des conduites psychiques mises en place pour répondre à l'évolution de la situation exogène. Bien que nous ne soyons plus seulement intéressés par l'effraction corporelle, nous continuons de penser que la singularité de cette maladie sexuelle, et notamment, de la castration effective qu'elle engendre, déclenchera une réaction psychique faite de modalités toutes aussi singulières.

³³⁸ DEBRAY R. BENSAÏD-MREJEN D. BOEKHOLT M. CHABERT C. EMMANUELLI M. **Modalités de fonctionnement psychique et expression gynécologique chez trente jeunes femmes.** *Revue française de psychosomatique*, n° 4, 1993, p. 165-184.

EMMANUELLI M., BOEKHOLT, M. **Du corps à la pensée : empreintes du maternel.** *Psychologie Clinique et Projective*, vol 1-1, 1995.

6.2. PRÉSENTATION DES OUTILS ET DE LEUR OPÉRATIONNALISATION

6.2.1. Entretien clinique de recherche

Nous choisissons de proposer aux femmes participant à l'étude trois entretiens cliniques de recherche. Cette pratique se réfère à *l'entretien non directif de recherche*, inscrit dans le courant de l'approche clinique qui se distingue du courant biographique ou expérimental. Nous utilisons donc les techniques propres à la situation clinique en évitant d'inférer sur le discours du sujet tout en essayant de recueillir les informations nécessaires.

L'entretien non directif de recherche doit être conçu comme une situation duelle, dite de face à face. L'objectif est de favoriser la production d'un discours sur un thème défini dans le cadre d'une recherche. Il s'agit donc de recueillir une information, non de la traiter à des fins thérapeutiques.

Néanmoins, la non directivité nous semble discutable dans le cadre de la recherche et nous pousse à utiliser le terme d'entretien clinique de recherche. Bien que la méthode et la volonté du chercheur soit en effet de prendre garde à ne pas guider le sujet vers la validation de ses hypothèses, la question de départ et les intentions de recherche balisent l'écoute et influent sur les mouvements transférentiels. L'écoute n'est pas tout à fait neutre puisqu'elle sélectionne et construit les éléments de l'entretien en fonction du modèle théorique et des hypothèses de recherche (L. Fernandez et M. Catteuw, 2001)³³⁹.

L'entretien débute par une question posée par le clinicien en lien avec le cadre de sa recherche. Dans notre contexte, la question prévue était : « pouvez-vous me parler de ce que vous vivez en ce moment ? », une question ouverte qui permet au sujet de démarrer son roman de la maladie là où il le souhaite, sachant que la description de la recherche donnée juste avant orientait déjà sur la sexualité : « une recherche sur la sexualité des femmes atteintes d'une pathologie cancéreuse gynécologique ». Nous disons « prévue » car, lors de ce premier temps et premier jour d'hospitalisation, les patientes sont souvent en grande détresse, avec une demande de dialogue que l'équipe de soins ne peut pas prendre en charge. Ma venue est donc régulièrement accueillie avec soulagement, autant par les soignants que par la patiente. Le cadre de recherche, et non thérapeutique, que je m'applique à redimensionner à chaque fois, en proposant à ce moment-là de

³³⁹ FERNANDEZ L. CATTEEUW M. PEDINIELLI JL. (dir.). **La recherche en psychologie clinique**. Paris : Ed. Nathan université, coll. Fac. Psychologie, 2001.

participer à l'étude, n'en semble que plus arrangeant pour la patiente, puisqu'il préserve son ambivalence en lui donnant accès au psychologue sans avoir eu à reconnaître sa propre demande. Je suis d'ailleurs toujours surprise par la manière prolixe dont les patientes se saisissent du thème de la recherche sur la sexualité, ainsi que la facilité avec laquelle ma démarche est acceptée, puisque je n'ai essuyé aucun refus pour cette recherche. La question de départ est donc régulièrement shuntée puisque les patientes se saisissent de la présentation de l'étude pour parler d'elles.

Pour l'analyse de l'entretien, nous proposons une grille thématique, élaborée à partir des hypothèses et regroupant les questionnements énoncés dans la problématique. Les exemples de ce qui pourra être relevé à l'intérieur de chaque thématique ne sont ni exhaustifs ni immuables ; ils sont simplement indicateurs du mouvement donné à la recherche au cours de l'analyse :

HO1 : Réactualisation et traitement de l'angoisse

- Angoisses actuelles (directement liées à la situation vécue) et angoisses fondamentales (liées à l'organisation psychique inhérente au complexe de castration)
- Émergence en processus primaires (potentialité psychotique)
- Références à l'intériorité corporelle
- Roman de la maladie

HO2 : Érotisme corporel et représentations du corps

- Mouvement libidinaux / régression / fixation
- Sensation / sensorialité / sensualité
- Sexualité génitale (expression de la sexualité)
- Figuration du corps
- Clivage corporel

HO3 : Traitement du féminin et identité féminine

- Identifications sexuelles / féminines
- Masochisme (moral / érogène / féminin)
- Passivité
- Féminité (incurie)
- Ménopause (pulsion érotique)
- Devenir de la pudeur

- Maternité

HO4 : Remaniements, issues et traumatisme

- Trauma et traumatisme (épreuve de réalité, réalité psychique, temporalité psychique, sidération et clivage)
- Mouvements d'intrication / désintrication pulsionnelle
- Travail de la maladie

6.2.2. Les projectifs

6.2.2.1. Pertinence des épreuves projectives en clinique médicale et chirurgicale

Les passations de cette étude se font dans le contexte particulier de la maladie grave et pour ainsi dire chronique. Les patientes sont atteintes, touchées concrètement dans leur chair, blessées dans leurs sensations internes et dans leurs perceptions par les traitements qui laissent leurs empreintes, leurs marques. Soumises à ces événements de la réalité dans un cadre tenu par l'urgence vitale et la priorité des soins physiques, interpeller la pensée et laisser une place à une demande psychique est difficile et peut même surprendre les patientes, être plus encore sidérant que l'effervescence somatique elle-même, dans laquelle elle sont prises, qui les emporte, les traîne, les entraîne, les bouscule... Bref, leur quotidien est une pensée annulée, remplacée par un roulement en marche vers la guérison, dans lequel elle n'ont plus aucune emprise. Dans cette atmosphère, l'événement nouveau et même incongru qui vient faire intrusion par sa proposition à penser, c'est la rencontre clinique et la projection demandée. Réfléchir, là, hic et nunc, à ce qui leur arrive, leur demande un effort d'extraction, qu'elles accomplissent avec peine, « pour la recherche », alors qu'elles (se) le refusent souvent dans la démarche clinique des psychologues des institutions. Finalement, elles se saisissent de l'injonction qu'amènent les besoins de la recherche, présentée comme la possibilité d'améliorer, à terme, les prises en charge, mais aussi les incluant dans un groupe de patientes atteintes d'un cancer gynécologique. Cette cohésion les rassure, elle ne sollicite pas les limites du sujet mais, au contraire, préserve une fusion identitaire qui rappelle les protocoles médicaux, les traitements³⁴⁰, qui étaye l'appartenance à un groupe réel, existant, pris dans la loi du mouvement³⁴¹ ; elles sont emportées par la foule, et c'est confortable pour le moment.

³⁴⁰ Pour l'exemple, rappelons que les séances de chimiothérapie se déroulent en groupe

³⁴¹ ARENDT H. **Le Système totalitaire**. Paris : Le Seuil, 1972.

C'est ici, dans ce magma en constante effervescence qui accompagne l'identité de patiente en oncologie que nous justifions l'emploi des projectifs, permettant de faire parler leur singularité, leurs représentations, leurs éprouvés, tout ce qui ne trouve plus sa place et qui est rendu difficilement supportable par l'épreuve. Les projectifs favorisent « la découverte de manifestations éventuellement trop discrètes pour être saisies » (C. Chabert, 1997)³⁴², notamment dans le contexte restrictif et opératoire des sujets en proie à une décompensation somatique grave³⁴³.

Cependant, si la passation s'insère dans la faille, elle peut à son tour être intrusive et, en convoquant la pensée, malmener les processus défensifs à l'œuvre qui permettent d'endurer ce qui leur arrive. Les précautions que doit prendre le clinicien sont alors indispensables. Sa place est délicate, presque paradoxale, entre faire émerger la pensée et préserver les mécanismes à l'œuvre dans la défense contre le cadre de maladie pour ne pas, à son tour, faire effraction.

Au-delà de ce contexte clinique particulier, le matériel, en lui-même, résonne avec les problématiques de ces femmes. Rorschach et TAT convoquent le corps. Nous ne reprenons pas les caractéristiques de ces tests, décrits par ailleurs dans ce travail. Retenons simplement que le Rorschach sollicite la capacité d'unité et de limites corporelles. De plus, le rouge des planches peut facilement faire écho aux problématiques actuelles de ces femmes, soumises aux investigations médicales, à la chirurgie d'ablation, à la stérilité et à la ménopause provoquée, autant de coupures prématurées du fil rouge du sang de la femme. Pour ces patientes somatiques, le TAT a tendance à renvoyer, lui aussi à sa manière, au corps, à travers celui des personnages « miroir ou négatif de leur état et préoccupations actuelles » (M-C. Pheulpin, 2013, p.45)³⁴⁴, permettant d'appréhender l'impact de celles-ci et la manière dont elles sont gérées (thème du médecin qui sauve une malade, opposition entre corps sain et malade à travers les procédés CN-2). Rorschach et TAT nous désignent à leur manière les éléments de l'actuel en lien avec la situation vécue et donc les différents temps de la recherche: « une photographie du fonctionnement psychique dans un espace temps limité » (C. Chabert, 1997, p.12).

A contrario du questionnaire, qui permet, à un niveau immédiat, de contribuer au diagnostic psychopathologique et de décrire en termes statistiques le fonctionnement individuel, le test projectif situe un deuxième niveau, centré sur la dynamique individuelle interne et sur la

³⁴² CHABERT C. **La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach**. Paris : Dunod, 1997.

³⁴³ DEBRAY R. **Abords psychothérapique des troubles somatiques**. In : *Revue française de psychanalyse* 1984, n°29-2:145-150.

³⁴⁴ PHEULPIN, MC. **Clinique projective et corps en souffrance**. In : *Le carnet psy*, n° 170, 2013, p. 44-47.

problématique profonde du sujet. Les tests projectifs permettent d'objectiver les mécanismes de défense et les solutions adaptatives ainsi que leur maniement spécifique par le sujet dans l'actuel. Dans notre recherche, qui met en perspective la castration réelle et la castration psychique, autrement dit les traumatismes organiques qui questionnent le traumatisme psychique, cette actualisation sert notre démarche. D'ailleurs, nous trouvons notre intérêt à l'utilisation des épreuves projectives dans ce qu'elles appréhendent de structural, mais également de l'habituel et de l'actuel, permettant, comme le dit R. Debray (1997)³⁴⁵, de déterminer la régression et le fonctionnement secondaire à la désorganisation somatique. Néanmoins, « dans ce contexte, le risque d'une effraction traumatique, d'un débordement par l'angoisse dont peuvent notamment témoigner des réponses anatomiques désorganisées, morbides, ou encore la sidération du fonctionnement psychique, est accru » (M-C. Pheulpin, 2013, p.45).

« Les épreuves projectives se prêtent tout particulièrement à l'étude de la temporalité psychique et à ses diverses traductions dans la clinique et dans la psychopathologie » (C. Azoulay, 2013, p. 37)³⁴⁶. Entendons, à travers cette citation de Catherine Azoulay, la possibilité de rendre compte, au TAT, du traumatisme comme forme psychopathologique de l'expérience du temps dans la psyché, définition que nous nous sommes appliquée précédemment à référencer à la maladie somatique (cf. chapitre traitant du traumatisme). Toute une clinique projective, relativement récente (C. Azoulay, 2013 ; M-C. Pheulpin, 2013 ; P. Roman³⁴⁷, 2006), s'intéresse à la temporalité psychique et relève des indices permettant d'établir la temporalité psychique d'un sujet dans ses rapports avec la réalité du temps qui s'écoule et donc dans sa gestion temporelle de l'épreuve de réalité. Il est intéressant de relever les indices dégagés par ces études qui allient une clinique du traumatisme chez des patients somatiques et une méthodologie projective. Si nous retrouvons plus facilement des études projectives ciblant le féminin, celles ciblant les conséquences psychiques de la maladie somatique sont plus rares et méritent d'être soulignées pour inscrire notre recherche dans leur continuité. M.C. Pheulpin (2011³⁴⁸, 2013) questionne par exemple la temporalité à l'entretien et aux projectifs comme une dimension inhérente au traumatisme dans la pathologie somatique. P. Roman³⁴⁹ tente d'articuler projection, temporalité et traumatisme. Il interroge le traumatisme et son traitement à travers la prise en compte du « travail du temps » aux projectifs. Il préconise alors de porter une

³⁴⁵ DEBRAY R. TAT et économie psychosomatique : un bilan actuel. *Psychologie clinique et projective*, n° 3, 1997, p. 19-37.

³⁴⁶ AZOULAY, C. Temporalité psychique et psychologie projective. *Le Carnet PSY*, n° 169, 2013/2, p.34-37.

³⁴⁷ ROMAN, P. *Les épreuves projectives dans l'examen psychologique*. Paris : Ed. Dunod, coll. Les Topos, 2006.

³⁴⁸ PHEULPIN, MC., BRUGUIERE, P., BENFREDJ-COUDOUNARI, K. **Les épreuves projectives, un creuset de réorganisation psychique ? Quand la clinique du traumatisme crânien léger questionne le traumatisme psychique.** *Psychologie clinique et projective*, n° 17, 2011/1, p. 221-249.

³⁴⁹ ROMAN, P. op. cit. 2006.

attention particulière à l'engagement subjectif dans les récits et à leur structuration ainsi qu'à tout autre indicateur relevant d'une modalité spécifique d'investissement de la temporalité dans une clinique marquée par le traumatisme qui seront autant de manifestations projectives de l'expression du travail du temps. Bien que certains travaux s'intéressent aux indicateurs temporels du Rorschach, notons que la structure même du TAT est plus apte à solliciter la temporalité à travers la mise en histoire et les représentations de relations.

Les épreuves projectives apprécient l'armature immuable de la structure psychique et sont également sensibles aux aspects actuels de ce que vit le patient. Elles déterminent le poids de l'événement, c'est-à-dire un élément de la réalité externe qui fait effraction comme une maladie ou un choc traumatique, sur le fonctionnement psychique³⁵⁰. Ainsi, partant de la distinction acquise entre l'invariabilité de la structure et les mouvements inhérents aux retentissements d'un événement actuel sur l'organisation psychosomatique, notre analyse clinique et projective se décline en deux temps. En nous inscrivant dans les considérations actuelles, selon lesquelles les structures psychopathologiques (névrose, psychose, état limites) ne peuvent être modifiées sous l'égide d'événements réels, notre étude vise à mettre en exergue les similarités de fonctionnement psychique, c'est-à-dire les éléments stables propres à la structure psychique. Si de tels éléments n'inventent pas une structure psychique, en revanche, la portée de l'impact de l'élément extérieur nous amène à nuancer notre propos quant à son influence sur l'angoisse et la relation d'objet. Il nous paraît impossible d'affirmer qu'une perte douloureuse ou un état de choc ne résonne pas sur le fonctionnement psychique d'une manière particulière en réactivant ou en exacerbant les réactions d'un sujet : « sans créer de toutes pièces, ex nihilo, une nouvelle structure psychopathologique, on ne peut pourtant pas affirmer sans autre vérification, que rien de ce qui se passe dans l'ici et le maintenant n'accuse, ou au contraire n'efface, certains aspects du fonctionnement psychique plus habituel » (M. Baudin, 2008).

Par conséquent, il s'agit d'appréhender les remaniements psychiques, c'est-à-dire les modalités de traitement de l'événement actuel, en termes d'aménagements défensifs et de contre-investissements, et d'examiner l'évolution des représentations et la progression des affects en fonction de l'état psychique et du contexte présent.

6.2.2.2. Justification de l'utilisation des projectifs aux différents temps de la recherche

Le Rorschach est structural, il est une coupe représentative du système de la personnalité et de

³⁵⁰ BAUDIN, M. **Clinique projective : Rorschach et TAT**. Paris : Ed. Hermann, 2008.

l'équilibre du sujet. Le TAT est thématique et révèle les contenus significatifs d'une personnalité, la nature des conflits et les désirs fondamentaux ; le sujet peut y projeter ce qu'il croit être, ce qu'il voudrait être, ce qu'il refuse d'être. Notons d'ores et déjà que le Rorschach est sous-tendu par l'appel au corps. La construction symétrique de chaque planche autour d'un axe médian favorise l'induction du schéma corporel et justifie son utilisation dans cette recherche. Les planches compactes favorisent une représentation de soi unitaire tandis que d'autres, dépourvues de repères, peuvent conduire à l'apparition d'angoisses d'anéantissement.

Il ne fallait pas perdre de vue que les modalités de passation demandait une mobilisation des ressources conséquente pour le sujet. Or, les patientes ont peu de temps à accorder à la recherche. Nous sommes sans cesse dérangées par les soins, les conditions de passation s'inscrivent dans un lieu dédié aux soins médicaux d'urgence, c'est-à-dire soins vitaux. Le temps est précieux, spécifique, imprévisible. Les patientes viennent de loin pour se faire soigner dans les instituts spécialisés et je ne peux les rencontrer que lorsqu'elle viennent pour une hospitalisation, un soin (IRM, scanner, biopsie, radiothérapie, chimiothérapie...), une consultation ou un suivi donc toujours « entre-deux », un entre-deux dépendant des horaires : avancés, décalés, changés ,et des transports, les ambulanciers ayant, eux aussi, leurs exigences, surtout lorsque la rencontre n'est pas prise en charge par la sécurité sociale : alors rien ne les oblige à s'y adapter. Le parcours thérapeutique de ces patientes est très lourd, également, dans le sens de la fatigue et elles ne sont pas toujours disponibles psychologiquement, ou alors pas longtemps. Il me faudra prendre en compte tous ces paramètres pour réfléchir mes propositions de recherche et la mise en place d'un protocole réalisable dans ce contexte. Ces conditions impliquent plusieurs choses : des temps de rencontre courts qui ne permettent pas la passation de tous les projectifs en une fois, l'impossibilité de rencontrer les patientes ailleurs qu'en hospitalisation pour le T1 (car c'est souvent la seconde fois qu'elle viennent à l'institut, la première fois correspondant à la consultation d'annonce avec le chirurgien), un T3 très difficile à réaliser car le suivi se fait dans l'hôpital près de leur lieu de vie ; les traitements n'ont parfois de fin qu'en devenant palliatifs. Dans les cas les plus heureux, les suivis de la rémission sont espacés de plusieurs mois, ne permettant pas toujours de respecter le temps imparti par mon travail universitaire.

Ainsi, l'adaptation à la réalité du cadre nous a donc conduit à instaurer le temps T1 de l'étude en hospitalisation, au pied du lit de la patiente.

Pourquoi le Rorschach au T2 ?

Il est d'usage de proposer le Rorschach dans un premier temps, afin que les réponses ne soient pas parasitées par la mise en scène figurative des planches du TAT, mais également pour que le TAT puisse apporter un support figuratif suite aux régressions importantes sollicitées par le Rorschach³⁵¹. Rappelons que ce second temps est celui qui nous permet d'investiguer, entre autres, les conséquences de l'atteinte corporelle dues aux traitements du cancer gynécologique, et notamment l'hystérectomie, venues s'ajouter à la maladie en elle-même. Ce second temps est donc essentiel pour relever les différents registres de figuration du corps. Nous choisissons donc le Rorschach pour ses qualités propres, permettant de relever au mieux les différentes modalités de figuration du corps. Le Rorschach, « par son appel à la symétrie, par la variété des sollicitations sensorielles et par sa dimension bilatérale, appelle à la projection du corps dans les registres narcissique et objectal. C'est à l'occasion de cette épreuve que se trouvent majoritairement rassemblées des réponses corporelles et/ou sexuelles, directes ou symbolisées » (M. Emmanuelli, 1995, p. 30)³⁵².

Pourquoi le TAT au T1 ?

La passation au temps 1 se fait, pour la quasi totalité des cas, en chambre d'hospitalisation, et, pour toutes les patientes, avec un délai très court avant la première intervention, signant le début des traitements, et, avec eux, l'inscription de la maladie dans la réalité du corps. Il nous a semblé, face à ces premières rencontres, plus judicieux de proposer le TAT, offrant un support projectif moins désorganisant pour ces femmes hospitalisées, très anxieuses et très fragiles, rattrapées par l'épreuve de réalité des traitements. Le TAT apporte des repères plus familiers à la patiente comparé à l'épreuve relativement déroutante du Rorschach. « En imposant au sujet la perception d' « éléments du décor », mais surtout de personnages, il fournit une forme d'enveloppe perceptive propice au rassemblement identitaire, à la centration narcissique pouvant laisser place aux éprouvés » (M-C. Pheulpin, 2013, p.45). Lors du T2, ces femmes sont comme inscrites (depuis 3 mois) dans la « routine » des traitements qui se répètent, elles ont maîtrisé les lieux et ne sont plus sans expérience, elles se présentent moins bouleversées, moins inquiètes, en apparence plus disponibles psychologiquement.

³⁵¹ BRELET-FOULARD, F. (dir.), CHABERT, C. (dir.). **Nouveau manuel du TAT : Approche psychanalytique**. Paris : Ed. Dunod, coll. Psycho sup, 2005.

³⁵² EMMANUELLI, M., BOEKHOLT, M. **Du corps à la pensée : empreintes du maternel**. *Psychologie Clinique et Projective*, vol 1-1, 1995.

6.2.2.3. Le Test du Rorschach et son lien avec les hypothèses

Le matériel de test se présente sous la forme de dix planches numérotées. Il existe plusieurs façons de regrouper les planches. On peut les différencier en fonction de leur forme compacte (unitaire), bilatérale ou à mi-chemin entre les deux, ou de leur couleurs: noires, rouges, grises ou pastel, ou encore en fonction de leur sollicitations latentes.

Nous présentons la symbolique des planches à partir essentiellement des travaux de Catherine Chabert³⁵³, tout en dégagant d'ores et déjà le lien entre les sollicitations de chaque planche et l'attente qui est la nôtre par rapport aux productions des sujets eu égard aux hypothèses opérationnelles :

HO1 : réactualisation et traitement de l'angoisse

HO2 : érotisme corporel et représentations du corps

HO3 : traitement du féminin et identité féminine

HO4 : remaniements, issues et traumatisme

Les planches **1,4,5,6** sont compactes, ou unitaires, et renvoient préférentiellement à une problématique identitaire, à l'image de corps, à l'intégrité du moi. Nous y interrogerons principalement les représentations de l'image du corps et la constitution de l'identité à travers leur organisation possible autour d'un axe (**HO2++ ; HO3**).

les planches **2, 3 et 7** sont à configuration bilatérales, renvoyant plutôt à des problématiques objectales, de relation, incitant la projection de relations internes. Nous y interrogerons, non seulement la question de la perte et de son actualisation, mais également les questions identitaires et identificatoires (relation spéculaire, inter subjectivité...) (**HO3++ ; HO1**).

Les planches **8, 9 et 10**, à mi-chemin, combinent les deux.

L'autre mode de regroupement thématique des planches se fait par leur couleur.

Les planches noires, **1, 4 et 5** renvoient à l'inquiétude et l'angoisse, tout comme le blanc et le gris peuvent également solliciter ces sentiments. Nous interrogerons alors l'angoisse liée au noir en tant qu'elle renvoie à la dépression d'objet et au blanc correspondant à la dépression narcissique. Nous

³⁵³ CHABERT C. In Op. Cit., p. 53 à 61.

ANZIEU D. CHABERT C. (1961). **Les méthodes projectives**. Paris : Quadrige, 2005.

aurons une attention particulière concernant l'inquiétude, afin de relever dans le protocole un possible sentiment d'inquiétante étrangeté naissant. Le blanc est également associé à des thèmes de carence ou de « trou » que nous pourrions mettre en lien avec l'effraction corporelle et les angoisses spécifiques du féminin **(HO1)**.

Les planches rouges, **2 et 3**, réactivent des mouvements pulsionnels sexuel et agressif et sollicitent les représentations du corps. À ces planches, il est possible de repérer l'éclatement, le morcellement, la faille corporelle fondamentale³⁵⁴. Soit la couleur rouge peut augmenter le vécu d'effraction dans le corps, ce dernier étant repérable au travers de réponses crues (« du sang, un estomac... »)³⁵⁵, soit la représentation du corps est entière **(HO2)**.

Les planches grises, **6 et 7**, convoquent également des angoisses, mais plus diffuses, retenues par les contrastes atténués de la planche ; les nuances de gris peuvent s'associer facilement à l'estompement **(HO1)**. Les planches grises rappellent également les limites et les enveloppes corporelles, permettant d'interroger la perméabilité des enveloppes corporelles et l'intégrité corporelle interne / psychique **(HO2)**.

Les planches pastel, **8, 9, 10**, induisent l'affect et représentent une surface d'échange, d'ouverture avec l'autre et l'environnement. Elles sont donc potentiellement plus difficiles à traiter et à élaborer dans une représentation unifiée, nous permettant d'interroger la question de l'effraction provoquée par les traitements, recoupant de façon transversale les hypothèses opérationnelles, d'un point de vue corporel, concernant une possible désorganisation du schéma corporel, sous-tendue, entre autres, par des angoisses (temporaires, actuelles) de morcellement **(HO2)**, relevant également d'angoisse (structurante du féminin) d'intrusion, de pénétration, de destruction **(HO1)**, enfin mettant à l'épreuve l'identité à travers le sentiment de continuité **(HO3)** (on pensera ici aux défenses psychotiques pour lutter contre l'effraction de la maladie grave / des traitements).

La planche I situe le sujet face au test et témoigne du mode d'adaptation et de défense dans la prise de contact avec l'épreuve et le clinicien. Par ailleurs, elle fait référence à un registre très précoce de modes relationnels (la rencontre avec l'inconnu met le sujet face au premier objet, l'objet maternel). Sa référence au corps humain ainsi que ses caractéristiques manifestes offrent une double mobilisation : narcissique (image du corps propre, représentation de soi) et objectale (relation à l'image maternelle). Face à la stimulation des capacités d'unification, l'image du corps peut, soit être intégrée correctement, comme un ensemble, soit être défailante et parcellaire, désignant alors de

³⁵⁴ CHABERT, C. (1983) **Le Rorschach en clinique adulte**. Paris : Ed. Dunod, 1997.

³⁵⁵ CHABERT C. op. cit. 1997, p 62.

probables atteintes narcissiques **(HO2)**.

La planche II, de par ses caractéristiques manifestes (bilatéralité et trichromatisme), met en branle la sensibilité affective et émotive du sujet. Le contenu, et notamment la lacune centrale, renvoie à des représentations de la castration **(HO3)**. Les références féminines y sont fréquentes (règles, gestation, naissance, fantasmes sexuels...), mais cette planche possède tout de même un caractère bisexué. Pour C. Chabert, les investissements pulsionnels sont ici fortement mobilisés, soit dans leur valence agressive, soit dans leur valence libidinale, ces mouvements pulsionnels permettant de déterminer la nature de l'angoisse **(HO1)** ainsi que la capacité du sujet à gérer le conflit et à surmonter l'angoisse **(HO1)**.

La planche III comporte une bisexualité manifeste et la problématique d'identification sexuelle y est patente **(HO3)**.

La planche IV est à symbolisme phallique, sans préjuger pour autant du caractère masculin ou féminin de cette référence. Elle rend compte ainsi des positions prises vis-à-vis des images de puissance. En cela, elle est une planche surmoïque, planche de l'autorité. Elle permet également de déterminer le pôle de l'identification sexuelle mobilisé par le sujet **(HO3 ; question de la passivité en rapport à l'autorité)**. Relevant, selon le mode d'investissement de la représentation du corps à travers les images de puissance, des questions de la féminité (investissement corporel phallique par identification à des personnages actifs) ou de la passivité et réceptivité (tapis, descente de lit...) **(HO3)**.

La planche V est celle de l'adaptation à la réalité ainsi que de l'identité et de la représentation de soi. Elle représente par là « *l'interdépendance étroite qui soude la représentation de soi et le rapport aux objets externes* »³⁵⁶. Elle est sensible à toute vulnérabilité narcissique ou identitaire et met à l'épreuve l'intégrité corporelle **(HO2)**.

La planche VI est considérée comme porteuse de symbolisme sexuel. Elle est caractérisée par la bisexualité. Elle permet d'observer des images sexuelles féminines de l'ordre de la passivité et de la réceptivité **(HO3)**. Cette planche sollicite, de la part du sujet, un choix identificatoire et met à l'épreuve la capacité d'acceptation de la bisexualité.

³⁵⁶ CHABERT C. op. cit. 1997, p. 52

La planche VII est à résonance essentiellement maternelle, justifiée par sa configuration en creux. On y découvre toutes les modalités possibles des relations à l'image maternelle, « *des plus archaïques aux plus évoluées* »³⁵⁷. Dans un registre identificatoire, cette planche permet aussi au sujet de se situer par rapport à un modèle féminin (**HO3**).

Les planches pastel, VIII, IX, X, facilitent la régression et réveilleront sûrement des affects négatifs liés à l'ambivalence entre plaisir et déplaisir (**HO1, émergence d'angoisses d'effraction corporelle**).

La planche VIII fait apparaître la polychromie et met en évidence le mode d'adaptation au monde extérieur du sujet, compte tenu de l'organisation interne de ses identifications. En effet, la présence des couleurs est considérée comme sollicitation à la communication et à l'échange. La planche VIII rend compte, de façon plus spécifique, de la réaction du sujet à la sollicitation sensorielle : intégration ou non des affects, inhibition versus débordement par les émotions (**HO2, corps sensoriel ou sensuel**). Elle donne souvent lieu à des réponses anatomiques.

La planche IX est considérée comme la planche la plus difficile, le sujet est seul face à lui-même et au monde. Selon Nina Rausch De Traubenberg³⁵⁸, la sollicitation à la régression est ici dominante et renvoie à une symbolique maternelle prégénitale, associée ou non à des fantasmes de grossesse ou de naissance, on la surnomme « la planche utérine » (**symbolique de l'organe atteint HO2, angoisse actuelle et archaïque [destruction interne, ventre dévorant, enfant mort] HO1, problématique de féminin maternel HO3**).

La planche X met en évidence la relation transférentielle, c'est la rupture testeur-testé. Son aspect morcelé met à l'épreuve les capacités d'unification du sujet. Les sollicitations symboliques diffèrent selon que la centration porte sur les couleurs, la dispersion ou l'importance de l'espace blanc. L'éclatement de cette planche éprouve les capacités d'unification de l'image corporelle (**HO2**).

6.2.2.4. Le TAT et son lien avec les hypothèses

Dès le milieu des années 1950, en France, la succession des travaux sur le TAT dans un référentiel

³⁵⁷ CHABERT C. op. cit. 1997, p. 54

³⁵⁸ RAUSCH DE TRAUBENBERG N. (1970). **La pratique du Rorschach**. Paris : Ed. PUF, 2006.

psychanalytique initiés par V. Shentoub et poursuivis par Rosine Debray ont transformé pratique et théorisation et encouragés de nombreux développements sur la base des contenus manifestes et latents.

Le matériel comprend dans son intégralité 31 images constituées par des dessins, des photographies, des reproductions de tableaux ou de gravures. Certaines planches sont communes à tous les sujets, d'autres sont spécifiques aux enfants et aux adultes, à l'un ou à l'autre sexe. L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 (planche blanche) devant être proposée à la fin de la passation.

En s'accordant sur la méthode psychanalytique de l'école de Paris³⁵⁹ et en tenant compte de la recherche effectuée, les planches présentées sont les suivantes :

1 – 2 – 3BM – 4 – 5 – 6GF – 7GF – 9GF – 10 – 11 – 12BG – 13B – 13 MF – 19 – 16.

Suite à la consigne, le clinicien n'intervient pas. Néanmoins, dans notre clinique somatique, face à la fréquence de l'inhibition, le clinicien peut intervenir s'il le juge nécessaire. Les interventions vont toujours dans le sens de favoriser le travail associatif du sujet dans le but de permettre la construction d'une historisation qui fait émerger le conflit.

Le TAT dévoile les modalités de fonctionnement psychique singulières de l'organisation individuelle, modalités variables chez un même sujet en fonction d'un événement comme la maladie. Ce test projectif, tout comme le Rorschach, offre la possibilité de relater d'un monde interne subjectif et d'une individualité tout en permettant la comparaison entre les individus sur des critères psychiques. De plus, les résultats sont spécifiques du temps de passation, donc fonction d'une situation et des modalités psychiques qui en découlent.

Ce que l'on détecte, entre autres, avec le TAT, c'est l'activité défensive plus ou moins adaptée qui découle de la reconnaissance de fantasmes originaires sollicités par les planches, qui sont universels, comme la scène primitive, la castration ou la séduction et donc de la relation du sujet avec ses objets internes. C'est cette activité défensive qui permet de découvrir des modalités de fonctionnement spécifiques du sujet et de sa situation actuelle (le cancer gynécologique). Cette activité défensive donne quelque chose de permanent et de latent au discours du sujet et ce sont les procédés du discours qui sont relevés pour être interprétés dans leur ensemble en mouvement défensif de type « inhibé », « labile », « contrôlé » dans les grandes lignes. À partir de leur

³⁵⁹ CHABERT C. BRELET-FOULARD F. (1990). **Nouveau manuel du TAT**. Paris : Dunod, 2003.

fréquence et de leur importance sur le plan psychopathologique, nous obtenons ainsi une constellation de procédés figurant la spécificité d'un système défensif.

Comme pour le Rorschach, nous présentons le matériel du TAT avec un regard d'ores et déjà tourné vers notre recherche, afin de mettre en avant les aspects des sollicitations qui intéressent nos hypothèses :

HO1 : réactualisation et traitement de l'angoisse

HO2 : érotisme corporel et représentations du corps

HO3 : traitement du féminin et identité féminine

HO4 : remaniements, issues et traumatisme

La planche 1 met l'accent sur l'angoisse de castration dans une problématique d'impuissance actuelle référée à l'immaturation du personnage qui est un enfant et sa mise en relation avec l'objet violon posé devant lui. L'élaboration de l'angoisse de perte est également sollicitée, associée à la blessure narcissique qui fait intervenir le traitement de la relation avec l'objet (**HO1**).

La planche 2 renvoie à la triangulation œdipienne père, mère, fille. Bien que la différence de génération soit absente de la figuration, le dessin regorge de symboles axés sur la scène primitive (une femme enceinte, un homme à cheval (symbole masculin) en train de semer (symbole de la fécondation)) et le renoncement aux désirs œdipiens pour le personnage féminin, séparé par le premier plan de l'image, à la fois dans et hors de la triangulation, et qui transporte des livres, évoquant l'investissement et la curiosité intellectuels. Tous les avatars du complexe d'œdipe sont sollicités par cette planche : séduction, désirs, rivalité, renoncements. (**HO3**) : au-delà de l'observation de l'organisation œdipienne, nous nous intéresserons en particulier au fantasme de séduction sollicité par le matériel ainsi qu'au traitement du personnage spécifique et manifeste de la femme enceinte.

La planche 3BM permet d'évaluer le traitement de la dépression et la capacité à la mettre en lien avec une représentation de la perte. Le contenu manifeste renvoie à une traduction corporelle des affects dépressifs. (**HO2**) : soit la dépression est reconnue et le sujet s'en dégage, soit elle est évitée. Dans tous les cas, elle ne peut être internalisée et elle est reportée sur le corps. C'est cette traduction corporelle qu'il nous intéressera particulièrement d'observer. De plus, dans le contexte actuel, nous interrogeons les capacités de travail du deuil du sujet, notamment dans ses retombées sur l'intégrité

corporelle et le narcissisme (personnage malade, abattu, épuisé, maltraité...). **(HO1)** : sollicite des représentations et une historisation en lien avec la situation actuelle de maladie.

La planche 4 renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple ainsi qu'à la présence d'un tiers dans la séparation. Le contenu manifeste permet de faire référence à un registre œdipien soit du pôle masculin (un rival est à abattre, la femme le retient), soit du pôle féminin (la femme retient un homme qui va en voir une autre). Forcément, la relation entre les deux personnages de sexe opposé peut éveiller des angoisses de séparation, d'abandon. **(HO4)** : cette planche devrait nous permettre d'observer l'organisation psychique possible par rapport à la représentation du couple et nous renseigner sur la manière dont est appréhendée et sexualisée la relation amoureuse, notamment à travers l'ambivalence pulsionnelle (agressivité / tendresse ; le tiers de l'histoire est-il toujours œdipien ou cancéreux ?).

La planche 5 présente un personnage féminin qui pénètre et regarde, elle surprend une scène transgressive qu'elle ne devrait pas voir. Son attitude condense à la fois le désir et l'interdit (la défense) et met à l'épreuve la solidité du surmoi. Dans un registre œdipien, cette planche réactive la culpabilité en lien avec la curiosité sexuelle et les fantasmes de scène primitive, dans une autre perspective, on repère des mouvements plus archaïques en relation avec des angoisses de perte d'objet. **(HO1)** : ce qu'elle convoque de l'imgo maternelle, possiblement pénétrant et intrusif, nous renseignera sur des sujets que nous pensons sensibles chez ces femmes : l'intrusion corporelle, l'intimité et la pudeur **(HO3)**. Il s'agira donc d'observer en particulier la question des limites, évoquées par cette planche, des contenants et des enveloppes en lien avec une image féminine. L'expression de la problématique des limites ayant à voir avec l'aménagement de la distance vis-à-vis de l'objet primaire, peut donner lieu à des évocations sensorielles qui rendent compte de la représentation fantasmatique de l'intérieur du corps.

La planche 6GF renvoie à une relation hétérosexuelle dans l'opposition conflictuelle entre désir et défense. La différence de génération convoque, dans un registre œdipien, des fantasmes de séduction de type hystérique mettant en jeu l'investissement scopique et celui de la vertu et de la pudeur féminine. Le recours à un tiers est possible, permettant de négocier la relation hétérosexuelle et l'enjeu identificatoire. **(HO3 analyse du fantasme de séduction)**

La planche 7GF renvoie à la relation mère-fille. Les identifications féminines sont particulièrement sollicitées par cette planche, notamment à travers la transmission des savoirs (le livre), féminin et

maternel. L'accès identificatoire doit pouvoir se faire à une place de femme et de mère. La planche réveille également l'ambivalence de la relation mère / fille, entre proximité et rejet. **(HO3)** : il s'agira de s'intéresser spécifiquement aux mouvements d'identification de la fille à la mère, en questionnant l'accès à une place fantasmatique. Cette planche est particulièrement intéressante dans notre problématique concernant la remise en jeu des identifications féminines confrontées à une castration entraînant une stérilité.

La planche 9GF renvoie à la rivalité féminine qui peut inclure la dimension du tiers. Dans un registre plus mortifère, des mouvements agressifs d'attaque peuvent entraîner la disparition du sujet **(HO3)**. Nous nous intéressons à ce que cette planche peut revêtir comme caractère mortifère, masochique, rattaché à un fantasme de punition plus ou moins lié à la culpabilité ou à la honte.

La planche 10 sollicite l'expression des désirs dans le couple. La proximité des personnages, dont la différence de sexe et de génération est floue, permet d'observer la mise en œuvre de la pulsion libidinale au sein de la relation de couple entre tendresse et désir sexuel. Les jeux d'ombre et de lumière et la proximité des personnages proposent un lieu d'émergence de l'intimité. En dehors du contexte œdipien, la menace de séparation demeure sous-jacente ou explicite. **(HO2)** : cette planche nous intéresse dans cette dimension, en ce qu'elle convoque du rapprocher corporel. Cette planche est marquée par le contact corps à corps et le toucher voire « l'interdit du toucher »³⁶⁰. En effet, le toucher est directement figuré, réveillant les censures inhérentes à la dimension plus ou moins érotisée de la main. Aussi, nous interrogerons les possibilités actuelles de liaison d'un courant sexuel et d'un courant tendre.

La planche 11 induit des mouvements régressifs, mettant à jour des problématiques prégénitales singulières. Elle plonge le sujet dans un univers archaïque et informe, indiquant ses capacités de régression et de dégagement. **(HO3)**

La planche 12BG permet de repérer un mouvement libidinal tendre ou érotisé à travers la tonalité de la description du paysage engageant des représentations empreintes de nostalgie (paysage printanier) ou bien un mouvement dépressif majeur sous-tendu par des difficultés à traiter la perte dans des représentations tristes et mélancoliques (paysage d'hiver).

L'absence de personnage engage le narcissisme du sujet et permet de dépister des mouvements dépressifs narcissique ou de perte d'objet. La barque, contenu manifeste de la planche, renvoie à la

³⁶⁰ ANZIEU D. (1985). **Le Moi-peau**. Paris : Ed. Dunod, 1995.

possibilité d'introduire une dimension objectale, donc aux objets vivants intériorisés. **(HO4: mouvements libidinaux)**

La planche 13B convoque la capacité d'être seul. L'immaturation du personnage convoque l'absence et l'éloignement du couple parental tandis que l'environnement hostile met en jeu l'intériorisation des objets parentaux permettant d'assurer une sécurité affective.

La planche 13MF induit des mouvements pulsionnels (agressivité / sexualité) dans le couple pouvant être violents. Soit la scène renvoie à une situation triangulaire dramatisée (contexte œdipien), soit la planche convoque une fantasmagorie mortifère comportant des éléments de perte brutale ou de destruction. **(HO1)** : cette planche pourra éveiller des angoisses importantes actuelles car répondant à une projection massive concernant la mort ou la maladie. Elle nous indiquera aussi l'état de l'intrication pulsionnelle **(HO4)**.

La planche 19 plonge, comme la planche 11, le sujet dans un univers prégénital, soumis aux lois de l'informe. Il s'agit ici plus particulièrement d'une mise à l'épreuve des limites entre dedans / dehors, convoquant le clivage entre bon et mauvais objet.

La planche 16 met à l'épreuve les capacités d'intériorisation et d'organisation des objets internes et externes du sujet.

6.2.2.5. Opérationnalisation des projectifs, en fonction des hypothèses, en vue du regroupement des analyses

Ce que nous entendons faire par cette « opérationnalisation » est de dégager des pistes, à la fois spécifiques pour cette recherche, et empruntées à d'autres études, permettant de circonscrire l'analyse. Il est évident que ces indicateurs ne sont pas exhaustifs et, s'ils ont l'avantage de cadrer à minima notre travail exploratoire, nous resterons néanmoins attentifs dans notre lecture des protocoles à tout ce qui apporterait des éléments de réponse pour notre recherche. L'opérationnalisation reprend les thématiques dégagées des hypothèses dont nous nous servons pour l'analyse thématique des entretiens.

HO1 : Réactualisation et traitements de l'angoisse :

Au Rorschach, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Les Choc et les Clob : le sujet est submergé par un danger interne ou externe, réel ou imaginaire, mais toujours soumis aux effets de l'angoisse. Des chocs à la couleur rouge traduisent des réactions de stupeur affective ou de perturbation émotionnelle, intervenant lorsqu'une charge d'excitation pulsionnelle se révèle difficile à réguler.
- La présence de contenus humains (H), dans ce qu'elle signe d'une angoisse majeure concernant le vécu corporel.
- La présence et le traitement des blancs qui relèvent d'une sensibilité aux trous et aux failles. « Une « centration sur le Dbl s'inscrit toujours dans le contexte d'une faille, d'un manque se situant certes dans des registres conflictuels différents, mais portant toujours l'accent sur l'incomplétude » (C. Chabert, 1983, p.109)³⁶¹ qu'elle soit de l'ordre d'une carence affective ou du registre de l'angoisse de castration.
- L'indice d'angoisse corporelle, puis, plus spécifiquement, les réponses anatomie osseuse, qui laissent apparaître nécessairement une sensibilité corporelle, interrogent l'enveloppe. Les réponses anatomie viscérale, quant à elles, renvoient, soit à un mouvement défensif contre la représentation du mouvement pulsionnel, soit traduisent l'effraction des limites dedans-dehors, jusqu'à l'émergence d'une angoisse de morcellement. Dans la même lignée, les réponses « intérieur du corps », aux pastel, traduisent nécessairement l'effraction des barrières psychiques, mettant à jour des angoisses (morcellement, dissociation, pénétration, destruction, vertige...). Les réponses Hd nous renseignent, entre autres, sur l'angoisse de vécu corporel avec effraction des limites corporelles. Une proportion importante de Hd, supérieur au H, témoigne forcément d'une angoisse corporelle à analyser en fonction de leur qualité formelle, symbolique et socialisée. Il s'agit d'une incapacité à appréhender le corps humain dans son intégrité, pouvant traverser tous les registres, jusqu'à l'angoisse de morcellement selon les réponses (membres coupés, troués, corps tronqués...). Les réponses Hd anatomiques répétitives témoignent d'une angoisse majeure du vécu corporel, de l'ordre d'une préoccupation hypocondriaque, concernant la santé physique mais généralement en lien avec une réalité, mais peut refléter aussi d'une angoisse de désintégration.

³⁶¹ CHABERT C. (1983) **Le Rorschach en clinique adulte**. Paris : Ed. Dunod, 1997.

Au TAT, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Le traitement du fantasme de séduction (pour évaluer son potentiel effractif) aux planches 2 et 6GF.
- Les références à une situation de maladie plus ou moins itérative. Les planches que nous pensons particulièrement marquées par la projection de l'angoisse actuelle de maladie et de mort sont la 13MF, la 3BM, la 16.
- Questionner l'angoisse de castration et son traitement en regard de l'impuissance actuelle, notamment à travers la planche 1.
- Le procédé CN4 nous intéresse particulièrement pour identifier les tentatives de délimitation d'un espace interne.
- Dans l'ensemble du protocole, nous serons attentifs au traitement de la perte d'amour de l'objet et de l'angoisse de séparation, ravivée notamment aux planches couple (4, 6GF, 10).

HO2 : Les représentations du corps et l'érotisme corporel :

Au Rorschach, notre attention se portera préférentiellement sur :

- La présence de contenus humains (H) correspond à la capacité ou à l'incapacité d'appréhender le corps humain dans son intégrité, c'est-à-dire se représenter une image du corps construite et unifiée.
- Le pôle sensoriel, à travers les réponses couleur et estompage, qui nous permettent de situer l'affect dans ses liens aux représentations. Une utilisation des réponses couleur (C) témoigne de la réceptivité aux qualités chromatiques et à la sensorialité. L'estompage (E) dans ses différentes formes de texture, de diffusion et de perspective nous renseigne, entre autres, sur les possibilités tactiles et les capacités d'un laisser-aller à la passivité. La présence de réponses globales impressionnistes (G/E/C/C') indique qu'un élément de la réalité externe fait effraction dans un monde interne peu contenant.
- Toutes cotations qui pourraient témoigner d'une problématique des limites entre interne / externe et d'un renforcement ou d'une effraction de l'enveloppe corporelle, comme, par exemple, un usage excessif de réponses formelles (F) qui reflète un étouffement de la vie affective et un renforcement des frontières entre le dedans et le dehors.

Au TAT, notre attention se portera préférentiellement sur :

- L'investissement des relations, pour repérer la distribution libidinale et l'investissement des objets à travers les procédés CN2 ou CM1 ou E1-4 et E2-2, pour traiter les oppositions dans un mouvement actuel entre corps sain et malade , celui qui sauve et celui qui est en détresse.
- L'utilisation et le poids défensif des procédés concernant le corps, la sensorialité, le percept : B2-4, B3-2, CN-2, CN-3, CN-4, CL-2, E1-3, tous les E1= altération de la perception.
- Toute problématique des limites dedans / dehors ; objets internes et externes à travers les procédés CL, notamment les confusions entre perception et projection signant l'affaiblissement, la porosité du pare-excitant.
- Les réponses « peau » basées sur les indicateurs dégagés par Fischer et Cleveland (1958) dans une recherche sur l'image du corps, l'enveloppe et la pénétration, puis, repris par D. Anzieu, en relation avec l'analyse du Moi-peau aux projectifs. Il s'agirait, pour nous, de faire l'état d'une sensorialité à travers la capacité d'utilisation et d'érotisation de l'enveloppe corporelle, mais également de déceler d'éventuelles angoisses de pénétration et d'effraction corporelle. Notons que cette étude nous interpelle également sur des notions qui nous sont chères : blessures corporelles externes et internes, visibles et invisibles. Les atteintes somatiques sont ainsi différenciées au niveau des résultats du Rorschach en fonction de leur emplacement, interne (viscéral) ou externe. « Ceux dont le symptôme concernait les viscères se représentaient leur corps comme aisément pénétrable et dépourvu de barrière protectrice » (D. Anzieu, 1995, p.53).

HO3 : Le traitement du féminin et l'identité féminine

Au Rorschach, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Les kinesthésies de « position », qui sont, en général, rares et qui mettent l'accent sur la passivité dans l'activité. Ces kinesthésies de position ou de mouvements avortés, montrent une inhibition et une tentative d'évitement de passivité qui transparaît tout de même. Plus généralement, l'analyse du mouvement (relationnel, moteur, postural, etc...).
- L'investissement de soi à travers des représentations féminines (accès sur l'apparence ou les contenants).
- De la même manière que Marianne Baudin s'interroge sur le devenir de la pulsion érotique au

cours du vieillissement féminin³⁶², nous questionnons ce devenir pulsionnel au cours du parcours thérapeutique des femmes atteintes d'un cancer gynécologique qui implique, pour certaines, une mise en ménopause précoce, donc un temps féminin bousculé, accéléré, non respecté. Pour cela, il nous a semblé utile d'emprunter les indicateurs qu'elle relève au Rorschach qui viennent spécifier l'état pulsionnel érotique des femmes ménopausées. Nous ne nous intéresserons ici qu'au Rorschach, étant donné que, dans notre étude, celui-ci est présenté aux femmes après les traitements castrateurs et potentiellement ménopausants et/ou stérilisants (cf. explication dans partie théorique entre ménopause et aménorrhée). Nous retenons trois choses :

Elle relève une manière de traiter le rouge, spécifique des femmes dont le sang s'est tari, par l'éradication et l'isolation de cette couleur et l'absence quasi totale des réponses « sang ».

La planche VII est également traitée plus spécifiquement, à travers des refus et des chocs ainsi qu'une absence de kinesthésie.

Les thématiques vie intra-utérine et relation d'objet pré-génitale, sollicitées par la planche IX, sont absentes ou négativées des protocoles et remplacées par des réponses anatomie osseuse ou géographie qui traduisent les préoccupations corporelles actuelles d'un corps « sec » (pour la clinique de M. Baudin) et la tentative de neutralisation de la pulsion sexuelle.

Au TAT, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Attention particulière portée au système défensif sollicité par les planches interpellant l'identité sexuelle, la féminité et l'image maternelle (5, 7GF, 9GF, 11). Dans ce cadre, nous aurons un regard en particulier pour le traitement du personnage manifeste de la femme enceinte, planche 2.
- Nous questionnerons les représentations d'une figure féminine, toujours aux planches 5, 7GF, 9 et 11.
- À l'instar de l'article de Catherine Chabert³⁶³ sur le masochisme et la perversion, nous nous appliquerons à retrouver dans nos protocoles les traces du masochisme et à analyser la construction du fantasme de séduction.

³⁶² BAUDIN M. (2005). **Vieillir au féminin**. In : *Psychologie clinique et projective*, 11, 277-288.

³⁶³ CHABERT C. **Masochisme et perversion. Approche psychanalytique et projective**. In : *Psychologie clinique et projective* 1/ 2006 (n° 12), p. 83-83

HO4 : Remaniements, issues et traumatisme

Au Rorschach, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Au Rorschach, nous nous poserons la question de la restriction ou de la sidération et des réponses itératives ou d'une persévération pour relever une possible compulsion de répétition propre au trauma³⁶⁴. Le Rorschach n'appelle pas directement à une utilisation du déploiement du temps comme le fait le TAT. Mais ses caractéristiques propres sollicitent la capacité de souvenir en proposant deux temps (spontané et enquête).
- L'analyse des kinesthésies dans ce qu'elles peuvent renseigner de l'expression des mouvements pulsionnels.

Au TAT, notre attention se portera préférentiellement sur :

- Au sujet de la temporalité au TAT, le traumatisme peut apparaître à travers une description trop importante des récits, les rendant statiques, et la conjugaison des verbes au présent ou actualisés dans le présent (en train de)³⁶⁵. La question d'une possible projection dans le futur, dans l'avenir, est donc importante, notamment au TAT, qui convoque un processus d'historisation avec un dénouement possible. Il faudra différencier les procédés discursifs, qui servent un arrêt du récit, des procédés « anti-déroulement temporel »³⁶⁶, qui renvoient à un arrêt du processus d'auto-historisation proposé par C. Janin³⁶⁷ comme conséquence du trauma. Des récits marqués par « l'instantanéisation »³⁶⁸, qui ne laissent pas le temps de l'élaboration psychique face à l'action, lorsque celle-ci n'est pas elle-même bloquée. Les investissements d'objet dans le temps au TAT sont aussi des indicateurs de ce *travail du temps* ; la lutte contre la perte se fait-elle par investissement nouveau et futur ou l'immédiateté de remplacement de l'objet convoque-telle un passé pour y retrouver un objet déjà investi ?
- Les représentations de la relation de couple aux planches 4, 6GF, 10, 13MF, afin de décrypter la manière de traiter la sexualité, la tendresse et l'agressivité et d'effectuer le repérage des mouvements libidinaux, de l'équilibre entre les phénomènes de liaison ou de déliaison

³⁶⁴ PHEULPIN, MC. op. cit. 2011.

³⁶⁵ PHEULPIN, MC. *ibid.*

³⁶⁶ PHEULPIN, MC. *ibid.*

³⁶⁷ JANIN C. **Complexités de la question de la réalité en psychanalyse**. In: Chouvier B. Roussillon R. (dir) La réalité psychique Psychanalyse, réel et trauma. Paris : Dunod, 2004.

³⁶⁸ PHEULPIN, MC. *ibid.*

pulsionnelles, et enfin de l'existence d'un conflit d'ambivalence, intégré ou non au sein de la psyché.

• Pour travailler les mouvements d'intrication et de désintrication pulsionnelles, nous investiguerons les projections mettant en jeu le corps, qu'il s'agisse du mouvement ou au contraire d'une immobilisation, à travers des procédés tels que CN3 et B2-4.

6.2.3. Opérationnalisation et comparaison avec une étude sur le fonctionnement psychique féminin

En 1993, Rosine Debray, Catherine Chabert, Michèle Emmanuelli, Monika Boekholt et Dody Bensaïd-Mrejen³⁶⁹ proposent de rencontrer trente femmes tout venant et sans suivi psychiatrique afin d'explorer le fonctionnement psychique féminin à travers une clinique projective (Rorschach, TAT, entretien). Les femmes sont rencontrées suite à une consultation gynécologique. Les résultats de cette recherche sont notamment publiés dans deux articles importants :

« Modalités de fonctionnement psychique et expression gynécologique chez trente jeunes femmes »³⁷⁰ et « Du corps à la pensée empreintes du maternel »³⁷¹.

À défaut d'une population témoin, cette étude permettait d'avoir un regard sur le fonctionnement psychique des femmes abordées par une clinique projective. Pouvoir comparer nos résultats à ceux de cette recherche permet de s'assurer de la spécificité des modalités psychiques de fonctionnement retrouvées chez nos patientes, attestant par là même de la spécificité de l'impact du cancer gynécologique pelvien.

En plus de notre opérationnalisation « arbitraire », ne faisant acte que de nos hypothèses, nous décidons d'opérationnaliser le Rorschach et le TAT, à partir des résultats de cette étude s'intéressant aux femmes et à leur caractéristiques psychiques particulières. En voici la démarche : nous retrouvons dans une population de femmes « tout venant » les spécificités suivantes à l'analyse de leurs protocoles concernant leur corps et leur identité, nous allons vérifier à présent le devenir de ces spécificités du fonctionnement psychique féminin à travers des protocoles de projectifs lors de l'atteinte corporelle du cancer gynécologique pelvien et de ses traitements. Nous avons isolé ce que nous appelons des « indicateurs de comparaison ».

³⁶⁹ DEBRAY, R. et al. op. cit. 1993.

³⁷⁰ DEBRAY, R. *ibid.*

³⁷¹ EMMANUELLI, M. **Du corps à la pensée : empreintes du maternel**. In : *Psychologie clinique et projective*, vol. 1, n° 1, 1995, p. 27-42.

La recherche sur le fonctionnement psychique féminin à partir d'une population de femmes âgées de 18 à 35 ans nous révèle :

- Aucune atteinte identitaire ou atteinte de l'unité corporelle significative.
- Des réponses centrées sur l'intérieur du corps et, notamment, des réponses anatomiques, traduisant des préoccupations concernant « l'intégrité d'un espace interne souvent mal représenté et de ses composantes, mais également la capacité / la liberté à user de cet espace dans les domaines de la sexualité, de la procréation ou encore de la pensée » (M. Emmanuelli, 1995, p.30). Ces réponses sont plus nombreuses chez les femmes en proie aux questionnements concernant leurs capacités procréatives, quelque soit le domaine d'expression de celles-ci (intellectuelle, physiologique). Nous nous attacherons à observer ces réponses pour comprendre les angoisses en jeu dans la situation choisie (HO1), le devenir de ces préoccupations face à la stérilité, ainsi que les atteintes du féminin (HO3). L'étude note que ces réponses sont fréquentes à la planche I, s'inscrivant dans un transfert maternel spécifique à l'étude et révélant une « angoisse de castration » se jouant dans la relation à la mère (prolongeant les théories freudiennes). Nous suivrons également cette piste dans notre analyse pour déceler les angoisses liées au complexe de castration (HO1). Les mouvements transférentiels seront, bien sûr, interrogés dans le cadre de notre étude et des suggestions qu'elle impose, nous ferons, à ce moment là, des points de concordance avec l'étude dont nous parlons.

Cette étude relève aussi des images focalisées sur l'intérieur du corps, « représentations traduisant l'investissement de la féminité ». Nous relèverons, à notre tour, l'utilisation de telles représentations (« un calice », etc) pour comprendre la gestion de l'espace interne féminin et les mouvements qui lient féminin et féminité, toujours dans notre contexte somatique.

- Des réponses sexuelles directes qui sont « les réponses axées essentiellement sur le sexe féminin et non intégrées à une représentation corporelle unitaire » (M. Emmanuelli, 1995). Ces réponses se retrouvent, soit ponctuellement, soit de manière répétée dans le protocole, mais apparaissent dans deux tiers de ceux-ci et aléatoirement réparties en fonction des planches (même aux planches IV et VI). L'insistance forcée de cette perception se traduit par l'inadéquation formelle (F-). 3 protocoles présentent une perception du sexe féminin à quasiment toutes les planches. Au final 29 des 30 protocoles présentent au moins une représentation partielle touchant à l'intérieur du corps ou plus directement aux organes génitaux féminins, et pour plusieurs d'entre eux, ces deux registres de figuration de la sexualité féminine. Nous relèverons, à notre tour, ces images directement relatives au sexe féminin, pour tenter d'en comprendre la répétition, la détermination aux planches, la teneur

traumatique, perverse, revendicatrice...

Nous relèverons également les représentations de sexe masculin que l'étude « tout venant » retrouve très rarement et figurant surtout à la planche III.

- Des représentations symboliques du corps qui prennent la forme de contenus à valeur sexuelle ou corporelle et sont connotées narcissiquement, représentant l'investissement de la féminité. L'étude retrouve peu de ces représentations (8/30). Nous serons attentifs à ces représentations, notamment dans notre volonté d'investir les mouvements de la féminité dans le contexte somatique. Les références phalliques sont également à relever. L'étude en retrouve peu, sous forme partielle, parfois pour compléter une image féminine, parfois dans un registre prégénital. Cependant, c'est l'absence de variété et de labilité dans les registres sexuels qu'il faut souligner, montrant une bisexualité absente. Notons aussi que l'étude trouve fréquemment des représentations masculines entières défailtantes lorsqu'elles répondent aux sollicitations latentes des planches IV et VI (registre passif ou sadique).

- Les auteurs recherchent la *sexuation*, c'est-à-dire les identifications féminines, à travers les représentations de relation. Pour ce faire, elles observent particulièrement les planches I, III, VII et IX (bilatérales et/ou dites féminines) et n'y trouvent que des figurations de l'image féminine / maternelle négatives, accompagnées d'une absence de mise en relation remplacée par des représentations figées. Dans ce contexte, elles trouvent néanmoins « une érotisation du corps féminin dans un contexte homosexué quelque soit le registre de fonctionnement » (M. Emmanuelli, 1995, p.34), présente dans un tiers des protocoles. Les protocoles sont, dans l'ensemble, pauvres en relations et, lorsque celles-ci sont rencontrées, il s'agit plutôt de kinesthésies narcissiques dans des relations spéculaires s'appuyant sur l'axe de symétrie et non de kinesthésies de relation mettant en scène deux personnages. Les auto-centrations sont sous-tendues par le gel pulsionnel.

Nous porterons une attention particulière, dans notre contexte de recherche, aux planches bilatérales et convoquant des références féminines et maternelles, afin de dégager les possibilités pour nos patientes d'inscrire des identifications féminines positives ou négatives dans un registre narcissique ou relationnel. Nous interrogerons également le traitement du corps féminin et sa possible érotisation. Nous nous intéresserons au concept de kinesthésie narcissique pour établir les mouvements pulsionnels chez nos patientes.

- L'étude recherche également les identifications féminines à travers les représentations de relations figurées au TAT. Les planches 6 et 4 (couple) convoquent presque obligatoirement une érotisation des relations, quelque soit le fonctionnement, à tel point qu'il faut poser la question d'une réalité de l'érotisation et du conflit au-delà de la mise en scène.

Les planches 5, 7 et 9 renvoient fréquemment à une image maternelle / féminine négative. Les

scénarios proposés évitent régulièrement (26/30) la rivalité féminine, notamment grâce à l'inhibition et à des formes de relations spéculaires.

Les planches 11 et 19 complètent l'investigation de la relation à une imago maternelle prégénitale. La planche 11 « rend compte d'une capacité quasi générale à figurer sans désorganisation (...) la relation à une image maternelle archaïque » (M. Emmanuelli, 1995, p.36). A partir de la planche 19, les auteurs retrouvent une représentation commune : « une maison sous la neige », à partir de laquelle trois modes de relation à l'imago maternelle prégénitale sont distingués. Pour le premier, la représentation reste sans suite, donnée dans un contexte factuel. Pour la seconde, l'aisance à reconnaître et à traiter un environnement précaire par un contenant habité et chaleureux est étendu à l'ensemble du protocole, signant les fonctionnements les plus favorables et la possibilité d'ambivalence. Le troisième mode relationnel fait référence à une image maternelle dévastée, endommagée, sans pour autant entrer dans une dimension pathologique.

- Dans les entretiens, l'analyse des différents investissements concerne essentiellement les activités intellectuelles et les objets d'amour. Les auteurs notent qu'il est très peu question du corps, voire pas du tout. Nous observerons également les différents investissements pour ces patientes, afin de refléter les mouvements libidinaux à l'œuvre aux différents temps de l'étude.

- Notons que cette étude ne prend pas en compte la possible pathologie somatique de cette consultation gynécologique tout venant. Nous ne connaissons pas le motif de la consultation gynécologique et celui-ci n'est pas pris en compte dans l'analyse des résultats. Dans ce cas, certaines concordances retrouvées avec les patientes de notre étude pourraient s'expliquer par l'atteinte somatique gynécologique, nous y reviendrons lors de la discussion des résultats.

6.3. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

En résumé, cette méthodologie s'appuie sur le socle des hypothèses opérationnelles. Les trois premières concernent les trois temps de l'étude, la dernière interroge rétrospectivement l'évolution de ces trois temps.

Nous avons donc dégagé des thématiques propres à chacune de ces hypothèses, permettant d'analyser les entretiens et les projectifs :

- la ré-actualisation et le traitement de l'angoisse
- les représentations du corps et la distribution pulsionnelle.
- le devenir du féminin et de la féminité, notamment à travers les questions des identifications et de l'identité féminine
- une perspective évolutionniste qui interroge les dégagements, issues et remaniements pulsionnels à travers la question du traumatisme subi.

Nous avons ensuite relevé des indicateurs aux projectifs qui s'inscrivent dans chacune de ces quatre grandes thématiques, indicateurs dégagés de nos propres conclusions mais aussi d'autres études, à propos des identifications féminines, du masochisme (C. Matha; C. Chabert), de la temporalité psychique (C. Azoulay; M-C. Pheulpin; P. Roman), de la pathologie somatique (M-C. Pheulpin; R. Debray), de la pulsion érotique au féminin (M. Baudin).

Enfin, nous avons inclus à cette trame les *indicateurs de comparaison* avec l'étude témoin (R. Debray, 1993, M. Emmanuelli 1995) : identifications féminines, représentations symboliques du corps, réponses centrées sur l'intérieur du corps, réponses sexuelles directes.

Nous proposons ainsi une grille de lecture des projectifs qui s'inscrit dans les recherches actuelles en psychologie projective et qui permet de cadrer les analyses tout en essayant d'éviter tout réductionnisme et de laisser la porte ouverte à l'inattendu.

Les huit études de cas ont été mises en annexe, elles reprennent passations, cotations et analyses des outils dans l'ordre chronologique des temps de l'étude : T1 : entretien et TAT ; T2 entretien et

Rorschach ; T3 entretien.

L'analyse thématique des entretiens adopte une présentation classique suivant la grille de lecture.

Chaque test projectif est également lu à travers les hypothèses spécifiques de l'étude, permettant de faire un état des lieux au temps 1 de l'étude avec le TAT et l'entretien, puis au temps 2 avec le Rorschach et l'entretien. Étant donné leur temps de passation différent, les projectifs ne seront pas comparés par le biais d'une analyse croisée. Cependant, leur lecture permet d'établir le fonctionnement des sujets rencontrés. De plus, étant analysés au regard des mêmes hypothèses, les résultats seront regroupés et comparés pour être discutés en fonction des temps de l'étude, donc des événements ponctuant le parcours thérapeutique de ces patientes.

Nous présentons à présent la mise en commun des résultats, organisées par notre grille de lecture thématique.

7. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

7.1. PRÉSENTATION DES PATIENTES

Pour introduire les résultats nous présentons brièvement chacune des femmes participant à l'étude, dont les analyses singulières cliniques et projectives sont placées en annexe. Ils nous a semblé important de restituer pour chacune les conditions anamnestiques qui entourent la découverte de la maladie, ainsi que leur parcours thérapeutique, assortis de quelques éléments transférentiels principaux propres à nous renseigner sur les modalités de fonctionnement psychique.

7.1.1. Danielle

« Je suis sale, j'ai une sale maladie ».

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique :

Le premier temps de l'étude a lieu avant le début des traitements, donc entre l'annonce et le premier soin, le second a lieu trois mois après son opération et le troisième se déroule trois mois après la fin des traitements.

Danielle est une jeune femme d'environ trente ans, sans enfant, à qui on vient d'annoncer, quinze jours avant notre première rencontre, un cancer du col de l'utérus qui devra être traité principalement par ablation du col. Danielle est en couple depuis quelques années. Elle introduit immédiatement l'entretien par son désir d'enfant, devenu problématique au regard de sa maladie. Danielle exprime un état « de doute » et une forte confusion quant aux traitements qu'elle doit subir, elle répète plusieurs fois : « je ne sais pas ce qu'on va me faire ». Dans un premier temps, le chirurgien lui a annoncé la possibilité d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie adjuvantes à une opération et l'a prévenue que ce type de traitements pouvait entraîner une stérilité. Néanmoins, juste avant notre rendez-vous, elle s'est à nouveau entretenue avec le chirurgien qui lui a annoncé, cette fois-ci, être en mesure de pratiquer un « traitement conservateur » qui lui permettrait, à terme, d'avoir des enfants par insémination. Ce traitement est une chirurgie unique, qui exclut finalement le recours à la chimio/radiothérapie. Ses perspectives se modifient donc au fil de ses consultations, la plaçant dans un état d'incertitude très angoissant. Cependant, au moment de l'entretien, elle se trouve soulagée par cette nouvelle qui devrait lui permettre de réaliser son désir d'enfant. Lors de la première passation, elle n'a donc pas encore subi de traitement et l'opération n'est pas encore programmée (alors qu'elle sera imminente).

Trois mois plus tard, Danielle revient pour notre seconde rencontre. Elle a subi une opération importante durant laquelle on lui a enlevé le col de l'utérus. Suite à l'intervention chirurgicale, malgré des complications qui ont provoqué des douleurs aiguës et une hospitalisation en urgence, elle est à présent considérée en rémission et a déjà planifié ses rendez-vous de suivi. Elle aura donc toujours la possibilité d'avoir des enfants par insémination.

Nous profitons d'un de ses rendez-vous de suivi pour organiser notre dernière rencontre. Elle est maintenant en rémission depuis environ six mois. Bien qu'elle reste profondément marquée par ses hospitalisations, dans l'intervalle de temps qui sépare nos deux dernières rencontres, elle n'a pas eu à revenir à l'institut et n'a pas présenté d'autres complications médicales.

Éléments transférentiels et clinique des passations:

Danielle se prête facilement au travail qui lui est demandé pour la recherche. Il faut noter que son attitude défensive et désaffectée avec le chirurgien a conduit celui-ci à nous exprimer son inquiétude quant à sa compréhension de l'annonce. Il est vrai que Danielle adopte une expression corporelle très rigide et distante, elle ne touche pas les planches des tests et se fait comprendre par le regard. Elle reste impassible devant les épreuves mais son discours confus, et régulièrement suspendu, la trahit, impliquant un étayage du clinicien plus que nécessaire pour encourager la parole. Au-delà de l'indifférence et du courage que Danielle veut afficher, sa fragilité est tangible et reste d'actualité lors des trois temps de passation.

Dès le premier entretien, son attitude rigide, distante, presque dédaigneuse, ne cadre pas avec les affects extrêmement forts qu'elle exprime (pleurer, crier). J'ai l'impression qu'elle se soumet au test contrainte et forcée, sans vraiment prendre les épreuves au sérieux, avec une certaine nonchalance qui suppose sa non-implication dans notre rencontre. L'expression de son visage est impassible, elle ne sourit pas, elle ne pleure pas et adopte un ton très monocorde. Elle me laisse l'impression de cacher une grande timidité, une fragilité, derrière ce masque de porcelaine, défensif, mais lui-même fragile.

Au cours de l'entretien, elle me signifie brutalement que voir une psychologue ne pourra pas l'aider car elle n'aime pas en parler (sous-entendu du cancer). Le paradoxe entre cette assertion et la situation de l'entretien de recherche me met dans une situation inconfortable. Avec cette phrase, Danielle me signifie sa contrainte et son déplaisir à répondre à ma demande de chercheur et donc le caractère *sadique* de ma position. Le mouvement transférentiel évoluant, elle dira : « c'est que je n'arrive pas à en parler, je n'arrive pas, c'est bizarre parce que là je vous parle (rires). Je ne sais pas, mais peut-être que je n'en parle pas assez. »

À notre seconde rencontre, son discours est moins confus, moins hésitant. Elle parle distinctement et même légèrement plus vite. Elle décrit son parcours thérapeutique entre nos deux rencontres avec beaucoup d'aisance. Pourtant, une ombre plane toujours, plus ciblée. « Il n'y a plus de cancer en elle », dira t-elle, mais c'est l'intériorité du corps qui l'effraie et la sexualité en paie le prix. Au cours de l'entretien, elle revient à nouveau sur sa volonté de signifier qu'elle ne souhaite pas avoir de consultation psychologique et qu'elle accepte notre rendez-vous pour la recherche, plus clairement que la première fois. Elle dira également qu'elle a ressenti des *effets positifs* suite à notre entretien et, cette fois-ci, elle les ressent au moment même où nous parlons, montrant là les prémices d'un travail de réintrinsication pulsionnelle et le dégagement d'un mouvement sadomasochiste, couronné par des possibilités d'ambivalence à mon égard.

L'analyse approfondie des différentes passations de Danielle nous renseigne sur son fonctionnement névrotique.

7.1.2. Doris

« Le mot cancer c'est... ça vous.... partout quoi! Ça vous passe partout! »

« Après la consultation, le docteur m'a redonné confiance en me disant exactement ce que c'était, que c'était le cancer de l'utérus, que le col n'était pas atteint, mais l'utérus par lui-même. Moi, je n'ai pas le col touché, c'est-à-dire, bon, le col après, ça va un petit peu partout... ».

« On m'a dit que c'était bien l'utérus, que c'était bien localisé donc, on ne peut pas dire que ça m'a réconfortée, mais ça m'a donné plus confiance [...]. Que là, ce que les médecins m'ont expliqué c'est que c'était comme une carapace. Enfin, il peut y avoir des métastases, mais ça ne se reprend pas aussi rapidement que si il y a d'autres organes touchés ».

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique

Doris est une femme mariée d'environ soixante ans. Elle a depuis longtemps un fibrome qui impose un suivi de quatre rendez-vous par an avec son gynécologue. Suite à des saignements, le gynécologue a découvert une autre « grosseur ». Elle fait une biopsie puis demande un autre avis dans un institut spécialisé dans le cancer. En réaction à l'annonce du cancer, elle tente de faire accélérer la prise en charge car l'attente lui est insupportable. Au moment de notre rencontre, elle est hospitalisée pour une hystérectomie par cœlioscopie.

Lors de notre seconde rencontre, Doris m'apprend qu'elle a dû avoir de la radiothérapie suite à l'opération. Elle aura, au final, une séance de curiethérapie qui clôturera ses traitements.

Éléments transférentiels et clinique des passations

Lorsque j'arrive dans le service d'hospitalisation pour présenter l'étude à Doris, les infirmières m'accueillent avec soulagement car elle est en pleurs dans sa chambre et rien ne peut la calmer. Elle accepte l'étude qu'elle entrevoit comme une possibilité dans sa quête de réconfort. Elle est extrêmement inquiète, agitée. Elle pleure beaucoup. Elle est aussi très régressive, elle réclame un étayage constant, une réassurance, elle me pose des questions, s'assure qu'elle a bien compris, doute... Elle est tellement alarmante dans la description de sa situation actuelle que j'en viens à m'interroger sur le pronostic que les médecins lui ont annoncé.

Doris se déprécie beaucoup, surtout concernant sa réaction face à l'épreuve de maladie. Elle pense qu'elle a moins de courage que d'autres, qu'elle est plus vulnérable.

L'entretien est très difficile car, malgré l'accueil encourageant qu'elle fait à ma démarche, elle ne dit pas grand chose. Elle a finalement beaucoup de mal à parler de son expérience et elle le reconnaît. Elle se sent changée mais n'est pas en mesure d'élaborer quoi que ce soit à ce propos. L'idée de ce changement lui est insoutenable. Ses pensées sont envahies par l'annonce et par l'opération.

L'exercice de l'entretien est complexe : elle n'associe quasiment pas, ne se saisit pas de mes relances, répond souvent par oui ou non, fait des phrases très courtes et ne les finit pas, prise de fading.

La seconde rencontre se déroule dans une salle de consultation. Doris est toujours très émotive, sa voix tremble, elle semble au bord des larmes.

Je suis étonnée de ressentir peu de différences entre le second entretien et le troisième, à tel point que je me sens obligée de vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreur et que trois mois se sont bien écoulés. Mais cela fait bien trois mois que nous nous sommes vues et Doris me donne l'impression que le temps s'est arrêté. Par cet immobilisme, je me rends également compte que les patientes changent rapidement de morphologie au fil de leurs prises en charge. Leur apparence n'est jamais identique d'un rendez-vous à l'autre. Doris, elle, n'a pas subi ce phénomène, elle est identique à notre première rencontre, et notre entretien l'est aussi en quelque sorte.

Nos analyses nous orientent vers un fonctionnement limite de la patiente.

7.1.3. Isabelle

« Il m'a dit : « Ou alors, je ne vous l'enlève pas mais ça sert à rien, il est cramé ».

Donc... il sera cramé. »

Qu'est ce que vous imaginez à ce propos ?

« Qu'il sert à rien. Qu'il est mort, qu'il est inactif. Ça sert à rien de le garder. Justement, il m'a dit ça par rapport à la question de mon conjoint sur les enfants. De là, il m'a dit « je vais vous dire le terme cramé sans vouloir vous brusquer », il m'a bien dit clairement : « je veux pas vous brusquer, mais il sera cramé ». »

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique

Isabelle est une jeune femme âgée de moins de trente ans. Elle a un enfant en bas âge issu d'une première union. Elle nous raconte qu'elle s'est séparée du père de l'enfant, notamment suite à une perte de plaisir sexuel. Quelques mois avant la découverte de son cancer, elle a rencontré un nouveau compagnon. Ils avaient le projet de faire un enfant ensemble lorsque le cancer du col de l'utérus s'est déclaré, bouleversant ce projet. Isabelle est d'emblée informée qu'elle ne pourra pas avoir d'enfant suite aux traitements qu'elle va subir. Son parcours thérapeutique a la particularité de proposer une radiothérapie adjuvante à l'hystérectomie. De ce fait, lorsque nous nous rencontrons les deux premières fois, Isabelle n'a pas encore été opérée.

Finalement, entre les deux entretiens, Isabelle a fait des séances de radiothérapie, de chimiothérapie et une séance de curiethérapie qui a duré vingt heures. Elle est à présent en attente de l'hystérectomie qui devrait clôturer ses traitements.

Lors de notre dernière rencontre, Isabelle m'apprend qu'elle a eu des complications suite à l'intervention chirurgicale. Elle a eu une fistule de la vessie et a dû rester hospitalisée trois semaines. Elle a dû garder durant deux mois et demi une sonde urétrale et une sonde vésicale qu'on lui a enlevées environ un mois avant notre dernier entretien. Depuis, elle est incontinente et doit porter des couches. Elle et son conjoint respectent toujours une abstinence médicale.

Éléments transférentiels et clinique des passations

Isabelle est la deuxième jeune patiente de cette étude. Elle a donc environ mon âge et sa problématique autour de la stérilité me touche particulièrement. Isabelle s'exprime aisément. Malgré un premier temps factuel d'entrée dans la relation, elle est capable de se détendre et se laisse aller à l'exigence de l'entretien. Les deux premiers entretiens me laissent une impression de constance

plaisante, peut-être un peu trop par rapport aux épreuves que vit Isabelle. Le troisième temps de l'étude s'avère plus compliqué. Malgré un investissement évident de sa coquetterie, je trouve Isabelle fatiguée. Je suis surprise de la trouver ainsi alors que ses traitements sont terminés et qu'elle est considérée comme étant en rémission. Les entretiens précédents étaient agréables pour moi tant Isabelle était capable d'associations et montrait une envie de parler d'elle, faisant appel à des capacités de représentations et de figurations fantasmatiques. Celui-ci est différent, Isabelle se montre inhibée, elle remâche des images sidérées en lien avec l'opération. L'entretien est fantasmatiquement pauvre, elle ne se saisit pas de mes relances comme elle m'en avait donné l'habitude.

Les analyses cliniques et projectives signent le caractère névrotique du fonctionnement psychique d'Isabelle.

7.1.4. Juliette

« Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables ».

Les éléments anamnétiques et le parcours thérapeutique

Juliette a la soixantaine, qu'elle porte avec dynamisme. Elle est encore active professionnellement dans un métier à responsabilités et vit en couple avec une femme. Elle est alertée par des pertes et des saignements qui dérangent sa vie quotidienne et qui la poussent à consulter. Suite aux premières analyses, sa gynécologue lui annonce un cancer de l'utérus qui doit être opéré. Au moment où je rencontre Juliette pour le premier entretien en chambre d'hospitalisation, l'intervention est prévue pour le lendemain par cœlioscopie pour une hystérectomie possiblement élargie à d'autres organes, en fonction de l'avis des chirurgiens lors de l'opération elle-même.

Lors de notre seconde rencontre, trois mois après le début des traitements, elle commence l'entretien par le dilemme du protocole par tirage au sort : les médecins lui ont laissé le choix entre un soin expérimental comprenant de la chimiothérapie et un soin classique de radiothérapie. Finalement, elle explique qu'elle refuse de s'exposer au hasard du tirage et préfère ne pas faire partie du protocole, elle n'aura donc que de la radiothérapie. Suite à notre entretien, elle doit encore bénéficier de quelques séances de radiothérapie et d'une séance de curiethérapie.

Ce second entretien n'apporte pas beaucoup d'eau à notre moulin en raison de la grande banalisation qui y règne. Les résistances sont élevées et le refus est patent, elle débute l'entretien par : « rien, rien de particulier à dire (silence) ».

Éléments transférentiels et clinique des passations

Lorsque je rencontre Juliette pour lui proposer l'étude, elle se situe immédiatement comme un « cas particulier » pour mon sujet sur la sexualité, du fait de sa relation homosexuelle avec une femme avec qui elle vit. Néanmoins, elle est une femme en couple et débute prochainement les traitements pour un cancer gynécologique pelvien, je lui propose donc une rencontre, qu'elle accepte.

L'entrée en matière est difficile pour moi, elle me pousse à être très directe et adopte une attitude moqueuse. Juliette est très difficile d'accès, son assurance et sa rigidité relèvent du contrôle qu'elle tente d'exercer avec force sur notre entretien. Elle me renvoie ma jeunesse et par là son expérience avec agressivité. Elle installe une atmosphère de rivalité qui la rend relativement *impénétrable* à l'exercice de l'entretien. De fait, toute tentative d'élaboration reste bloquée par des convictions fermes qui verrouillent l'émergence d'affects sur un mode défensif extrêmement élevé. Cette *fermeture psychique* rend donc le travail associatif de l'entretien difficile et s'accompagne d'une agressivité à mon égard.

Trois mois après notre première rencontre, le registre n'a pas changé, l'entretien est toujours très difficile. Nous nous rencontrons cette fois dans un bureau. Elle est très soignée, dynamique, un peu sèche et sur la défensive. Elle me semble toujours condescendante avec moi. L'entretien est pénible à mener et même à réécouter. Elle tape sur la table pour ponctuer ses phrases, adoptant une gestuelle qui vient signifier « l'évidence » et donc l'inutilité de notre rencontre, de mes questions et de la recherche. Je ne suis pas vraiment surprise lorsqu'elle refuse le troisième entretien.

L'analyse de ses passations atteste du fonctionnement narcissique de Juliette.

7.1.5. Lorette

« J'ai pensé très fort que si je ne pouvais plus rien avoir là, ça serait bien [...].

Donc je pense que j'ai quelque part provoqué, je ne sais pas, peut-être pas, provoqué le mal à cet endroit là, justement parce que j'ai un refus total... je ne sais pas... ça peut être une coïncidence mais... ça s'est mis là plutôt qu'ailleurs quoi.

[...] j'étais mortifiée... Si j'avais pu être coupée là... je sais très bien que peut-être ça a influencé beaucoup ».

Les éléments anamnétiques et le parcours thérapeutique

Lorette s'est mariée très jeune avec un homme qu'elle décrit comme son opposé : très calme, *passif*,

alors qu'elle, est très *active*. Ils finissent par se séparer, en bons termes, à cause de cette incompatibilité de façon de vivre. Après cette relation, elle subit dans son travail un harcèlement sexuel de la part de son employeur. Alors qu'elle est licenciée (sans que nous ne sachions pourquoi), elle finit par céder à ses avances après qu'il ait proposé de la payer pour ses services sexuels. Elle a donc des relations sexuelles contre argent, environ une fois par mois, durant quelques temps, jusqu'à ce qu'elle rencontre son second conjoint. Il s'avère que celui-ci est alcoolique, avec lui elle boit et se drogue. Lorsqu'il est saoul, il devient violent, elle essaie alors de le quitter plusieurs fois mais elle « l'aime » et il la reconquiert toujours. Cela va donc durer de nombreuses années, ensemble ils auront deux enfants. Jusqu'au jour où elle rencontre un troisième homme, avec qui elle pourra partir en laissant tout derrière elle. Cependant, son ancien compagnon qui habite à proximité la harcèle et la menace de mort. Ces menaces, très violentes et effrayantes pour Lorette, la conduisent à faire ce qu'elle appelle « une dépression », qui se solde par un séjour de courte durée en psychiatrie qui lui fait selon ses dires : « beaucoup de bien ». Finalement, elle part vivre ailleurs avec son troisième conjoint qui est toujours celui qui l'accompagne actuellement. Ils ont un « ami commun » qu'ils fréquentent régulièrement. Un jour, cet ami déclare sa flamme à Lorette et, en même temps, son désir sexuel pour elle. À ces mots, elle tombe immédiatement dans une nouvelle « dépression », jusqu'à ce qu'elle cède à nouveau, acceptant des rapports sexuels non désirés. Lorsque cet homme meurt subitement, Lorette se trouve à nouveau dans une relation conjugale duelle. Sa mère décède peu de temps après. À cette occasion ses frères et sœurs l'accusent d'avoir un mode de vie débridé. L'accumulation de ces événements provoquent un arrêt brutal de son désir sexuel.

Lorsque je rencontre Lorette en hospitalisation, l'hystérectomie va avoir lieu le lendemain.

Lors de notre second entretien, elle se sent « handicapée » de la jambe, celle-ci lui fait mal et la préoccupe. Elle a eu, entre temps, des séances de chimiothérapie après la radiothérapie, elle m'apprend qu'elle va faire une séance de curiethérapie pour clôturer les traitements, pour « nettoyer » me dit-elle, puisqu'elle considère qu'elle n'a plus le cancer.

Éléments transférentiels et clinique des passations

Lorette est une femme d'une cinquantaine d'année, très frêle et très maigre. Je suis frappée la première fois par son état dégradé, proche de l'incurie. Elle porte des habits sales, troués et amples qui soulignent sa maigreur tout en camouflant sa féminité. Elle parle d'une manière enfantine, c'est-à-dire avec une petite voix fluette et gênée et ne finit pas ses phrases, avec une tendance au fading. Elle ne sait pas comment se placer, elle fait ce que l'on attend d'elle. Elle est très observante à l'entretien et me semble influençable dans son jugement.

L'histoire de Lorette est très complexe. La sexualité y joue un rôle crucial. Son manque de pudeur et les scènes violentes qu'elle raconte avec une simplicité crue, sans émotion, me mettent très mal à l'aise. Lorette me fait entrer dans une intimité glauque, sans limites entre elle et moi, et j'ai du mal à me dégager des images qu'elle m'impose, qui, finalement, me contraignent, comme elle l'a été. Je subis cet entretien, comme elle subit sa sexualité de femme possédée sans cesse par les hommes.

Nous verrons que Lorette se laisse *pénétrer* en permanence par l'autre, sans pare-excitant pour temporiser les épreuves qu'elle vit. Elle subit l'autre dans une résignation impliquant de fait le masochisme. Dans ce cadre, la situation de la recherche est à son tour pénétrante. La position de spectatrice dans laquelle elle me place, en me racontant les maltraitances sexuelles qu'elle a subies et qu'elle subit encore, est extrêmement désagréable. La place qu'elle me confère est celle qu'elle attribue à tous les autres, celle de pouvoir abuser et jouir de Lorette.

Au cours de l'entretien, Lorette s'effondre brusquement. Elle semble souffrir violemment et se retire brutalement de la relation, tentant de se dérober à ma présence, probablement dangereusement *pénétrante* pour elle à ce moment-là. Elle ne peut plus parler, au sens littéral du terme, elle a perdu la voix, elle se lève et me contourne de façon à ce que je ne puisse plus la regarder. Son repli est si intense que nous sommes obligées de conclure l'entretien.

Lors du second entretien le calme apparent de Lorette se solde à nouveau par un repli autistique massif. Cependant à ce moment-là, elle ne se lève pas et ne cherche pas à se soustraire à mon regard. Je me permets alors de signifier à Lorette qu'elle est en sécurité, en accentuant les qualités contenantantes du cadre. Après un long moment de silence prostré, la parole de Lorette peut à nouveau émerger timidement, suffisamment pour cadrer la fin de notre entretien.

Le troisième temps est sensiblement différent. Lorette arrive apprêtée, coquette, maquillée : méconnaissable. Elle est enjouée, sereine. Elle est souriante, parle distinctement et débute l'entretien sur une anecdote dans laquelle elle a pu adresser son agressivité à un autre lors d'une altercation. Elle ne s'effondre pas.

Le mouvement transférentiel fort intéressant, repérable dans le déroulement de ces trois rencontres, alimente notre propos puisqu'il nous semble essentiellement spécifié par les enjeux de la passivité.

L'analyse des protocoles témoigne de l'organisation psychotique du fonctionnement de Lorette.

7.1.6. Roseline

« Moi, je ne la trouve pas tout à fait comme les autres, dans le sens que ce n'est pas un microbe, c'est des choses presque qu'on se fabrique un peu. Et comme j'avais une vie très saine, pourquoi ça s'est développé, pourquoi d'un seul coup les cellules se sont mises à déconner ? Quelle a été l'erreur ? »

« C'est pas tellement, moi, la mort qui m'embête, mais c'est le fait de devoir quitter la vie. C'est ça qui est embêtant. On doit mourir, on doit tous mourir, mais d'un seul coup on a la limite ».

« Il m'a volé ma vie, cet homme là. Maintenant, je passe dessus, j'ai autre chose ».

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique

Roseline est une femme d'une soixantaine d'années. Elle a été mariée, nous dit-elle, mais elle l'est toujours car elle n'a jamais divorcé, malgré le fait qu'elle ne se soit jamais considérée mariée. Elle l'épouse car elle tombe enceinte suite à un refus de son médecin de lui prescrire la pilule. Elle épouse donc le père pour qu'il reconnaisse l'enfant, puis, elle s'en va : « Et dès l'instant où il a été reconnu je suis partie ». Roseline élève son fils, relatant une période calme de sa vie.

À aucun moment de l'entretien Roseline n'évoquera son parcours thérapeutique. Elle souhaite clairement parler de ce qui aurait *provoqué* son cancer. Elle pense avoir vécu un « harcèlement moral » pendant une vingtaine d'années. Il y a donc vingt ans environ, elle accueille chez elle un homme qui vivait dans la rue, pour l'aider. Il doit, dans un premier temps, garder sa maison pendant qu'elle part à l'étranger. Elle rencontre cet homme suite au départ de son fils à l'université. Ils se mettent en couple durant quelques mois : « Donc j'ai cru au départ que ça allait pouvoir être un compagnon de vie ». Cet homme est handicapé, il a une *myélopathie* selon Roseline. Il est décrit comme intelligent mais fainéant. Il n'a jamais pu travailler, elle raconte qu'on l'appelait « l'endormi ». Elle a une théorie très personnelle au sujet de la maladie de cet homme et de son comportement. Au bout de trois mois, elle lui demande de partir, il refuse et finit par lui imposer sa présence : « c'est quelqu'un qui vous enferme dans une espèce d'impossibilité morale de pouvoir s'échapper ». Elle n'arrive pas à « le mettre à la porte ». Lorsqu'elle veut le mettre dehors, elle décrit des scènes de violences accompagnées de chantage sentimental, à la fois brutales et attendrissantes. « Il vous fait des scènes vraiment horribles, des scènes, mais à vraiment vous supplier », elle se sent prise dans un « engrenage ». Lorsqu'elle raconte les scènes de colère, elle imite la voix de cet homme et entre dans la peau de ses personnages de manière très réaliste mais également très étrange. Depuis deux ans, il est enfin parti, mais la relation continue car il est incapable se débrouiller sans elle. Or, il est récemment tombé amoureux d'une jeune fille avec qui il

vivrait une relation sexuelle intense. Cela, Roseline le sait car il lui raconte. Dans un premier temps, elle se sent « libérée », puis elle bascule dans une rancune indescriptible qui provoque une réaction massive chez elle. « Là, d'un seul coup, je ne représentais plus rien. Après avoir vécu vingt ans d'enfer, d'un seul coup, dans ma tête je voyais des choses. Je me dis, mais ma fille, mais qu'est-ce qui se passe vraiment, comment tu réagis ? C'était invraisemblable. Des comportements vraiment invraisemblables qui ne me correspondaient pas, je ne comprenais rien du tout à la tentation des frénésies que j'avais au fond de moi, je me disais : qu'est-ce qu'il se passe ? Alors qu'au départ, j'étais enfin libérée ». Elle pense que cet homme lui « a volé plus de vingt ans de sa vie ». Elle raconte qu'aujourd'hui cet état lui est passé. Ils se sont réconciliés. En la voyant effondrée comme cela, il est revenu vers elle pour lui jurer fidélité. Ensuite, elle peut reprendre la maîtrise de la situation et le pousse à nouveau vers cette fille pour qu'il s'en aille, ce qu'il fait. À la suite de cela, elle commence à ressentir des douleurs dans le ventre et, quelques mois plus tard, on lui annonce son cancer.

Lors de notre second entretien, elle en est à sa quatrième séance de chimiothérapie et elle glisse subrepticement que les traitements deviennent difficiles à supporter. Mais, cette fois encore, elle n'est pas là pour parler de « ça », les traitements et la maladie en elle-même ne l'intéressent pas, son intérêt se situe dans l'origine du cancer, et donc dans toute son histoire de vie en amont de l'annonce. Alors, pour « savoir pourquoi la maladie s'était installée » chez elle, elle raconte l'histoire d'« une personne dont elle ne voulait pas » qui, installée chez elle, refuse de partir. Elle ressasse l'histoire qu'elle a déjà raconté au premier entretien : elle tourne autour de cette perte inélaborable que représente la séparation d'avec cet homme. L'élément nouveau qui émerge à cet entretien est le décès de son frère plus jeune, d'une pathologie pulmonaire « que toute la famille a », et ce, au moment de sa séparation. Cette seconde perte vient surenchérir la première. Cette succession de pertes finit par déclencher chez elle ce qui ressemble à une décompensation psychotique aiguë avec, entre autres, hallucinations auditives et dépersonnalisation, traduisant une poussée frénétique et incontrôlable de la pulsion sexuelle. Aujourd'hui, elle ne ressent plus ces symptômes, ils ont disparus avec l'apparition du cancer.

Après une seconde intervention chirurgicale, des complications requièrent une seconde hospitalisation et la décision de continuer les traitements. Au moment de la fin des inclusions de la recherche, Roseline est toujours sous chimiothérapie et la rémission n'est pas d'actualité. De ce fait, elle n'aura pas de troisième entretien dans le cadre de l'étude.

Éléments transférentiels et clinique des passations

D'emblée, Roseline se décale par rapport à notre relation, en signifiant une incompréhension entre nous au sujet de la recherche. Elle pense que je ne m'intéresse pas à la même chose qu'elle, c'est-à-dire : comprendre d'où vient son cancer. L'entretien s'initie de façon agressive, testant mon intérêt pour son histoire. Puis, tout au long de l'entretien, quelles que soient mes relances, elles sont mal vécues, ou incomprises. Elle répond dans une logique hermétique et avec agressivité, m'obligeant à prendre beaucoup de précautions. Parfois, elle ne m'entend pas, attestant au final d'un cruel défaut d'altérité. Elle est également atteinte d'une sévère logorrhée qui témoigne d'une pensée qui *tourne à vide*.

Les deux entretiens auront la même facture paradoxale, contradictoire, confuse, désorganisée. Roseline a un fonctionnement psychotique et sa relation d'objet est à tonalité persécutoire. Il ne se dégage pas de possibilité d'ambivalence ou de culpabilité : elle accuse, elle sait. Aussi, son humeur est déconcertante : elle enchaîne rapidement des affects discordants. Le clivage est à l'œuvre et le déni l'accompagne à travers une petite phrase qui persévère : « ça me fait aucun problème de ce côté-là ».

7.1.7. Gabrielle

« Moi, mon utérus il a servi trois fois et il s'est bien comporté, j'ai pas eu de problème de grossesse [...].

Si ça doit éviter que le cancer se propage ailleurs, je suis très décidée à rapidement enlever quelque chose qui pourrait être source de problème [...]. Non, ça ne me chagrine pas du tout. »

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique

Gabrielle est une femme d'une soixantaine d'années qui a trois enfants d'un premier mariage. Elle est remariée depuis environ vingt ans avec un homme plus âgé qu'elle. Elle annonce qu'ils ont tous les deux une très bonne santé et que donc le cancer leur a « mis un petit coup de massue ». Elle s'étonne que les trois opérations qu'elle a subies dans sa vie ne l'ai pas mieux préparée à affronter l'hystérectomie, prévue pour le lendemain de notre rencontre. Elle se sent un peu angoissée bien que cela ne transparaisse pas du tout dans son attitude. Sa dernière opération en date est une « abdominoplastie » suite à ses grossesses, pour améliorer son « bas ventre ». L'expérience lui laisse un souvenir très dur mais il s'agit d'une opération esthétique qu'elle a choisie de subir pour améliorer son physique.

Gabrielle découvre son cancer suite à de petits saignements qui lui paraissent « anormaux ». Elle consulte sa gynécologue. Les prélèvements montrent un « début de cancer dans l'utérus », mais la prise

en charge d'un cancer à son début la rassure car « il est pris à temps ».

Lorsqu'elle parle de son parcours thérapeutique, elle n'utilise pas de termes trop techniques et reconnaît volontiers qu'elle n'a pas le vocabulaire médical. Elle ne sait pas ce qu'il faudra enlever lors de l'opération qu'elle va avoir le lendemain : l'utérus ou plus ?

Gabrielle se dit éduquée sur le sujet de la sexualité car elle a fait partie d'une association sociale d'informations pour les femmes et anime des formations sur la sexualité. Elle a milité pour la cause des femmes dans différentes structures. Elle est actrice de la vie politique et investie dans le milieu associatif. Lorsque je la rencontre pour la première fois, elle n'a pas arrêté ses activités intenses qui la mettent sur le devant de la scène sociale.

Lors du second entretien, elle a fini les traitements depuis plusieurs mois et vient maintenant pour des rendez-vous de suivi. Entre nos deux rencontres, elle a donc eu une hystérectomie suivie de quatre séances de curiethérapie. Depuis le premier temps de l'étude, elle a « freiné » ses activités associatives et arrêté la politique. Elle a quand même accepté depuis peu un poste haut placé, toujours dans le milieu de la prise en charge sociale des femmes. Gabrielle nous apprend également le décès de sa mère, survenu quelques temps après son opération ; ce décès l'a beaucoup marquée. Étant donné qu'elle a fini ses traitements depuis longtemps, Gabrielle n'aura pas de troisième entretien.

Éléments transférentiels et clinique des passations

Je rencontre Gabrielle dans sa chambre d'hospitalisation, la veille de son opération. Cette dame d'une soixantaine d'années me fait entrer dans sa chambre d'hospitalisation comme si elle m'accueillait chez elle. Elle est soignée, elle a un visage souriant, bienveillant et serein, ce qui n'est pas habituel chez les patientes que je rencontre dans les mêmes conditions.

Gabrielle est très cultivée. Elle s'investit justement dans la prise en charge sociale des femmes et se montre très intéressée par ma recherche. Elle souhaite apporter son savoir à l'étude et adopte une attitude pédagogique. Son discours est ouvert, homogène, elle puise dans de nombreux domaines : politique, artistique, familial, affectif, avec labilité, faisant preuve de capacités associatives.

Pour le second entretien, je rencontre Gabrielle en salle de consultation. Elle a fini les traitements depuis longtemps et elle ne reviendra plus que dans le cadre de ses rendez-vous de suivi. Elle a toujours la même prestance, mais me semble cette fois plus fatiguée. Elle parle plus lentement qu'au premier entretien, d'une voix lasse et nonchalante.

L'entretien est globalement plus pauvre que le premier, elle est plus factuelle, elle entre moins dans les détails et donne l'impression de ne pas avoir envie de participer.

L'analyse globale du matériel témoigne du fonctionnement névrotique de Gabrielle.

7.1.8. Rose Marie

« J'ai dit : quand ils m'auront enlevé, pour moi, je voyais un trou. Les organes qui sont dessus, ils vont tomber. Mais il m'a dit : « ma petite, si tu avais pas des muscles, ça fait longtemps que tout serait tombé ». Donc, il m'a un peu expliqué, parce que ça, quand même, ça m'angoissait un peu. Je me suis dit : « quand ils vont m'enlever ça, il va y avoir un trou ». En fait, j'en sais trop rien. Je sais pas trop comment c'est. Je le visualise pas trop. [...] Voilà, je me dis, ce qui repose sur l'utérus, forcément quand il y aura le trou... ».

Les éléments anamnestiques et le parcours thérapeutique

Je rencontre Rose Marie en chambre d'hospitalisation. C'est une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte d'un cancer de l'utérus. Celui-ci a été découvert suite à des douleurs abdominales persistantes durant quelques mois et des saignements qui l'amènent à consulter. Elle est mariée depuis de nombreuses années et a quatre enfants. Sa mère est décédée des suites d'un cancer lorsqu'elle était très jeune.

Elle va subir une hystérectomie élargie avec annexectomie le lendemain de notre rencontre. Seule l'intervention chirurgicale est prévue. Malheureusement, elle m'apprend lors de notre seconde rencontre qu'elle a dû également faire de la chimiothérapie, traitement qu'elle continue au moment de l'entretien. Elle a également une poche de stomie³⁷² depuis l'opération (environ 4 mois) et ne sait pas encore si celle-ci est transitoire ou définitive. Elle a perdu ses cheveux suite à la chimiothérapie. En somme, Rose Marie est très atteinte corporellement par ses traitements. Lors de notre troisième entretien, elle est en rémission. Les traitements sont finis depuis maintenant 3 mois mais elle porte toujours sa poche de stomie et le médecin ne se prononce pas sur son caractère permanent. Cependant, elle est moins fatiguée et commence à « reprendre une vie normale ». Elle n'a pas le droit de reprendre le travail alors qu'elle le voudrait. Malgré la poche, elle *se sent bien*.

³⁷² « On désigne sous le nom de stomie une petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles.

L'intestin est relié au ventre et les selles sont recueillies dans une poche spéciale, collée autour de la stomie. Le terme d'anūs artificiel est parfois utilisé.

Pour expliquer la stomie, les soignants utilisent parfois le verbe aboucher : « le colon est abouché à la peau ».

Stomie vient d'ailleurs du mot grec stoma, qui signifie bouche. » définition de l'INCa : e-cancer.fr

Éléments transférentiels et clinique des passations

Je rencontre donc Rose Marie dans sa chambre d'hospitalisation, la veille de l'opération. Elle ne semble pas vraiment inquiète. Elle est timide et vient d'un milieu modeste, elle parle tout doucement. Par contre, elle utilise un vocabulaire franc et direct dans un registre familier, parfois discordant avec son attitude. Dans ce sens, son regard m'interpelle également, il peut parfois paraître un peu affolé, en complète contradiction avec son discours affirmé et dégagé, en apparence, de toute angoisse. En effet, l'élaboration est bloquée par le factuel, elle accentue les scènes de la vie quotidienne et répond méthodiquement aux questions.

Pour notre seconde rencontre, elle se présente avec un turban sur la tête, très maigre et amoindrie, à tel point que je ne la reconnais pas dans le couloir et ma sidération commence ici. Sa petite voix gentille et fluette, qui berce de son assurance, dénote avec les images corporelles sidérantes qu'elle exhibe. Je me sens, probablement comme elle, happée par cette poche et je ressens fortement ce sentiment d'inquiétude qui laisse la pensée en suspens face à l'incertitude, entre transitoire et chronique. J'ai des difficultés à penser cette poche au long cours qui signera forcément le passage à un autre mode de vie pour Rose Marie, et je ne fais qu'espérer avec la patiente qu'on lui enlève rapidement. De ce fait, j'ai un fort mouvement compassionnel pour Rose Marie, je la sens dans une grande détresse. Elle me donne malheureusement à voir l'image la plus terrible des gens atteints par le cancer, une image à laquelle je ne suis pas soumise la plupart du temps, en côtoyant pour mes recherches des patientes en début de cancer gynécologique. Pourtant, elle est là et elle pense, elle pense quelque chose de « ça », en dehors de « ça », elle en fait étonnamment quelque chose et j'en suis d'autant plus sidérée, admirative d'une force qui continue à pousser en dehors du décharnement du corps. Il se crée avec Rose Marie une figuration de la *déliation salutaire* entre le corps et la psyché, lorsque l'un peut *mourir* sans entraîner l'autre avec lui.

Le troisième temps est sensiblement équivalent : il est toujours compliqué pour Rose Marie de réfléchir, de penser en présence de la poche de stomie, à la différence près qu'elle a recours à l'humour et peut rire franchement.

L'analyse de ses protocoles nous renseigne sur un fonctionnement névrotique.

7.2. SYNTHÈSES DES RÉSULTATS ET RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES

7.2.1. Comparaison avec les résultats d'une recherche sur le fonctionnement psychique féminin chez trente jeunes femmes

Rappelons que l'analyse des protocoles des patientes de notre étude a été comparée avec les résultats aux tests projectifs d'une étude réalisée en 1993 par Rosine DEBRAY, Dody BENSALD-MREJEN, Monika BOEKHOLT, Catherine CHABERT et Michèle EMMANUELLI, concernant le fonctionnement psychique de trente jeunes femmes d'une consultation gynécologique, qui joue donc dans ma recherche le rôle de groupe témoin, afin de mettre en avant les singularités psychiques inhérentes à la situation du cancer gynécologique et de ses traitements.

Que dire de la comparaison effectuée sur les résultats précis, dégagés des trois outils communs aux deux études ?

7.2.1.1. La comparaison des résultats au Rorschach :

Notre premier point de comparaison des Rorschach concerne les réponses centrées sur l'intérieur du corps :

Ces réponses ne sont pas aussi présentes dans nos protocoles que nous le laisserait penser l'étude témoin : deux protocoles n'en présentent aucune (Gabrielle et Rose Marie), quatre n'en présentent qu'une et deux en présentent plusieurs (Isabelle et Juliette), concourant à une moyenne de une par protocole. Quant à leurs emplacements, nous les retrouvons effectivement fréquemment à la planche I, exception faite d'Isabelle qui déploie ses réponses sur la fin du protocole. Par contre, nos résultats viennent appuyer avec force ceux de l'étude témoin concernant des réponses plus nombreuses chez les femmes en proie aux questionnements concernant leur capacité procréative. En effet, Isabelle (5 réponses « intérieur du corps » / R= 20), unique patiente de notre population dont les capacités procréatives vont être définitivement abolies par une hystérectomie alors qu'elle est en âge de procréer et qu'elle énonce clairement un désir d'enfant, présente ce genre de réponses en surnombre par rapport à la moyenne. La seconde patiente est Juliette (6 réponses « intérieur du corps » / R=23), une patiente homosexuelle qui présente un très fort investissement de ses capacités intellectuelles. Au demeurant, les processus qui sous-tendent la projection ne sont pas les mêmes pour ces deux femmes. Pour Juliette, les réponses centrées sur l'intérieur du corps sont nombreuses, dans un registre anatomique investissant plus particulièrement l'appareil sexuel féminin s'attachant à

y repérer tous les organes le composant (vagin, cavité utérine, lèvres, coccyx, hanches, vulve, bassin et colonne vertébrale). Ces réponses relèvent d'une volonté de baliser l'espace interne mal délimité et surtout transformé par la chirurgie. Pour Isabelle l'opération n'a pas encore eu lieu et plutôt que d'orienter ses préoccupations vers la délimitation à tout prix d'un espace interne qui échappe, les images itératives du corps de la femme témoignent d'une répétition traumatique.

De plus, se retrouve fréquemment dans les deux études ce type de réponses à la planche I. Pour Juliette, il ne s'agit pas du sexe féminin mais de tout ce qui l'entoure : coccyx, hanche et au-dessus colonne vertébrale, laissant vacant l'emplacement des organes génitaux internes de la femme qui ont subi l'ablation. Cette désignation en creux relève d'une angoisse concernant cet espace vide à circonscrire, donc en lien avec une problématique actuelle.

Deux autres patientes font elles aussi résonner la première planche avec leur problématique actuelle. La réponse est centrée sur l'intérieur du corps à la planche I, mais cet intérieur est projeté comme détérioré, abîmé... « malade » dira Danielle.

Ainsi, nous confirmons ce que l'étude témoin révélait au sujet de la planche I et de sa résonance transférentielle induite par la recherche. Nous y retrouvons à notre tour une résonance spécifique à l'étude, révélant l'angoisse portée sur l'intérieur féminin, relative à une menace actuelle ou une sentence réalisée, et qui fait état d'un intérieur ravagé, morcelé, vide, mort.

L'étude témoin analyse la présence de réponses sexuelles directes qui sont « les réponses axées essentiellement sur le sexe féminin et non intégrées à une représentation corporelle unitaire ». Nous trouvons exactement le même rapport de présence, c'est à dire dans deux tiers des protocoles. Précisons que dans notre étude ce sont les fonctionnements les plus déficitaires (Doris, Lorette, et Roseline) qui ne présentent aucune réponse sexuelle directe quelle qu'elle soit. Trois protocoles n'en présentent qu'une seule (Danielle, planche I : féminine ; Gabrielle, planche III : féminine ; Rose Marie, planche III : féminine) et les deux protocoles qui se trouvaient déjà chargés de nombreuses représentations centrées sur l'intérieur du corps comportent quasiment autant de représentations sexuelles directes : Juliette, dans un registre strictement féminin, et Isabelle, qui présente une représentation masculine à la planche III. Ces représentations sont néanmoins partielles.

C'est à l'endroit des résultats portant sur les représentations symboliques du corps³⁷³ et la bisexualité psychique que nos études diffèrent. Proportionnellement, malgré la restriction de nos protocoles, nous retrouvons des représentations symboliques dans 8 protocoles sur 9 (contre 8/30 à l'étude témoin). De plus, nous relevons de nombreuses références phalliques, plus fréquentes que ne le sont les références symboliques féminines. Ainsi, nous voyons apparaître des indices de bisexualité

³⁷³ Représentations symboliques du corps : prennent la forme de contenus à valeur sexuelle ou corporelle et sont connotées narcissiquement, représentant l'investissement de la féminité.

psychique chez l'ensemble de nos patientes, traitée selon le fonctionnement psychique. En contraste de l'étude témoin, la bisexualité psychique est donc à l'œuvre dans ces protocoles, sans investissement privilégié d'une valence déterminée. Ces résultats mettent là en lumière une spécificité de l'impact du cancer gynécologique et de ses traitements qui convoquent de manière tout à fait singulière la bisexualité et les capacités de symbolisation des femmes pour pallier le manque représentationnel d'une intériorité qui fait défaut. Les représentations symboliques du corps ne semblent pas soutenir l'investissement de la féminité. Les protocoles présentent plus facilement des références bisexuées ou sans engagement, soutenues par le clivage, l'isolation et l'hésitation. En effet, au Rorschach nous notons des identifications sexuelles sans engagement, neutres ou bisexuées : « des chérubins » ; « des gamines avec des queues de cheval dressées » ; « un masque porté par deux rats ou deux souris ». Si la bisexualité est moins inhibée qu'à l'étude témoin, cela atteste peut-être de l'incidence transférentielle du thème de l'étude sur la passation elle-même, influencée par le contexte du sexe féminin des chercheurs et associée à la thématique des études. L'objectif de la recherche témoin étant d'accéder à une connaissance du fonctionnement psychique féminin suppose d'être à l'écoute d'une intériorité féminine. Cette dimension est moins présente dans notre étude, c'est celle, majeure, conférée à la maladie qui domine et en arrive à supplanter celle de la sexualité féminine, pour ces femmes en situation de traitement et d'hospitalisation. Ainsi, la bisexualité qui est peu inhibée, livre son ressort défensif ; la « variété » qu'elle convoque s'effectue au profit d'une absence d'investissement du – seul - pôle féminin des registres sexuels, objet de la recherche, et ce faisant, des chercheurs. La bisexualité qui ponctue nos protocoles serait alors un avatar transférentiel de l'actualisation d'un vécu de passivation sollicité à la fois par la passation, le sujet de la recherche, et la proximité d'avec la situation actuelle, qui concourent à la dangerosité de révéler le pôle féminin des registres sexuels. Le registre bisexuel interviendrait ainsi dans une visée défensive. La bisexualité procéderait d'un « camouflage » du féminin, qui serait à entendre en termes de protection ; la manœuvre bisexuelle préserverait le féminin des convoitises et autres rétorsions dont il fait l'objet, tout autant qu'elle le dégagerait des images de passivité qui lui sont liées.

– Nous avons cherché, à l'instar de l'étude témoin, les identifications féminines à travers les représentations de relation. Pour ce faire, nous observons spécifiquement les planches I, III, VII et IX (bilatérales et/ou dites féminines). L'étude témoin n'y trouve que des figurations de l'image féminine / maternelle négatives, accompagnées d'une absence de mise en relation remplacée par des représentations figées, avec pourtant une érotisation du corps féminin dans un contexte homosexué, quelque soit le registre de fonctionnement.

Les protocoles de nos patientes atteintes dans leur corps, dans leur chair, sont à n'en pas douter restrictifs ; marqués par une absence de mise en relation et une inhibition des mouvements pulsionnels, l'analyse des identifications en est rendue difficile.

Si nous trouvons à notre tour des figurations d'une image féminine, celles-ci sont rares et même uniques dans certains protocoles. Quel que soit le fonctionnement de la patiente, elles apparaissent toujours aux planches III et VII, donc en lien avec les résonances maternelle et bisexuelle du matériel.

Il est intéressant de constater que, contrairement à ce que retrouvait l'étude témoin, ces figurations ne sont pas négatives, mais angoissantes, porteuses d'une difficulté à projeter un corps féminin entier et érotique.

Dans trois protocoles de factures pourtant différentes aucune figuration féminine n'apparaît (Danielle, Isabelle et Doris). On y retrouve respectivement une figuration anonyme et une figuration masculine toujours à la planche III, et une absence de figuration sous le joug de l'inhibition. Pour toutes les autres, il est au moins donné une image féminine toujours dans une relation homoséxuée, soit spéculaire, soit figée. Aussi, si nous retrouvons bien le registre homosexué des relations féminines ainsi que des représentations figées dans la majorité des protocoles, le corps convoqué pour figurer le féminin est par contre en général peu érotisé ou alors, timidement à l'enquête, en proie à une parcellisation sinon à une tentative de renforcement de ses limites.

À l'instar de l'étude témoin, les relations sont extrêmement rares, cela indépendamment du registre de fonctionnement. Pour nos patientes, c'est toute la pulsionnalité qui est comme suspendue, figée par les kinesthésies de position et les relations spéculaires, les représentations de relation sont de toute façon absentes.

En bref, un corps féminin anatomique est bien présent chez nos patientes, mais non érotisé, s'accompagnant d'une absence notable de représentations de relation et d'un manque de représentation féminine. L'érotisme a fui la féminité, laissant apparaître, sous l'effet de la dé-liaison, le clivage, l'inhibition et une auto-centration narcissique.

7.2.1.2. La comparaison des résultats au TAT

Au TAT, nous comparons les identifications féminines à travers les représentations de relations figurées. Nous ciblons les mêmes planches qu'à l'étude témoin.

Aux planches 4 et 6, l'étude retrouvait une érotisation « forcée » des relations. Nos résultats montrent l'inverse. 5 des 8 protocoles montrent clairement un érotisme absent, défendu par

l'inhibition pulsionnelle et la factualisation de la représentation de couple, mais aussi pour deux de nos patientes (Doris et Lorette), par un mouvement d'étayage qui contre-investit l'érotisme. Lorsqu'il ne s'agit pas du déploiement d'une relation d'étayage, nous remarquons tout de même que le couple est abordé comme une entité, conduisant souvent à l'évocation d'une relation spéculaire, la fusion des deux partenaires permettant d'éviter l'ambivalence, en évitant l'altérité. Nous retrouvons dans les entretiens cet investissement narcissique de l'objet d'amour conduisant à une relation d'objet spécifique du temps de la maladie.

Dans nos protocoles, lorsque les mouvements pulsionnels ne sont pas muselés par l'inhibition, l'absence de mouvement érotique à ces planches (4 et 6) signifie la désintrication pulsionnelle et l'impossibilité de jouer d'une ambivalence. Dans ce cas, c'est le pôle agressif qui domine la représentation du couple. Sinon, lorsque la factualisation n'a pas déraciné la pulsion, l'inhibition peut aussi laisser émerger un courant tendre et étayant pour contre-investir les intentions sexuelles.

A défaut d'ambivalence, nous relevons chez trois de nos patientes un clivage à l'œuvre (Juliette, Lorette et Roseline). Pour Juliette celui-ci prend en charge l'affect amoureux et un mouvement violent d'attaque à la planche 4. Les planches 4 et 6 convoquent donc chez elle, de manière exceptionnelle par rapport aux patientes de notre étude, une érotisation des relations de manière des plus massives. Malgré les efforts répétitifs de Juliette, les deux pôles pulsionnels présents ne parviennent pas à se lier. La planche 6 glisse dans un registre pervers où l'érotisation sert le sadisme de l'homme qui contraint la femme. Dans notre étude, il est également difficile d'aborder ces deux planches avec un regard commun, en ce qu'elles s'avèrent faire l'objet d'un traitement spécifique. Si la planche 4 nous renseigne sur les mouvements d'intrication pulsionnelle projetés sur la représentation du couple, la planche 6 quant à elle ravive un fantasme de séduction hystérique, soit activement défendu à travers la réaction du personnage féminin : indifférente, surprise, dans l'incompréhension, soit convoquant une inquiétude ou plus franchement une relation de contrainte du personnage féminin sous l'emprise de l'homme. Par ce qu'elle convoque de l'emprise et de la séduction, cette planche semble solliciter des défenses importantes chez nos patientes afin d'empêcher la rencontre ou d'en maîtriser les effets.

Nos protocoles ne nous permettent pas de généraliser aussi aisément que l'étude témoin l'évitement de la rivalité féminine. Dans leur majorité, les relations ne sont pas spéculaires, cependant, les planches 5, 7 et 9 qui retiennent l'attention de l'étude témoin à ce propos, ne sont pas traitées de la même manière par nos patientes.

La planche 7 est, dans ce sens, constamment perçue à travers des scénarios qui ne reconnaissent pas de mouvement d'ambivalence dans la relation mère / fille, faisant ainsi fi de toute rivalité, et cela,

quel que soit le mécanisme utilisé : abrasion pulsionnelle, isolation, inhibition, clivage. Les fonctionnements les plus perturbés ne peuvent pas prendre en charge la rivalité quelle que soit la sollicitation latente, entraînant des mécanismes de clivage et d'isolation des relations (Lorette, Juliette, Roseline). Nous remarquons, au sein des protocoles, l'émergence régulière d'une relation mère / fille de l'ordre de l'étayage, convoquant notamment une mère primaire qui met à l'abri des besoins du corps.

La planche 9 ne témoigne pas d'un évitement systématique de la rivalité féminine ; elle inscrit cependant sans exception, quel que soit le registre de fonctionnement, des scénarios mettant en scène un mauvais objet dangereux pour l'autre, soit voyeuriste et menaçant, soit plus clairement attaquant.

La planche 5 révèle un investissement plus varié de l'image féminine tantôt perverse, tantôt bienveillante. L'image féminine n'est donc pas obligatoirement négative, elle véhicule aussi bien des mouvements agressifs (omnipotence, intrusion, attaque), qu'un courant tendre et étayant.

La planche 11 complète donc l'investigation de la relation à une imago maternelle prégénitale. Si l'étude témoin retrouve une capacité à figurer sans désorganisation, nos patientes nuancent ce résultat : quatre désorganisations sont entraînées suite à deux fantasmes de dévoration et deux suite à l'expression d'une angoisse de destruction : « le chaos », la « catastrophe ».

De manière générale, la planche 11 convoque des représentations symboliques d'un intérieur féminin / maternel : l'intérieur d'une caverne, une grotte, un trou noir et profond, un ravin, auxquels s'ajoute parfois l'introduction d'un mouvement. Quoiqu'il en soit, la régression est toujours appréhendée par un recours au corps, à ses enveloppes et ses limites.

La représentation commune d'« une maison sous la neige » retrouvée à la planche 19 par l'étude témoin, n'apparaît que trois fois sur les huit protocoles de la recherche. Rose Marie la perçoit dans un contexte factuel qui ne donnera aucune suite. Pour Juliette la « maison sous la neige » est bel et bien un contenant chaleureux et protecteur par rapport à un environnement hostile; cela dit, cette aisance à traiter cette planche n'est pas généralisable à l'ensemble du protocole, pas plus qu'elle ne signe la possibilité d'ambivalence, qui s'avère reléguée par le clivage. Il en est de même pour Roseline ; si elle perçoit la représentation commune, ce contenant chaleureux ne suffit pas à contenir la désorganisation et ne témoigne pas d'un fonctionnement favorable dans l'ensemble du protocole.

7.2.1.3. Pour conclure sur la comparaison

Tout comme notre étude témoin, nous ne relevons pas d'atteinte identitaire significative en dehors de celles relatives au fonctionnement psychotique de deux de nos patientes. Dans le contexte clinique de notre recherche, ce résultat est surprenant lorsque l'on sait à quel point les études mettent en avant les bouleversements identitaires chez les patientes atteintes de cancer. Les modifications corporelles imposées par les traitements (alopécie, brusques changements de poids, cicatrices...) n'épargnent pourtant pas nos patientes et sont reçues comme des attaques successives de leur féminité. Finalement les perturbations identitaires relèvent plutôt d'une atteinte de l'unité corporelle plus ou moins importante selon les patientes. Au demeurant, l'effraction corporelle de la maladie est perceptible chez toutes à travers des préoccupations corporelles envahissantes les projections (indice d'angoisse élevé). Si l'intégrité corporelle est préservée, nous entendons néanmoins les changements et les transformations via un corps convoqué dans ses limites. Outre l'absence de représentations internes, c'est la question des limites qui s'avère commune à toutes les passations, et notamment les limites dedans-dehors, en ce qu'elles concourent à la démarcation des espaces entre intérieur et extérieur du corps. Ce résultat commun à nos patientes varie selon les fonctionnements, nous trouvons :

- une simple réassurance des limites nécessaire devant l'effraction (Gabrielle, Rose Marie),
 - une effraction de l'enveloppe corporelle tangible, entraînant des préoccupations corporelles envahissant les projections avec fixation sur l'organe atteint jusqu'à la répétition d'une image traumatique de l'intérieur du corps (Juliette, Isabelle).
 - et une béance du corps ouvert signant la confusion des espaces (Lorette),
- C'est donc l'espace interne qui est convoqué et interrogé par chacune, mais il s'agit toujours d'un espace interne en danger, en proie à une déstructuration et relevant de l'angoisse.

7.2.2. Réactualisation et traitement de l'angoisse (HO1)

7.2.2.1. Angoisse de pénétration et angoisse de la pénétration

La crainte la plus évidente et la plus communément rapportée par les patientes est celle de la pénétration lors de leur relation sexuelle. Une crainte qui peut s'instaurer bien avant le début des traitements, au moment de l'annonce, renvoyant alors les femmes au caractère irrationnel de leur peur puisque qu'elles ont conscience que l'annonce n'a pas fait apparaître subitement le cancer.

Pourtant, avoir connaissance de l'intrus morbide en elle les effraie et déclenche immédiatement des réactions défensives comme celle du rejet de la pénétration sexuelle.

Qu'est ce qui sous-tend cette crainte ?

D'abord, dans leur « roman de la maladie », les femmes orientent l'étiopathogénie du côté de la sexualité : c'est ainsi le retour d'une jouissance perdue qui, pour Isabelle, signe le début du cancer ; une vie dévergondée aux mœurs immorales est la cause invoquée par Lorette ; l'abstinence forcée liée à une relation d'emprise est celle de Roseline ; enfin, Gabrielle présente une vie clivée entre un féminin maternel avec un premier mari et un féminin érotique avec son second mari, donc une relation actuelle construite autour du plaisir sexuel.... Le cancer pelvien, en concrétisant les dommages et mauvais fonctionnements du sexe interne féminin que nous connaissons théoriquement, pourrait réveiller une culpabilité œdipienne associée aux doutes fantasmatiques de mutilation. Ces interprétations de l'apparition du cancer comme punition par castration / destruction sanctionnant une sexualité trop jouissive sont liées à un fantasme d'incurie que nous détaillons par ailleurs (HO3), lui-même expression du mouvement mélancolique qui, au-delà de sa thématique morbide, transforme le passif en actif. La « mélancolisation » de cet intérieur est vécue comme contagieuse. Un fantasme d'écoulement d'un intérieur fécalisé et toxique est décelable à travers des comportements d'évitement, comme ne pas se baigner ou ne pas avoir de relation sexuelle. L'intérieur féminin est inexorablement source d'angoisse : sale, contaminé, contagieux, détruit, et même à castrer. Ainsi représenté, le féminin déclenche des fantasmes spécifiques que nous reprendrons pour répondre à notre hypothèse sur le devenir du féminin. Entre une sexualité déviante et/ou culpabilisée, un intérieur nauséabond et malade et un mouvement mélancolique qui retourne la pulsion sur le moi s'autoaccusant de sa déchéance, il nous semble percevoir le fantasme inconscient d'avoir incorporé le mauvais pénis, qui s'actualise chez ces femmes dans la destruction vécue de leur intérieur sexuel. Nous pensons que cette mauvaise pénétration actualisée par la situation infiltre de sa représentation angoissante la réalité qui prend une réelle valeur de danger équivalente à ce qui peut détruire l'intégrité corporelle. Dans ce cas, la pénétration serait vécue comme un désir insupportable, inacceptable par le moi, et s'inscrirait en contradiction avec la défense narcissique fondamentale et l'auto-conservation. Nous justifions là pour une part les craintes de la pénétration.

Un autre phénomène nous semble sous-tendre l'actualisation de l'angoisse de pénétration. En effet, en deçà de la dimension très réelle de la crainte repérable de la pénétration sexuelle, une angoisse prégénitale commune s'actualise en lien avec la passivité des premiers soins dans la relation avec la figure maternelle. Nous reprenons très rapidement l'analogie entre la situation des traitements et celle de l'infans, dans sa relation première à la mère, puisque nous la développons largement dans nos résultats sur les capacités de passivité de ces femmes. Les images de passivité et les vécus de

pénétration qu'elles supposent, sont sollicités par la situation du cancer gynécologique. Les femmes sont effractées tant de manière concrète, c'est à dire dans leur corps, et qui plus est au niveau de leur sexe, que de manière psychique par la position passive à laquelle les soins les contraignent. Les pénétrations répétées du corps dans le cadre de la prise en charge médicale peuvent réveiller des sensations érotiques déplaisantes pour la femme puisqu'elles entrent en résonance avec un vécu de passivation dont elles n'auront de cesse de tenter de se dégager, comme nous le verrons par la suite. Ainsi nous remarquons avec intérêt que l'angoisse de pénétration ainsi actualisée s'exprime par une angoisse de la pénétration sexuelle, rendant palpable l'actualité fantasmatique qui redonne vie aux angoisses enfouies de la petite fille d'autrefois.

L'analyse de la planche IV du Rorschach est tout à fait étonnante et révélatrice de l'angoisse intense de pénétration pour ces femmes. Les patientes qui ne perçoivent pas le détail phallique présentent une angoisse de type Clob associée à des qualificatifs de grandeur attestant d'une démesure : « énorme », « gros », « très gros », « plus gros que la moyenne », « c'est trop large ». Pour les autres le clivage est à l'œuvre soit par déplacement de l'axe de symétrie porté par un FE de perspective (Gabrielle), soit par déni de la perception : « ça je ne sais qu'en faire », « y a que ça qu'est un peu gros, ça gêne », « ça, ça n'existe pas ». Ces réponses de démesure sont régulièrement associées à des réponses peau visant le renforcement de l'enveloppe.

Par ailleurs les protocoles foisonnent de représentations axées sur des impressions de disproportion de tailles mais surtout de la démesure effrayante de certains détails : « un corps très menu » (III) ; « je ne vois pas ce que ça pourrait être, la taille des ailes est très importantes » (V), etc.

Au regard de l'angoisse de pénétration, nous pensions mettre en évidence un potentiel effractif important de la reviviscence du fantasme de séduction. Or, nous avons été surprise du caractère relativement classique des interprétations données par les femmes à la planche 6GF. Il nous faut néanmoins noter la prégnance du fantasme de séduction dont l'homme est l'instigateur, énoncé comme tel, sans détour, illustrant à nouveau un défaut de refoulement chez ces femmes. Le personnage féminin est tour à tour indifférent, inquiet, surpris, contraint par cette séduction reflétant la variété des fonctionnements de nos patientes. Rappelons tout de même que le TAT a été passé avant le début des traitements qui, semble-t-il, sont catalyseurs de l'intensification d'une angoisse de pénétration.

Nous repérons au cours des remaniements pulsionnels une évolution de cette crainte de la pénétration sexuelle. Elle perd de sa force et de son évidence au fil du temps. Les femmes présentent des conduites inverses dans un retour rapide, voire forcé, de la pénétration dans leurs relations sexuelles. L'expression, jusqu'à la réalisation de ce désir, parfois au prix d'un danger pour

la santé et d'une inobservance, nous semble une façon pour ces femmes d'interroger les limites transformées de leur corps alors qu'elles n'ont plus de cancer. Elles provoquent la souffrance pour savoir, elles mettent à l'épreuve leur capacité à ressentir et la solidité de leurs éprouvés. Ceci nous conduisant à une nouvelle interrogation : sommes-nous encore sous le primat du génital ? La réalisation de l'acte sexuel est-elle gouvernée par l'investissement érotique des organes sexuels féminins ? Ou, pris dans un dessein de vérification, est-elle liée à la destruction et à l'angoisse de ne plus jouir ? C'est ce que nous donne à penser plusieurs patientes Isabelle, Danielle, Gabrielle, Lorette et Rose-Marie qui s'interrogent, chacune à leur manière, quant au devenir de leur jouissance sexuelle. Ainsi, la crainte de pénétration et sa levée brutale nous semblent-elles sous-tendues par la même angoisse soulevée par le constat de la perte des éprouvés érotiques internes, exprimé par de nombreux questionnement qui relèvent tous de la même interrogation: après, est ce que ma jouissance sera la même ?

7.2.2.2. La crainte de ne plus jouir, de perdre le désir, d'avoir des ressentis modifiés

L'absence quasi totale de repères perceptibles, mis à part des saignements qui souvent ne marquent pas les femmes tant ils sont assimilés aux aléas des saignements féminins, autrement dit l'absence d'expression d'une symptomatologie du cancer gynécologique, laisse planer un doute sur la bonne santé de l'intériorité au profit d'une étrange sensation, informe, que les femmes compensent de leur intuition. Pourtant, perte et destruction sont inéluctables dans le traitement du cancer pelvien entraînant de fait un détournement des organes de jouissance malades vers d'autres. Les patientes relatent communément leur inquiétude quant aux modifications de leur sexualité, elles s'interrogent sur le changement des ressentis internes et la perte de leur plaisir sexuel. Ainsi, plutôt que d'avoir peur de subir ou d'avoir subi la castration, la femme a peur que l'on détruise son intérieur, destruction advenue ou à advenir de ses organes féminins qui transformerait ses ressentis et modifierait sa jouissance. Ce sont ces peurs que nous pouvons écouter au pied du lit des femmes malades que l'on doit « châtrer » ou qui l'ont été. Isabelle, par exemple, vient de rencontrer un homme avec lequel elle a pu redonner vie à sa jouissance sexuelle qu'elle croyait définitivement perdue suite à son accouchement. A présent, elle est très inquiète de perdre à nouveau cette potentialité de jouissance. Sa faute est probablement celle de s'être laissée faire jouir, d'avoir accepté la conquête de son moi, s'apparentant désormais à sa défaite. Le féminin ravi est courroucé par un moi qui a la défaite en horreur. La culpabilité qu'elle ressent alors dans un registre œdipien inscrit le cancer gynécologique dans le roman de la maladie comme une punition sanctionnant les fantasmes œdipiens en lien avec les ressentis érotiques internes (vaginaux, utérins...).

7.2.2.3. Une émergence de craintes phobiques

L'apparition de nombreuses craintes de type phobique met en exergue un scénario fantasmatique qui rend compte de l'actualité des angoisses primitives du féminin telles que la destruction interne et la pénétration. Nous ne faisons pratiquement que les énumérer dans ce paragraphe puisque les plus importantes, en termes de fréquence chez ces patientes, seront reprises ultérieurement pour être détaillées et mises en lien avec les fantasmes et les mouvements psychiques qu'elles recouvrent.

L'apparition de craintes phobiques est tout à fait généralisable. L'objet de la crainte concerne l'enfermement et l'hospitalisation (que l'on repère chez nos huit patientes, que nous approfondirons dans notre dernière thématique relative à la pulsion de mouvement), l'anesthésie ou encore les hémorragies. Aussi, nous repérons des peurs plus étonnantes de premier abord, comme celle récurrente de se baigner, qui nous apparaît symptomatique d'une angoisse d'un écoulement mortel et que nous détaillons également plus loin pour illustrer nos hypothèses sur un intérieur mélancolique. Néanmoins, pour introduire la question des hémorragies, qui représentent les principaux symptômes annonciateurs à bas bruit du cancer pelvien, notons d'emblée qu'elles s'apparentent chez les femmes à un vécu de pertes infinies et du sentiment de se vider. Nous considérons ces manifestations comme la conséquence d'une fonction contenante du moi-peau effractée. La peau réellement trouée se reflète sur la toile psychique tendue par le moi-peau et génère de l'angoisse. Il s'agirait d'une forme d'angoisse répondant à une déformation de la fonction contenante du moi-peau, lorsqu'elle existe chez la patiente (puisque'elle n'est pas à l'œuvre chez Lorette) ; elle est effractée, trouée, renvoyant à ce que Didier Anzieu décrit comme un « moi-peau passoire » (résultats repris à propos de l'érotisme corporel, HO2). Des pertes de mémoire temporaires produites par les traitements produisent également cette angoisse, l'intérieur se vide, par les trous psychiques ouverts par les traitements.

L'angoisse déclenchée par les inscriptions des traitements sur la surface du corps plonge le sujet dans un roman de la maladie qui met en jeu la fonction de « gardien des traces » du moi-peau. La culpabilité qui intervient dans cette mise en sens réveille l'angoisse d'être marquée sur le moi par les traces accusatrices / dénonciatrices du surmoi qui révèlent les bravades faites aux interdits œdipiens entraînant à ce titre la condamnation par la castration. Or, comme nous l'avons vu, cancer et traitements sont bel et bien vécus comme une expérience de castration, une expérience qui d'ailleurs sollicite la culpabilité liée aux fantasmes œdipiens et à leurs interdits.

Beaucoup de femmes parlent, à un moment ou à un autre, de façon plus ou moins furtive, d'une claustrophobie, dont elles ne proposent pas une étiologie liée à la maladie elle-même mais qui émerge avec elle et s'exprime suite aux nombreuses épreuves de contraintes physiques.

Concernant l'anesthésie, nous souhaitons simplement relever que cet état les rapproche toujours plus d'une position passive contre laquelle elles luttent. Ce sommeil indéfectible les place à la merci de l'autre augmentant leur vécu de passivation. Cet état de repos total du corps semble s'inscrire comme une représentation de la mort, ou du moins comme une victoire, aussi triomphante que redoutée de la pulsion de mort lorsque celle-ci n'exerce plus sa fonction salutaire de séparation.

7.2.2.4. La relation avec l'objet d'amour sous l'influence de la mort

Ces femmes attestent d'un fonctionnement psychique mouvant. L'actualisation des angoisses primitives constitutives du féminin participe à l'instabilité de leur structure psychique. Les forts mouvements d'intrication pulsionnelle modifient leurs relations d'objet et convoque un système défensif inhabituel.

Ces angoisses primitives nous semblent toutes sous-tendues par la réactualisation de la toute première relation d'objet et ce qu'elle convoque d'une « action passivante » (André Green, 1990) portée cette fois par les objets soignants mais aussi par l'objet cancer qui impose son règne d'étranger en soi. Le traitement de ces angoisses induit une relation d'objet spécifique pour ces femmes qui semble transversale à tous les registres de fonctionnement: une relation qui réunirait les caractéristiques de la relation anaclitique et fusionnelle. En effet, en écoutant la description que ces femmes donnent de leur objet d'amour électif, nous sommes saisis par l'absence de langage qui caractérise la relation : « il ne parle pas » ; accompagné pourtant d'une connaissance intuitive parfaite des ressentis de l'autre, une connaissance qui ne souffre pas le doute puisque : « il est comme moi ». Autre occurrence remarquable dans leur discours, leur besoin quasiment vital de la présence physique de cet objet d'amour, puisque son absence plonge ces femmes dans une solitude très difficilement supportable. Il est là, il dort à l'hôpital, il attend dehors durant l'entretien, il pose les questions à leur place, il accueille le discours médical quand elle ne peuvent plus entendre... Leur quotidien de couple est décrit dans le « même », l'autre est toujours d'accord, jusqu'au cas extrême de Doris qui ne peut plus quitter son mari d'une semelle, se sentant prise d'une forte angoisse lorsqu'elle y est contrainte. Notons aussi que ce mouvement d'investissement connaît, comme toute conduite extrême, son revers, ce que nous aborderons avec les cas particulier de Lorette et Roseline. Un dernier élément à repérer dans l'investigation de la relation avec l'objet

d'amour, est justement ce manque d'amour qui jalonne les discours au moins durant les deux premiers temps de l'étude, ré-apparaissant dans le meilleur des cas au dernier temps ou du moins interrogé à ce moment là.

Il est là, il est présent, il est attentionné, il va même jusqu'à s'occuper de faire les soins à domicile, de nettoyer la poche de stomie. Pour Rose Marie l'exemple est frappant : dans ses relations, le corps est devenu important et domine, un corps mécanique, biologique, qu'il faut changer, nettoyer, que l'on sent, que l'on voit, et qu'elle partage avec son mari, signant des limites floues et contradictoires entre nettoyer, voir, toucher. En effet, si elle accepte que son mari l'aide à changer la poche de stomie, elle ne supporte pas qu'il touche celle-ci par mégarde durant la nuit, attestant du clivage et d'un type de relation par étayage des besoins corporels qui se spécifie d'un rejet violent de l'érotisme et de la tendresse. Il n'est même pas question qu'il la touche. Elle ne supporte plus aucun contact physique érotique, pas la moindre caresse. Dans le discours de Rose Marie, son mari peut apparemment tout supporter. Il n'y a pas de limite dans ce qu'il peut prendre en charge des soins corporels de sa femme et cela, sans que son désir sexuel n'en soit atteint, nous dit-elle. Pour la patiente, il est le garant d'un désir inébranlable qu'elle n'est plus en mesure de porter. Le rejet de tout érotisme accompagne généralement cette relation narcissique et fusionnelle à l'objet d'amour.

Ainsi, nous repérons à la fois des mouvements tendres et étayants pour contre-investir la sexualité angoissante et fuie, mais aussi un lien à l'autre, objet d'amour, spéculaire reflétant l'agrippement narcissique tel que Michel De M'Uzan (1976) l'appréhende à travers *le travail du trépas*. Une relation d'objet qui se pare de caractéristiques limites et psychotiques inhérentes à la dyade narcissique primaire, présentifiée par l'ensemble de la situation de cancer gynécologique et notamment par les soins corporels indispensables. Il s'agirait donc d'une libido narcissique projetée dans l'objet comme une partie du « je », mais, plutôt qu'une force libidinale nous pensons à un investissement narcissique au service de la pulsion de mort puisqu'il travaille à une visée anobjectale. Nous nous rapprochons alors d'un investissement objectal anérotique tel que le propose Nathalie Zaltzman (1979), basé sur la nécessité des besoins corporels vitaux. Normalement ce fonctionnement est en parallèle d'un investissement de l'objet que nous connaissons mieux, celui qui s'inscrit dans le registre érotique et fantasmatique du (dé)plaisir. Dans la situation de nos patientes, la libido s'est bel est bien retirée non seulement de la relation d'objet mais aussi du corps. Alors, le type d'investissement aurait basculé sous le coup de l'épreuve de réalité du côté de l'objet du besoin et non plus du désir.

L'investissement narcissique doit alors être reconnu dans sa double fonction paradoxale, concernant à la fois la valence anobjectale du mouvement et sa valence indispensable puisque de privation mortelle.

Nous faisons donc l'hypothèse d'une relation d'objet paradoxale chez ces femmes malades, puisqu'elle se modifie à la fois de la lutte active contre l'unisson qui rappelle et redonne une actualité aux images de passivité, se traduisant par le rejet de tout contact physique, du toucher érotique, et la prise en horreur de la tendresse ; et se modifie aussi, paradoxalement donc, d'un investissement narcissique massif de l'objet d'amour dans lequel sont déposées les qualités du choix d'objet par étayage capable de tout supporter, répondant sans cesse à une demande d'amour exigeante et, renvoyant toujours à la mère des tout premiers temps dans son activité de répondre / d'anticiper les besoins du corps. Au TAT, nous percevons bien l'alternance entre une relation d'étayage centrée sur les besoins du corps, repérable aux planches convoquant une figure maternelle (telle que la 7GF : portage, nourrice, etc), et une symbiose des personnages jusqu'à l'indifférenciation notamment aux planches couple, celui-ci étant perçu comme une entité. Le mouvement fusionnel à ces planches lorsqu'il prend toute son ampleur, fait fi de toute différence, de sexe et de génération, pour ne présenter, dans un premier temps, qu'une entité dont le « un » propre à l'unification entraîne l'annihilation des mouvements propres à la relation. Suite à la mise en place de l'entité couple, nous trouvons souvent une tentative de différenciation qui échoue dans une relation spéculaire, étayante dans le meilleur des cas.

Nous rejoignons donc Michel De M'Uzan pour une part lorsqu'il met en perspective le début et la fin de vie, retrouvant les mêmes modalités de relation d'objet à ces deux temps, donc le même investissement narcissique de l'objet. Cependant si nous soulignons l'appétence relationnelle, sinon le besoin grandissant d'objet d'amour, nous sommes moins convaincue par l'expansion libidinale. S'il apparaît évident, dans l'analyse des relations que les femmes entretiennent avec leur conjoint, qu'une force narcissique est projetée dans l'objet d'amour, entraînant des modifications de la relation, nous pensons plutôt que la régression narcissique substitue une identification narcissique avec l'objet à l'investissement d'amour, accompagnant donc un retrait de la libido, un mouvement caractéristique comme le dit Catherine Chabert des affections narcissiques. Nous interrogeons donc le retournement de la libido narcissique sur le moi et le désinvestissement objectal classiquement décrit dans les maladies graves (et en premier lieu par Sigmund Freud, 1914) pour discuter à la fois d'un réel désinvestissement de l'objet qui nous semble, au contraire, convoqué dans ses fonctions étayantes et même partageables (transitionnel selon Michel De M'Uzan) et d'un retrait autarcique de l'érotisme. A la faveur de ces considérations, nous proposons l'idée d'un investissement anérotique qui tend à l'anobjectalité, situé du côté du narcissisme qui maintient l'objet d'amour tout en ne reconnaissant plus ses dimensions objectale et érotique. Nous soutenons nos propos de l'absence quasi totale d'érotisme révélée essentiellement par le Rorschach, l'analyse des relations et des identifications qui apparaissent spéculaires, narcissiques ou absentes, ainsi que la fantasmagorie

fusionnelle au Rorschach sur laquelle nous reviendrons plus amplement.

Ce mouvement ne s'infère donc pas de l'éloignement de l'objet d'amour ; au contraire le mouvement qui s'installe est spéculaire, voire fusionnel dans lequel les patientes échangent aisément des traits de caractère avec leur conjoint et semblent partager des affects sur un mode de compréhension au-delà du langage, comme s'ils devenaient la même personne. Pourtant, engagées dans ce mouvement, elles sont aussi paradoxalement dans une lutte contre la passivité qui mobilise le repli autarcique, se traduisant par la régression des relations objectales au profit d'une identification narcissique à l'objet, donc un retrait libidinal nourri par un système narcissique qui garde l'objet dans une proximité identitaire. Sans un retour secondaire des traits narcissiques pris à l'objet, il se constitue une aire commune de partage narcissique dans une seule dimension qui ne peut donc que superposer les échanges (qui *de facto* n'en sont plus) entre le moi et l'objet créant des zones de fusion.

Pour expliciter plus encore le caractère fusionnel de la relation mise en place, nous nous rapprochons cette fois de la *relation adhésive* proposée par Denys Ribas (2002). Les modifications de la relation d'objet sont sous-tendues par une désintrinsication pulsionnelle progressive qui retire une libido désintrinsicée de l'objet entraînant une relation adhésive avec l'autre au-delà d'un simple réinvestissement narcissique.

Nous situons notre clinique dans une autre mesure que le réel travail du trépas, même si nous en voyons poindre les édifices pulsionnels, ce n'est pas le cas *stricto sensu* de nos patientes actuelles.

Le collage est à l'œuvre, l'adhésivité soutient sinon l'effondrement, mais pas l'agrippement comme dernier bastion de la pulsion de mort suite aux désintrinsications sévères imposées par la maladie.

Imaginer ce que ressent l'autre dans le couple pour ces femmes est synonyme de mort et entraîne un effondrement vertigineux et indicible, accompagné souvent d'un débordement des affects jusqu'au retrait presque autistique qui coupe de la sensation et du langage (C'est le cas de Lorette, mais également de Danielle, de Doris et d'Isabelle). La projection identificatoire dans l'objet d'amour entraîne majoritairement une figuration de la mort à travers l'anticipation d'une séparation. La mort est représentée par leur absence auprès de l'autre : « l'autre sans moi », par le manque ressenti par celui-ci, souvent élaboré autour des capacités maternelles d'étayage, comme si privé de cette relation, l'homme ne serait plus en mesure de savoir satisfaire ses besoins vitaux. Figurer l'autre seul et démuné sans pourtant élaborer autour des affects qu'il pourrait ressentir déclenche une angoisse de mort, la projection s'arrête là avec le retour sur soi par débordement de l'émotion. Assiste-t-on, à ce moment là, à l'émergence d'une image de la mort, qui apparaît à travers la représentation d'une séparation d'avec l'objet d'amour, investi comme une part de soi-même ?

7.2.3. Érotisme corporel et représentations du corps (HO2)

7.2.3.1. Une régression de l'économie libidinale : la désérotisation du génital

Malgré la manière prolixue dont les patientes se saisissent du sujet de la sexualité, faisant preuve de relativement peu de censure, entraînant une façon très crue et fonctionnelle d'interroger l'acte sexuel, il nous semble que le cancer de ces femmes les confine en deçà de la sexualité qui nous aveugle mais qui n'est pourtant plus le sujet dont elles parlent. La régression nous expulse du génital pour nous mener vers les confins plus obscurs du pré-œdipien.

Les théories sur la sexualité féminine s'accordent à penser que le bon déroulement de l'érotisation des zones érogènes de la femme conduit à l'investissement d'organes sexuels enfouis comme le vagin et l'utérus et au désinvestissement partiel des vestiges des premières sensations de plaisir ressenties par la femme dans son enfance comme le clitoris, les tétons et la vulve. La problématique du cancer pelvien est celle de la dysfonction et de l'ablation des organes investis par l'aboutissement de l'érotisme féminin dans la constitution du plaisir, devenus à présent source d'angoisse. Si ces femmes désinvestissent les organes sexuels qui vont être amputés, souvent symboles de leur féminin accompli, est-ce pour se tourner vers d'autres zones érogènes refoulées jusqu'à présent mais permettant un réinvestissement de leur sexualité sans utérus, ovaires et parfois vagin? La régression que nous évoquons ici accompagne les phénomènes de déliaison inhérents à la maladie grave et connus des psychosomaticiens. Le mouvement que nous allons tenter de décrire s'amorce avec l'annonce et se fait toujours plus intense sous le coup asséné et répété d'effractions corporelles qui débutent par l'emprise de l'hospitalisation.

Au départ, ce que nous repérons dans la clinique des entretiens est une sexualité partiellement détournée du génital mais qui n'a pas forcément complètement disparu. Avant l'hospitalisation, la sexualité trouve encore à se satisfaire par le biais d'autres organes génitaux plus externes, mais aussi par le biais du corps redevenu tout entier phallique. Dans ce sens, Gabrielle décrit crûment une sexualité et un plaisir qui ne se résument pas à la pénétration. La régression libidinale entraîne, non pas un désinvestissement brutal de la sexualité en général, mais, plus progressivement, d'une sexualité interne représentée par la pénétration. Gabrielle précise encore qu'avant l'opération elle connaissait déjà l'orgasme sans pénétration mais que depuis la maladie elle serait capable de se passer complètement de cette dernière. Le mouvement érotique désinvestissant les zones érogènes semble lui permettre d'assumer un mode de sexualité tournée vers l'extérieur du corps, qui aurait repris son *éclat pénien* ? La pénétration est souvent traitée dans le discours de la même manière que l'utérus, ni l'un ni l'autre ne manque, indiquant cette position régressive qui se refuse à reconnaître le

manque et détourne les regards de la blessure narcissique ici ravivée. Pour autant, la sexualité n'est pas toujours abandonnée et les « câlins sont faits autrement ». Nous choisissons l'exemple de Gabrielle mais celui d'Isabelle est également explicite : « on s'arrange ». Pour d'autres, au premier temps de l'étude, le courant sexuel est remplacé par un courant tendre, comme il l'est pour Juliette. Pour d'autres encore (Lorette, Roseline) la maladie comporte ce bénéfice secondaire qui leur permet de se retirer complètement de la vie sexuelle, qui équivaut pour elles à l'emprise du désir de l'autre. Néanmoins ce résultat est inhérent au premier temps de l'étude qui se situe avant tout impact sur le corps, avant le début des traitements. Ensuite, au second temps notamment, la pulsion sexuelle soumise à une désintringation plus intense se parcellise à nouveau empruntant le chemin régrédient du développement libidinal vers des stades anciens de ses satisfactions, procédant alors d'un renoncement actuel du génital.

Mais revenons d'abord à ce premier temps qui laisse encore s'exprimer une génitalité.

Le sexe féminin est *in fine* un ensemble de parties unifiées par un investissement intégratif de la pulsion érotique (nous adoptons ici le point de vue de Bela Grunberger, 1964). Nous faisons l'hypothèse à partir de nos résultats, de la possibilité pour cet ensemble d'organes, représentant chacun des stades différents de maturation de la libido et liés à la réalisation de ses buts génitaux actifs ou passifs, de fonctionner sur son propre axe régrédient / progrédient d'investissement libidinal. Cette hypothèse s'appuie sur l'expression, comme mentionnée précédemment, d'une sexualité tournée vers l'extérieur du corps, évitant la pénétration, et d'un investissement du corps *tout entier phallique*. Cette inflexion des investissements reflète la tentative de maîtrise d'un corps qui échappe par le biais de la sexualité dont la mise en acte contre-investit la position passive inhérente à la pénétration tout en se détournant d'une intériorité malade. Ainsi, lorsque l'intérieur du sexe est désinvesti c'est bien l'extérieur qui est investi ou ré-investi dans une fixation / régression qui redonne une actualité à la position masculine et renforce la dimension narcissique de l'enveloppe corporelle. Ce résultat soutient également ce que nous développerons ensuite dans la balance libidinale à l'œuvre au sujet d'une féminité exacerbée.

Ainsi, au premier temps de l'étude, l'érotisme n'a pas complètement désinvesti la zone génitale, et, bien que repoussé sur les limites externe du corps, comme l'atteste le recours majeur aux procédés B2-4 et CN3 au TAT, le corps n'a pas encore complètement subi les affres du retrait d'Éros.

Au TAT, quel que soit le registre de fonctionnement, le corps est convoqué selon des modalités narcissiques et limites et plus rarement hystériques, ce qui signe les difficultés à contenir l'intériorité pulsionnelle, projetée sur le devant de la scène.

L'importance des sensations, à travers les procédés sensoriels, est également une donnée commune de ces TAT. Les recours aux sens sont récurrents, toujours pris dans la cohérence du fonctionnement

psychique, modulés selon le degré de régression : l'ouïe est sollicitée par le fantasme en tant que sens secondarisé chez Danielle, alors que le regard domine le protocole de Lorette, par exemple. Le procédé CN4 est régulièrement utilisé, reflétant la tentative à l'œuvre d'un renforcement de l'enveloppe corporelle par la sensation dans tous les fonctionnements. Le mécanisme de renforcement des limites par la sensorialité (CL2), est usuel de ces protocoles et efficace, permettant généralement de se relever de régressions plus proches de la désorganisation. Le recours à un perceptif sensoriel permet de constituer par la délimitation un socle pour accueillir les projections. Les régressions sont prises en charge par le corps. La sensorialité est convoquée pour renforcer les limites mais également pour laisser exprimer des mouvements pulsionnels violents sans désorganisation. Les limites sont donc constamment ré-assurées par le percept et les sensations, le corps venant au secours de l'intériorité.

Chez nos patientes névrotiques, la référence au corps s'effectue en vue de porter la décharge pulsionnelle (B2-4) plus ou moins érotisée, ou de repousser l'affect sur l'enveloppe externe (CN3). Lorsque l'intériorité (le féminin) est mise à mal, les femmes en passent par l'expression corporelle, la sensation, la sollicitation et le renforcement des enveloppes (de la féminité?) (CN4/CL2 et B3-2/CN2). Quoi qu'il en soit, nous repérons au TAT un corps qui s'anime d'autant plus qu'il est investi comme le porte-parole de la pulsion et lutte contre l'impact émotionnel de l'effraction actuelle qui lui impose un deuil d'une partie de soi dans une situation de contrainte passive : c'est bien l'extérieur qui est convoqué, dont le corps se fait l'étendard au TAT. D'ailleurs, dans ces conditions extérieures, la passation elle-même se colore d'un potentiel effractant. L'ensemble des protocoles montrent des procédés qui investissent le corps comme défense contre l'effraction des sollicitations latentes, autrement dit luttant également contre l'émergence pulsionnelle (inhibition, gel pulsionnel) liée aux fantasmes taraudant sous l'abaissement de la censure.

Face au rapprocher corporel nous repérons une tendance à convoquer le corps par la sensation à travers des procédés primaires (E1), émergences qui augmentent avec la fragilité des fonctionnements. Nous voyons là une quête régressive (exemple : 7GF : un petit chat doux, c'est doux) dans le but de créer un espace pour ressentir et pallier les difficultés d'accéder à un espace interne, autrement dit aux objets internes face au danger lié à l'autre et sa potentielle intrusion. La sensorialité est alors très présente, parfois pour ré-assurer l'enveloppe corporelle, parfois pour délimiter l'espace, parfois jusqu'à la fausse perception sensorielle (« brume », « fumée »), qui nous indique l'implication des ressentis et la fragilité des enveloppes devant la présence de l'autre porteur d'un potentiel effractif.

Concernant les fonctionnements psychotiques, le foisonnement de procédés CL2 et CN4 lorsque la régression se fait sentir, sert à maintenir des limites avec l'autre et délimiter un espace identitaire,

qui se montre résistant, tant que le rapprocher n'est pas trop excitant. Autrement, l'appel au corps devant la poussée pulsionnelle, se fait dans le figement d'un corps inerte, désincarné ; et les tentatives de délimitations échouent. Le recours aux sensations et au percept ne suffisent pas à renforcer une enveloppe, si mince que l'on pourrait la penser transparente. Perception sensorielle, tentative de renforcement des enveloppes et délimitation des espaces sont les défenses régulièrement sollicitées pour échouer dans la désorganisation, principalement chez Roseline, mais aussi chez Lorette.

Le corps est bien ce contenant à renforcer par la sensation pour faire taire la pulsionnalité interne. Malgré des fonctionnements très différents, représentant de grandes variétés intra-individuelles, le TAT au premier temps de l'étude convoque le corps comme matériel / support défensif, et surtout comme moyen de traitement d'une angoisse interne actualisée par la situation.

Au second temps de l'étude nous sommes en mesure de dire que l'érotisme a déserté le corps de ces femmes.

C'est ce que semble nous indiquer les Rorschach accompagnés d'un renoncement volontaire à toute mise en acte de la sexualité. Pour autant, le corps n'est pas désincarné dans le sens où il est toujours pulsionnel mais plus érotique. La pulsion érotique s'est comme désolidarisée du corps, retirant peu à peu le plaisir aux organes. La déliaison s'est instaurée à partir de la sexualité génitale, puis, les femmes, au second temps, relatent les difficultés intestinales qu'elle rencontrent et les douleurs qui recouvrent les plaisirs loués aux zones orales et anales. Les douleurs ressenties au niveau des organes génitaux et ailleurs convoquent une restriction sexuelle louée à l'analité et participe de la désertion érotique du génital. Les douleurs repoussent Éros dans ses retranchements.

Mais, plus étonnant, lorsque la douleur n'est pas ou plus la raison mise en avant, l'ensemble des patientes de l'étude relatent tout de même la perte du plaisir de manger ou celle de sortir dans le monde extérieur pour partager des choses avec les autres. Elles expriment très clairement l'assouvissement des besoins du corps dépouillé de tout plaisir sexuel. Par exemple, avec la description d'une séance de curiethérapie, Isabelle décrit un clivage du corps par désétayage pulsionnel de l'économie érotique. La fonction a repris ses droits sur l'érotisme : « manger pour se nourrir ». Nous entendons alors le désinvestissement libidinal qui a eu lieu entre nos deux entretiens, découvrant une pulsion d'auto-conservation qui maintient le corps en vie. Le corps à ce temps est résumé à ses besoins. Nous rejoignons donc Sandor Ferenczi concernant les régressions fixations dans la pathologie somatique, lorsqu'en 1919, il parle d'une régression de la libido génitale. Cependant au second temps nous ne relevons quasiment plus de fixations auto-érotiques mais bien une absence généralisée d'érotisme au profit de la réalisation des besoins corporels

devenus vitaux.

Alors que le sensuel semble disparu, la sensation est toujours là, liée aux ressentis mais sans pouvoir porter l'expression d'un affect. Au Rorschach, les réponses couleur (C,C') en attestent. Certains protocoles en foisonnent, d'autres n'en montrent aucune mais dans tous les cas les couleurs et estompages ne conduisent pas à la représentation d'affects pour ces patientes. Elles sont au contraire effractives. En effet, le traitement de la couleur sert un renforcement corporel par la sensorialité au détriment de la sensualité. Les réponses se font sous forme de remarques ou de nominations et parfois confondues avec la forme : « des couleurs découpées ». L'affect associé à la couleur n'apparaît quasiment jamais sauf chez Danielle qui en fait néanmoins un emploi tout à fait singulier puisque la perception de la couleur grise est directement liée à une émotion : « la tristesse », sans interface psychique, sans pare-excitant, interrogeant l'épaisseur des limites corps / psyché lorsqu'une perception sensorielle renvoie sans élaboration à un affect et atteste de son caractère tout aussi effractif défendu par le surinvestissement de la sensation. L'affect lorsqu'il ne peut être nommé, est pris dans le tumulte sous-jacent des émotions qui restent, sous couvert de la perception : « une explosion de sentiments ». La sensualité est comme redoutée au Rorschach, et délaissée au profit de la sensation. C'est à dire que si la couleur est bien perçue et peut être nommée, elle ne peut supporter l'élaboration de l'affect. Soit elle est simplement absente du protocole, soit elle renvoie directement à l'émotion, soit elle est effractante, exerçant une fascination morbide traduite par les Chocs ou les images récurrentes de sang et d'intérieur féminin en proie à la destruction. C'est la sensation qui domine les protocoles, neutralisant la pulsion érotique du corps et plaçant les protocoles sous le primat défensif du narcissisme accompagné d'une forte sollicitation des limites.

Dans les exemples pléthoriques de ce retrait massif d'érotisme corporel nous choisissons celui de Danielle puisqu'il s'agit d'une représentation tout à fait claire d'un intérieur toxique et contagieux : soit ses représentations de l'intériorité corporelle sont celles d'un objet déformé, malade, comme celle du « vagin abîmé », soit, au contraire, elles manquent cruellement pour étayer ses éprouvés corporels. On entend, dans son discours, les effets de la chirurgie sur l'économie érotique du corps. Le champ lexical est celui de la mécanique : « raccordé, fils,... », attestant du clivage corporel. Néanmoins, il semble que ce clivage soit nécessaire pour respecter un temps de cicatrisation du corps qui, autrement absent, pourrait avoir de graves conséquences sur la santé de la patiente. Pour Danielle, ce clivage s'exprime nettement à travers la sexualité qui n'a plus cours, suspendue, dans l'attente d'un retour de la sensualité de la zone érogène génitale soumise à la sensation.

C'est donc à ce temps des traitements que nous observons le clivage opérant des corps, souvent décrit dans la littérature cancérologique, entre un corps biologique mécanique et soignable et un corps affectif et sensuel. La sensation est mise en avant et tous les sens sont envahis : l'odorat, la vue, et même l'ouïe convoquée par les borborygmes du corps qui sont de nouveaux indicateurs de ses besoins / de son état, alors que le sensuel est dénié ou dénigré, et bien souvent, avec lui la sexualité. L'exemple de Rose marie est particulièrement frappant puisqu'elle porte à ce temps de l'étude une poche de stomie qui agit comme un catalyseur de la désintringation retrouvée chez les autres femmes. Le sensoriel est important en ce que les sens sont convoqués en lieu et place de la sensualité. Il est question de l'odeur, du bruit, de la vue, du corps qui s'expriment au-delà de toute raison : « je peux faire des bruits n'importe où, c'est très désagréable je veux dire. On a beau dire ça sent pas franchement, moi j'ai l'odeur dans le nez toute la journée! ». Rose Marie baigne dans une enveloppe olfactive fétide qui la maintient à l'écart du monde. « bruits incongrus », « gaz », « odeur dans le nez »... Le réel de l'intériorité du corps est envahissant, même pour celui qui écoute, les matières fécales sont partout. « En plus de ça, j'ai des selles très compactes, ça me soulève le socle. Donc quand le socle est soulevé, c'est encore pire (silence). D'avoir les selles qui sortent là, c'est pas normal ». Pour ma part, en écoutant Rose Marie et en retravaillant son entretien, j'ai en tête l'image de la machine bien sûr, une sorte de machine à vapeur qui avale sa nourriture et recrache par une soupape de la fumée ou du liquide dans un sifflement. Mais autre image l'accompagne, celle du nourrisson qui est lui aussi gouverné par une expression corporelle bruyante et irrépressible qui me renvoie au livre d'Amélie Nothomb : « métaphysique des tubes »³⁷⁴, comparant le corps à cette époque de la vie à un simple tube digestif animé par son seul travail de digestion déserté, ou plutôt non encore habité ou ordonné, par un travail de la pensée qui subvertit la fonction pour faire valoir la vie.

C'est le temps du corps qui s'exprime et accapare la pensée. La perte de l'autonomie corporelle imposée par les traitements place les femmes en position de « handicap sensuel ». C'est la question du plaisir qui est soumise avec la désérotisation des organes du sexe à la bouche. La tendresse corporelle est prise en horreur comme une conduite qui condenserait la transgression de l'interdit du toucher avec un vécu de passivation ; et les femmes de décliner : « je ne supporte plus qu'il / qu'on me touche ». Nous constatons d'ailleurs que plus les atteintes corporelles sont visibles (poche de stomie, sondes ou cicatrices), plus ce réel éloigne le sensuel du corps.

Nos patientes relatent la transgression de l'interdit du toucher lors des traitements tels que la curiethérapie. Cette transgression a pour conséquence la réalisation d'une castration sensorielle qui bloque, pour le moment, tout réinvestissement érotique du corps génital et place ces patientes en

³⁷⁴ NOTHOMB, A. **Métaphysique des tubes**. Paris : Albin Michel, 2000.

position de « handicap sensoriel », incapable de ressentir dans leur chair, quoi que ce soit en dehors de la douleur. Nous relevons aussi à ce temps les conséquences de l'alopecie, plus souvent décrite dans la littérature mais peu élaborée tant la sidération provoquée par l'image de la femme sans poils, donc sans son masque de féminité (expression dont nous avons conscience de son caractère réducteur) dévore les contres-transferts. Didier Anzieu avait noté l'idée dans le *moi peau* que les poils participaient de la sensualité du corps. S. Freud, de son côté, avait relevé l'importance de la toison pubienne chez les femmes, or l'alopecie touche également les poils pubien. De nos huit patientes, seules Rose Marie et Roseline sont concernées par une alopecie totale. Nous ne pouvons dans ce cas généraliser nos résultats comme une tendance commune, néanmoins nous relevons chez ces femmes l'impossibilité de faire jouer la balance libidinale entre féminin et féminité, ainsi qu'un niveau très élevé chez Rose Marie de défenses rigides et factuelles accompagnées néanmoins d'une plus grande transparence symbolique, et de la difficulté pour la libido de réinvestir le lieu du corps, questionnant le rôle pare-excitant de la pilosité. Sans féminité pour se défendre, ni plus de pudeur, comment se cacher ?

Entre le temps de l'annonce et des traitements, le corps n'a cessé de devenir cette chair muette articulée. Muette puisque réduite au silence par les effractions accumulées qui blessent l'intimité, font reculer la pudeur et fuir l'érotisme. Articulée puisqu'elle n'est pas morte et que le sexuel continue de pousser se frayant parfois un chemin qui conduit à des émergences pulsionnelles et fantasmatiques crues, et l'utilisation d'un langage familier, attestant d'un abaissement soudain et réversible de la censure. Articulée, donc, puisque l'érotisme a déserté, mais que le corps n'en reste pas moins sexuel ; et l'*écran opératoire*³⁷⁵, à l'œuvre pour limiter les sources excitantes et pénétrantes extérieures, ne représente pas à notre avis un abrasement pulsionnel mais une inhibition pulsionnelle défensive tournée vers les limites extérieures / intérieures, qui préserve un travail interne de la psyché. Il ne s'agirait alors pas d'un déracinement de la pulsion puisque le jeu pulsionnel est toujours à l'œuvre, bien qu'il soit moins aisément saisissable du fait de sa déliaison d'avec Éros. Malgré tout, la pulsion de mort désintriquée continue d'exercer sa fonction et sa force combative contre une position de passivité mortifère relevant des vécus de la passivation. Ainsi l'inhibition est celle de la pulsion de vie et si le corps n'est plus érotique il n'en reste pas moins pulsionnel, agité par la mort, peut-être, au départ, en tout cas indéniablement par le mouvement. La défense tournée vers les intrusions extérieures camoufle et préserve un travail interne de désintrication qui fera l'objet d'un chapitre ultérieur.

³⁷⁵ Terme que nous empruntons à Marie-José Del Vogo, 2007.

Enfin nous revenons aux mouvements libidinaux qui caractérisent les issues pulsionnelles au troisième temps de l'étude.

Suivant le chemin libidinal tracé par l'investissement progressif d'une géographie du corps, l'érotisme reprend petit à petit ses droits sur une place désertifiée. Lorsque les remaniements sont à l'œuvre, lorsque les fortes modalités défensives que nous qualifions de transitoires ne sont pas pérennisées par les séquelles corporelles des traitements (nous pensons bien évidemment à Rose Marie ou à Roseline) la libido, même dans les fonctionnements les plus déficitaires comme celui de Lorette, emprunte le chemin de la subversion sur un axe progrédient de la bouche au sexe. D'abord la tendresse, la possibilité de toucher et de se faire toucher par l'autre sans que soient convoqués des fantasmes de séduction liés aux vécus de passivation ou un renforcement de la thématique morbide qui infiltre les discours concernant l'intériorité du corps (que nous développons à propos du fantasme d'incurie). Puis, les femmes rejouent leur psychosexualité de manière analogue au développement psychosexuel de la sexualité, les organes sont réinvestis d'érotismes sur l'axe progrédient des stades libidinaux, peu à peu jusqu'au réinvestissement érotique du génital.

7.2.3.2. Le traitement de l'effraction corporelle par des modalités limites

Pour introduire ce résultat important de notre recherche nous souhaitons partir du constat clinique du fantasme d'un corps troué retrouvé de manière très explicite chez plusieurs femmes : la cicatrice au fond du vagin est susceptible de craquer, les organes pourraient s'effondrer dans le trou laissé par l'hystérectomie.

De la marque vécue, ressentie sur le corps, qui blesse le corps inconscient, « le trou » traverse les enveloppes de la perception pour rencontrer la toile psychique tendue par le moi et bousculer les enveloppes psychiques : la métaphore du moi-peau passoire est particulièrement pertinente pour notre clinique.

Les réponses « peau » (Catherine Chabert, 1987) sont fortement représentées dans leur double qualité au Rorschach : à la fois dans leur valence protectrice de renforcement de la peau, notamment dans une dimension contenant (telle que nous la décrivons pour parler des représentations utérines), et dans leur valence poreuse qui suggère le sentiment d'un corps facilement pénétrable. Chaque protocole présente les deux types de réponses, mis à part celui de Doris qui ne présente qu'une seule réponse « pénétration » en toute cohérence de son fonctionnement psychique. Cependant, la tendance est légèrement plus marquée du côté des réponses qui attestent d'un échec de la recherche de frontières contenant et donc de l'extrême fragilité des défenses narcissiques. La fragilité des enveloppes se manifeste par un accrochage aux bordures associé à des qualificatifs tels

que « découpé », « de la découpe », « éclaboussé », ou des images plus évidentes encore d'une porosité exacerbée : « un corps qui s'ouvre en deux », « l'intérieur du corps de la femme ». Ainsi, la recherche de frontières contenant est régulièrement rabattue par des réponses « peau » précaires représentant la pénétration du corps. L'essentiel des réponses « pénétration » sont sur-représentées dans la catégorisation de Fischer et Cleveland par « les voies et modes de pénétration à l'intérieur ou d'expulsion de l'intérieur vers l'extérieur ». Nous retrouvons : une radiographie, de nombreux orifices ouverts (entrée du vagin, porte, bouche,...), des choses qui jaillissent telles que des « animaux qui crachent quelque chose » ou qui sortent d'un contenant, une ouverture de la terre et de nombreuses sections d'anatomie organique. Certaines projections comme « une figure ouverte » ou « un corps ouvert » tentent avec force de faire figurer un corps troué qui ne contient pas efficacement les angoisses. La tentative de renforcement des limites est également perceptible dans la représentation de contenant et contenu (« des couleurs chaudes entourant des couleurs froides ») et un accrochage constant à la symétrie.

Ainsi cette double représentation distribuée comme une oscillation entre la recherche d'une membrane protectrice et un corps dépourvu de barrières et aisément pénétrable, rend effectivement compte de la métaphore d'une peau trouée, solide par endroits et inexistante à d'autres, en contact direct avec l'extérieur.

7.2.3.2.1. L'effraction des limites dedans / dehors : écran opératoire ou inconscient à fleur de peau ?

Nous accédons, en raison du thème même de la recherche, à une description très crue et prolixe de la sexualité en termes de pénétration, masturbation, clitoris, vagin, mêlée à un vocabulaire plus technique de l'anatomie issu des rencontres médicales. La façon transparente dont les femmes se livrent, dès le premier temps de l'étude, nous indique combien les limites sont touchées. Tout est projeté à l'extérieur, comme si l'intérieur était fui, elles ne rêvent plus et pourtant nous cotons de façon commune le procédé (B3-2) de symbolisme transparent au TAT.

Au TAT nous notons un manque cruel de dramatisation qui grève les histoires sans pour autant les rendre tout à fait factuelles. Le seul procédé hystérique que nous relevons de manière transversale à tous les registres de fonctionnement est celui de la transparence symbolique B3-2. Ce résultat laisse présager une convocation des limites qui pourrait entraîner un système défensif spécifique et relativement indépendant du fonctionnement habituel. De plus, la distribution des procédés se fait entre les catégories rigide, évitante et plus précisément encore entre des procédés de types obsessionnels, narcissiques et limites. Le repérage donc de l'utilisation récurrente et commune d'un

procédé de transparence symbolique ainsi que du recours à l'action (B2-4) nous semble confirmer les jaillissements d'une pulsion contenue. Nous rapprochons ce système défensif d'un état de transparence psychique pour ces femmes dont les limites ne contiennent plus les émergences pulsionnelles brutales (altération et massivité de la projection E1 et E2), les fantasmes, les souvenirs des éprouvés corporels de passivation, l'actualisation d'angoisses primitives féminines. Chacun de ces mouvements est finalement le témoin de la porosité des limites qui laisse échapper la « substance crue » inconsciente. *L'écran opératoire* dont nous avons déjà parlé nous semble une défense généralisable à tous les protocoles de Rorschach de ces femmes. Moins présent au TAT, il se trouve souvent renforcé lors de la seconde rencontre. Cet *écran opératoire*, nous le repérons transitoire et évoluant avec le parcours thérapeutique de ces femmes, et serait dans ce sens à considérer en tant que défense face à l'effraction des limites du moi et notamment à l'angoisse de pénétration fortement révélée dans cette situation de passivité. Cette conduite psychique fait également écho à la situation de test elle-même : *l'écran opératoire* se mettrait en place pour permettre aux patientes de se rendre impénétrable. Les mouvements transférentiels ressentis par le clinicien sont aussi un excellent gage de cet écran : un blocage de la pensée, mais aussi une intellectualisation marquée dans l'analyse des protocoles qui s'évertue à dégager de la matière là où il y en a le moins pour contre-investir le vide, nous semblent répondre à cet *écran opératoire* à l'œuvre dans une défense contre la pénétration. Le terme « d'écran » convient ici pour parler d'un recours chez nos patientes et non d'un fonctionnement préalable, autrement dit d'une défense contre la passivité et la pénétration par le renforcement ou la constitution d'une barrière écran impénétrable. Quoi qu'il en soit, cette défense qui lutte contre la passivité au moyen de l'inhibition de la pulsion et la répression des affects n'est pas mobilisable de la même manière par toutes les femmes. Chez Roseline, il n'en est pas du tout question, le déversement logorrhéique témoigne d'un moi effracté qui semble avoir perdu sa capacité de contenance, aboutissant à livrer sans retenue ses fantasmes sexuels et sadomasochistes. Lorette, présente quant à elle davantage de retenue. La tentative d'inhibition pulsionnelle peine pourtant à camoufler les émergences pulsionnelles et échoue finalement brutalement dans sa fonction de relais d'un défaut de pare-excitant (constitutif chez ses deux patientes et non réactionnel à la situation de maladie) provoquant un retrait soudain et impressionnant de la pulsion (état spécifique des entretiens de Lorette que nous avons décrit par ailleurs).

Au contact de l'autre, les angoisses de pénétration et d'intrusion sont ravivées, créant des difficultés pour atteindre une pensée plus secondaire et onirique. Les patientes oscillent entre des temps où elles se livrent sans plus aucune défense, attestant d'un inconscient à fleur de peau, et des temps factuels ou extrêmement défensifs dans des registres rigides ou inhibés servant à ne pas reconnaître

les mouvements internes. Ils sont aisément repérables dans les discours, à travers « la substance crue » qui se manifeste sans pudeur. De plus, les mécanismes de déplacement, de condensation, de dramatisation qui enrobent normalement le franc-parler de l'inconscient, n'apparaissent que rarement au TAT et dans les entretiens.

A ce stade, nos résultats au TAT semblent confirmer l'émergence de procédés de type opératoire, dans une perspective défensive plus que structurelle (Debray, 1983). La réalité externe est surinvestie, et envahit, ou plutôt barre l'accès à l'espace interne ; il s'augmente de plus d'une majorité de procédés de délimitation, de renfort narcissique et sensoriel des limites, et de support d'un interne rejeté sur les limites externes. Si nous repérons déjà à ce temps premier des contenus manifestes et perceptifs, qui prennent la place d'un travail de fantasmatisation, ce mouvement nous semble contrebalancé, comme nous l'avons dit, par un phénomène de transparence qui laisse poindre ponctuellement la massivité des thématiques projectives. La répression entraîne par son action même des jaillissements lorsque les limites vacillent sous la pression de la restriction, le pare-excitant cède et l'inconscient vient à fleur de peau. Or, les thématiques qui se dégagent de ces décharges brutales sont dans l'ensemble morbides, inquiétantes, persécutrices, moins souvent sexuelles et de toute façon liées à la violence. La répression fantasmatique s'effectue à notre sens à l'appui d'une peur de l'émergence de l'intériorité pulsionnelle. Les pulsions semblent devenues dangereuses tant elles expriment cet intérieur malade, comme nous le détaillerons dans la partie sur le féminin : un intérieur devenu mélancolique avec une composante hautement mortifère par sa potentialité contagieuse. Un intérieur qu'il faut par conséquent restreindre, enfermer et qui pourtant semble peu maîtrisable comme en attestent les craintes phobiques courantes construites autour de la contamination ou même le travail représentatif au TAT d'immobilisation et d'enfermement. Ce travail de renoncement pulsionnel est imposé par celui de la déliaison : il se constitue sur une intériorité mortelle, à désinvestir et se résout comme nous le verrons dans un retrait massif de la libido au profit d'une pulsion de mort combattant la passivité. Nous nous posons d'ailleurs la question de ce qui est engagé dans le transfert lorsqu'il s'agit d'écouter l'intérieur de ces femmes dont l'intériorité est devenue mortelle. Peut-être peut-on y associer les mouvements négatifs repérables aux projectifs mais aussi en début d'entretien, qui se font de plus en plus fermes de la première rencontre à la seconde, pour apparaître à nouveau érotisés lors du troisième temps, dans le cas le plus favorable.

7.2.3.2.2. Conclusion sur les modalités de traitement de l'angoisse aux différents temps de l'étude :

Les thèmes de la suspicion, de la surveillance, de l'intrus sont présents dans la quasi totalité des protocoles du TAT, parfois flirtant avec des fantasmes sadomasochistes mais toujours désignant une relation d'objet modifiée, teintée d'une inquiétante étrangeté qui nous conforte dans cette perspective d'effraction, qui condense la notion d'un passage forcé de l'extérieur vers l'intérieur privé et intime, avec celle d'intrus à l'intérieur de soi.

Les limites dedans / dehors sont convoquées et le corps prend en charge la défense. Si nous trouvons de nombreux exemples, détaillés par ailleurs, d'un rapport d'interpénétration avec le monde extérieur : le fantasme d'écoulement d'un féminin toxique, les images itératives de l'intérieur d'un corps ouvert et notamment du sexe féminin.... nous sommes également saisie par un mouvement mélancolique qui se nourrit de la mise à mal des limites à l'intérieur même du corps, exprimé par un fantasme d'incurie interne. Ainsi, Danielle et Isabelle ont par exemple peur que la cicatrice au fond du vagin ne « craque », figurant une crainte tout à fait généralisable de la contamination aux autres organes internes. Au Rorschach, nous trouvons des descriptions parcellisées de l'intérieur du corps de la femme et nomment de la zone pelvienne : pelvis, coccyx, vagin, vulve, utérus, ovaire.... sans que la perception ne parvienne parfois à s'unifier. Dans ces repérages, nous voyons une confusion spécifiquement féminine entre un intérieur intestinal et vaginal, et ce qu'elle induit pour les modalités de fonctionnement. Nous sommes convaincue d'un recours transitoire à des modalités de fonctionnement anal, qui accompagne l'effacement des limites dedans / dedans. Cette régression est saisissable dès la passation du TAT mais s'accroît au second temps avec la « mélancolisation » de l'intérieur. Le système défensif témoigne de ces modalités via notamment l'emploi majeur et peu varié de l'isolation et du clivage au TAT se resserrant sur le clivage lors du Rorschach. Ainsi que l'emploi récurrent aux projectifs comme aux entretiens d'un mécanisme de dénégation, témoin, au demeurant, de l'action de la pulsion de mort.

Pour résumer, au TAT nous retrouvons des modalités rigides de type obsessionnel associées à de nombreux procédés narcissiques. Le tableau clinique est marqué par une défense active contre la reconnaissance des mouvements pulsionnels mais également par des efforts de dégagement des relations d'objet susceptibles de solliciter la pulsion et, malgré la défense, des émergences pulsionnelles brutales. L'agressivité transparaît surtout à travers des fantasmes sadomasochistes qui restent cependant discrets, comme une rumeur inquiétante qui court dans le protocole pour surgir lorsque la rivalité féminine est convoquée, mais nous y revenons plus précisément lorsque nous parlons du masochisme. La capacité de liaison de ces fantasmes n'est pas prévalente et beaucoup

sont laissés en suspens, rattrapés par l'inhibition pulsionnelle. Le recours au corps et notamment au mouvement de celui-ci est massivement utilisé non seulement comme renforcement des limites et plus rarement pour porter l'affect, en tout cas pour lutter contre les figurations d'une position passive.

L'émergence en processus primaires s'inscrit régulièrement dans un débordement des limites jusqu'à des déformations de la réalité qui, cependant, dans les fonctionnements les plus favorables laissent la place au compromis entre fausse perception et traitement du conflit³⁷⁶, en ce que la fausse perception ne désorganise pas le discours mais autorise un traitement du conflit en écho des sollicitations latentes de la planche, attestant par là de modalités défensives en place ne présupant pas d'un fonctionnement à part entière. Ce processus caractérise pour nous la transparence psychique dont ces femmes font preuve sous le joug de la rencontre avec le réel de la maladie, autrement dit les irruptions pulsionnelles à travers des conduites de contenance.

Ces résultats sont-ils la preuve d'une cohabitation de modalités limites et narcissiques avec des modalités fonctionnant sur le schéma classique de l'analité ? Dans ce sens, outre les procédés récurrents de type obsessionnel (notamment l'isolation, le doute et la dénégation), nous trouvons au Rorschach des contenus renvoyant à des modalités anales de relations d'objet : « intérieur tout gris », « malade », « des femmes besogneuses en train de pétrir », des « explosions », des couleurs « éclaboussées »,... Cela dit, concernant nos patientes il ne s'agit pas d'un fonctionnement à part entière ni d'un type de relation d'objet dominant auquel elles seraient fixées mais bien de modalités défensives probablement transitoires. En ce sens leur présence n'entraîne pas forcément l'exclusion d'autres registres de modalités défensives, celles-ci évoluant de plus avec les épreuves imposées du parcours thérapeutique pour répondre à une passivité et une effraction toujours plus contraignantes.

Ainsi le premier temps de l'étude analysé à travers le TAT et l'entretien nous laisse supposer un investissement narcissique suffisant pour préserver les frontières. Bien entendu cet investissement est différent selon les registres de fonctionnement psychique de ces femmes, cependant les modalités narcissiques de renforcement sont repérables chez toutes même si elles ne sont pas toujours efficaces (nous pensons à Lorette et Roseline). Les mouvements pulsionnels vont, comme dans les fonctionnements narcissiques, dans le sens d'une autarcie suite au retrait érotique, perceptible à travers les représentations de relation et l'investissement d'objet d'amour de la patiente (Cf. HO1) : une relation d'objet qui nous met à nouveau dans les sillons des fonctionnements narcissiques. D'ailleurs les représentations de relation au TAT attestent d'une lutte contre

³⁷⁶ Exemple : planche 1 : « Une histoire ?...j'ai l'impression que c'est un petit garçon devant une assiette et qui a l'air blasé parce qu'il aime pas ce qu'il y a dedans. » (Danielle)

l'émergence pulsionnelle notamment par des mouvements d'étayage.

Nous assistons semble-t-il à une involution des modalités narcissiques chez nos patientes en modalités plus limitées lors du second temps de l'étude qui fait état des retombées de l'effraction corporelle comme événement majeur de la réalité externe. En effet, Rorschach et entretien montrent un recours plus ardu aux contenants, à la symétrie, aux contours, dans une lutte engagée contre l'effondrement narcissique. La représentation de relation est absente ou spéculaire témoignant d'un investissement anaclitique et/ou fusionnel de l'objet d'amour. Nous l'avons dit, l'effraction corporelle des traitements ne rend pas la vie plus facile aux limites psychiques, celles-ci deviennent poreuses et évanescentes accentuant le phénomène de transparence psychique mais mobilisant également par ailleurs le travail de la pulsion de mort témoignant d'une lutte toujours active contre la passivité. Les F % au Rorschach sont étonnants, la tendance n'est pas flagrante mais s'il fallait en tirer une généralité, le pourcentage tend vers la norme inférieure ou en dessous de celle-ci. Le F+ % quant à lui est clairement en dessous des normes pour 6 patientes sur 8 attestant de la mise à mal des barrières devenues poreuses.

7.2.4. Traitement du féminin et identité féminine (HO3)

7.2.4.1. les figures de la passivité : passivité mortifère ou potentialités passives ? Les capacités de passivité de moi.

7.2.4.1.1. L'activité représentationnelle:

L'effraction pulsionnelle en mobilisant les limites (effraction pulsionnelle du moi dans une dimension traumatique sollicitant ses capacités de réception et de contenant), sidère le refoulement qui devient de fait moins efficient. Nous en repérons la marque dans la collusion des fantasmes de castration (destruction, pénétration) avec sa réalité insensée. L'excès de figurabilité de l'intérieur du corps de la femme, jalonné par les témoins d'un corps sous emprise (représentations d'immobilisme : « scotchés », « accrochés », « soudés », etc. ou au contraire, de motricité), nous semble attester d'une passivité intolérable qui convoquerait le travail salutaire de déliaison des pulsions de mort.

Cet excès de figurabilité - nourrie par les examens répétés qui révèlent perceptivement l'intérieur du corps normalement caché : scanner, IRM, dessins proposés par les médecins - se repère au Rorschach à travers la répétition de représentation des organes génitaux féminins pour trois de nos patientes : Juliette, Isabelle, et Danielle. Autrement, la répétition est à l'œuvre dans 5 protocoles sur

8, au travers de représentations de défusion : par exemple aux planches VII, VIII et IX, Gabrielle perçoit des éléments, puis des couleurs d'abord « soudées » puis « mélangées » et enfin « entourées ». Autrement dit, les fantasmes de fusion, relevés par ailleurs dans ces résultats, sont parfois insérés dans un processus plus large de représentation d'un passage d'une position de passivité musculaire ou fusionnelle à une position d'activité de mouvement ou de défusion, mettant en scène, sur plusieurs planches, donc par persévération de la représentation, un fantasme de décollement (naissance, détachement) qui rejoue le passage de la position fusionnelle du tout petit avec sa mère à l'individuation par la séparation des corps : scotché / vivante (sur 2 planches pour Lorette) ; un papillon sortant de sa chrysalide pour s'envoler (sur 3 planches pour Danielle). Il pourrait s'agir alors plus précisément d'un fantasme de défusion ou de décollement soutenant là notre hypothèse sur la relation d'objet spécifique de ces femmes (cf. HO1) et surtout celle d'une lutte actuelle contre une passivité intolérable.

Cette figurabilité pourrait témoigner de l'effervescence représentationnelle déclenchée par la présence du cancer en soi: contenants (couleurs froides entourées de couleur chaudes), interpénétration (la goutte d'eau imprégnant le buvard), fusion (chauves souris accouplées), ouverture (corps ouvert en deux), cette figurabilité est celle d'une position passive et plus ou moins d'une maîtrise de la passivité. Il s'agit de la tentative réitérée de figurer le paradoxe d'un corps tout à la fois troué et contenant que nous avons déjà évoqué.

Mais si cette passivité est intolérable, le travail de représentation est normalement un travail de liaison, or c'est bien la pulsion de mort qui est convoquée pour maîtrisée l'effraction traumatique exerçant donc sa fonction anobjectalisante dans le travail de répétition.

Nous nous sommes posé la question de ce que venait interroger cette répétition de représentation, non seulement perceptible au Rorschach, mais surtout à l'entretien par la *compulsion de représentation* d'un corps abîmé et troué, exposées souvent à la place d'un travail d'élaboration.

Ainsi, ces exemples de compulsion pourraient illustrer la tentative de représentation de ce qui vient à faire défaut à ces femmes, ce qui leur manque et ce sur quoi elles fixent leur fonction représentative faisant fi de toutes autres laissant percevoir des persévérations au Rorschach autrement plutôt désert. Il s'agit de faire face à la suppression d'organe génitaux qui ravive un travail d'acceptation par la douleur de la représentation interne de castration et/ou de l'investissement des fonctions perdues de la satisfaction d'enfantement (« il a bien fait son travail maintenant il ne sert plus à rien »), et bien sûr de jouissance.

L'itération de représentation du corps troué atteste par là même de l'échec de sa fonction représentative inhérente à l'*écran opératoire* mobilisé par la passivité de l'expérience.

7.2.4.1.2. *Une fantasmagorie d'abus sexuel*

Bien que cette thèse n'explore pas le pôle des soignants, nous souhaitons tout de même en faire état de fantasmes communément à l'œuvre entre soignants et soignés et sollicités par la situation des soins. Didier Anzieu parlait à propos de sa clinique des grands brûlés « d'une réalité dangereuse car elle ressemble trop au fantasme »³⁷⁷. Celle du cancer gynécologique réveille le sadisme chez les soignants, bien sûr, dans une dimension inconsciente et souvent contre-battue par une culpabilité engageant une difficulté à prodiguer les soins. Aussi, la frontière entre les soins apportés avec nécessité aux organes génitaux internes, et le fantasme de prendre, de voler, de rapter quelque chose de l'intérieur féminin est mince, convoquant alors inévitablement la castration et la relation avec l'objet primaire. La symétrie soignantes / soignées est intéressante à explorer dans ce sens : ce rapport entre femmes soutient les angoisses primordiales de destruction et le rapt des choses précieuses de l'intérieur, qui s'actualisent chez nos patientes et se jouent selon la loi du talion. Il est notable de souligner que les identifications chez les soignantes (en dehors de toutes mises en acte du sadisme) ne se situent pas du côté de la mère qui dérobe mais du côté de la fille qui prend. La réalité des soignantes est alors proche de la mise en acte du fantasme de vol des objets internes de la mère qui s'accompagne de culpabilité et de l'angoisse du retour de bâton. Cette réflexion, aussi succincte soit-elle, est néanmoins importante en ce qu'elle replace l'épreuve du cancer gynécologique dans sa dimension relationnelle. Elle mériterait à ce titre d'être développée plus avant ; il nous faut cependant revenir au pôle des femmes soignées dont se constitue notre population.

Ces patientes subissent de nombreuses effractions, surtout corporelles, qui bravent l'interdit du toucher.

La violence du diagnostic associée aux violences faites au corps et notamment au sexe (nous pensons notamment à la situation de la curiethérapie) peut convoquer dans la situation du cancer pelvien le fantasme étonnant de l'abus sexuel, situation subie, obligée, imposée, non discutée. Le corps est réduit à une chaire muette, un reste qui ne s'articule plus à la parole mais qui peut encore ressentir et souffrir. De plus, le corps passe très vite, peut-être trop vite, de l'intime au public, avec en tête chez ces femmes la notion d'un « consentement sous peine de mort » qui rend compte de l'impossibilité de se soustraire à la fois à la situation mais aussi aux fantasmes qui affluent de manière crue, peu barrés dans ces circonstances par la censure. La clinique des femmes battues que nous avons convoquée dans la théorie offre des pistes pour interpréter les propos de nos patientes et comprendre les angoisses sans nom qu'elles révèlent parfois sans aucun mot pour le dire ou justement au moyen d'un vocabulaire qui peut sembler inapproprié concernant la curiethérapie. Cela

³⁷⁷ ANZIEU D. (1985) *Le Moi Peau*. Paris : Dunod, 1995, p.231.

concerne aussi la sexualité en général : abordée avec un manque de pudeur étonnant faisant se côtoyer des registres de langage variés au sein d'un même entretien, abordée aussi avec une facilité déconcertante et se trouvant parfois livrée, jusque dans ses moindres détails dès la première rencontre. Le sujet du corps et de la sexualité donne lieu chez ces femmes à des représentations souvent fascinantes qui peuvent s'imposer à moi comme les traitements s'imposent à elles : avec violence et intrusion : la description de son corps squelettique faite par Rose Marie, la position de handicap lors de la séance de curiethérapie d'Isabelle, la description de Danielle des modifications intérieures faites à son sexe et bien sûr les scènes de relations sexuelles de Lorette.... En effet, nous l'avons dit, l'ouverture sur le corps est une ouverture sur l'inconscient qui devient en quelque sorte transparent, livrant ses fantasmes avec moins de censure. Cliniquement, ce phénomène désinhibe les femmes qui trouvent une langue déliée, pour parler, un peu à leur insu (le terme « in-su » renvoyant à la traduction littérale de l'inconscient : Un-bewusst). Elles s'en défendent : « d'habitude je ne parle pas de moi » mais paradoxalement elles se livrent de façon parfois très crue mais accompagnée d'un tel naturel qu'elle laisse une impression de naïveté ou de candeur, rarement de perversité.

Pour illustrer nos propos l'exemple de Lorette est probablement le plus frappant. Celle-ci, avec l'attitude désaffectée de ceux qui semblent ignorer l'horreur de ce qu'ils vivent et racontent, me confie sa perception d'abord de la sexualité, qu'elle pratique parfois sur le mode de la prostitution mais dans tous les cas sur celui de l'abus sexuel, jetant son corps en pâture aux hommes pour payer un dette indéfectible, ainsi que sa perception de la mort, qu'elle a programmée dans le cas de l'échec des traitements. Deux représentations : sexualité et mort, qui sont à ce point équivalentes pour Lorette qu'elles se signent exactement des mêmes mots : « 3 min et c'est fini ! ». D'ailleurs, traitement et sexualité ont également une description superposable de façon totalement inconsciente : « quand faut y aller, faut y aller ! », qui traduit toute la contrainte et le déplaisir qui peuvent y être liés, mais aussi toute la confusion que suppose pour elle un toucher sexualisé.

Domination, effraction, contrainte, passivité et sexualité sont des termes que nous employons tout au long de nos analyses de protocoles et qui ne sont pas sans incidence sur la fantasmagorie de ces femmes. C'est pour supporter le viol de l'intime et de la pudeur que le corps déserte le sensuel pour ne communiquer que les sensations.

Isabelle et Juliette ont eu des séances de curiethérapie avant la passation du Rorschach et nous pouvons y repérer plus qu'ailleurs des projections mettant en scène particulièrement la passivité dans sa dimension de domination et de pénétration par l'autre : comme la goutte imprégnant le buvard ou le chasseur mettant sa peau de bête au sol, mais également au travers d'une itération des figurations de l'intérieur du corps féminin dont nous avons déjà discuté. Gabrielle aussi a subi ce

soin avant la passation du Rorschach. Elle présente un protocole vraiment particulier quant à l'emploi de la sensorialité : Si Gabrielle relève de façon persévérante la présence de la couleur, elle peine à l'intégrer à une réponse et celle-ci ne supporte ni l'affect, ni la sensualité. Les nominations de couleurs concourent à donner un appui à une sensorialité régressive qui intègre une confusion entre forme et couleur : « des couleurs découpées, des couleurs rondes » ; « couleurs froides entourées de couleurs chaudes ».

7.2.4.1.3. *Potentialités passives :*

Cette potentialité traumatique de l'événement majeur de la réalité externe que sont les traitements du cancer pelvien nous semble déterminée par les capacités de passivité du moi de ces femmes. En effet selon leurs ressources préalables, que nous n'identifions justement que dans le temps de l'effraction et en fonction de celle-ci, les patientes font apparaître une résistance à la « contrainte passive » mais qui trouve à se décliner sous différents degrés. Elles vivent plus ou moins bien cette situation de passivation dont tout l'enjeu est de parvenir à se l'approprier, du côté de la passivité, pour tolérer la situation et les fantasmes sexuels qu'elle convoque.

Qu'est-ce exactement que cette contrainte passive ? Nous l'avons vu, la situation laisse émerger une angoisse, qui sidère le corps, relayée dans le meilleurs des cas par un clivage de celui-ci. Récapituler cet état connu des psychosomaticiens revient à dire de manière un peu triviale, que le corps est séparé à la fois de lui-même et des pensées. En somme, prise dans cette compartimentation, les patientes ne peuvent plus « bouger », aussi bien au sens propre qu'au sens figuré, par la limitation du degré de liberté interne. L'hospitalisation est vécue comme un hospitalisme³⁷⁸, et bien que certaines aient accès aux ressources primaires nécessaires pour se défendre de cette régression, en en passant par le clivage, d'autres, qui nous aident à comprendre le processus en jeu, se laissent happer par cette force dominante qui, non contente de les contraindre à l'activité passive de se soigner, les contraint physiquement, spatialement.

Nous nous approprions donc volontiers le terme d'*effraction corporelle* pour décrire à la fois l'événement traumatique qui marque directement le corps comme une blessure par pénétration et les conséquences de cette brisure de l'enveloppe qui, de corporelles, sont aussi psychiques. La conséquence, nous dit-on, en est la déliaison et le rejet de l'autre. Lutter contre la nature même de l'événement traumatique qui impose au sujet la présence de l'étranger en lui, ravive ces potentialités

³⁷⁸ Nous entendons utiliser ce terme de R. Spitz pour désigner l'altération du corps retrouvées chez le nourrisson lors d'une hospitalisation prolongée le privant des soins maternels. Cet état pouvant s'aggraver proportionnellement à la durée de l'hospitalisation pour conduire à un état de « marasme » (aggravation du syndrome dépressif) capable de mener à la mort.

passives.

Les concepts d'*activité réceptrice* (Catherine Parat, 1964) ou de passivité gardienne de vie, de par la capacité de désinvestissement pulsionnel qu'ils exigent (Catherine Chabert, 1999) pour minimiser la poussée intrusive (Monique et Jean Cournut, 1993), nous ont mis sur la voie de ces potentialités passives qui prennent l'allure d'une passivité défensive lorsque nous évoquons le désinvestissement libidinal chez nos patientes en perte d'Éros. Nous proposons alors, suite à l'échec du refoulement, possiblement induit par la défaillance du signal d'alarme, un désinvestissement des éprouvés corporels pour accueillir l'intrusion, de manière passive, de ces nouvelles sensations et affects imposés, susceptibles de déborder l'appareil psychique. La réception passive du flux d'affects et de sensations, donne au sujet la capacité de subir, au prix d'un désinvestissement de l'activité, c'est à dire de la maîtrise. Ce désinvestissement libidinal correspond à la désérotisation qui libère l'énergie nécessaire pour investir passivement le flux d'excitation entrant. C'est « sur le mode passif de l'éprouvé-non-agi que le moi les subit, s'y soumet et les reçoit »³⁷⁹. Nous rejoignons les auteurs qui font *l'éloge de la passivité* en tant que celle-ci est salvatrice dans la situation subie du cancer.

L'éprouvé non-agi nous renvoie assurément à *l'infans* dans sa relation à la mère. La situation du cancer et notamment gynécologique renvoie à plus d'un titre à la situation de séduction narcissique primaire : tant dans la dissymétrie de relation entre la mère et l'enfant que dans la sollicitation du corps érotique par des actes de soins. *L'infans*, comme la femme malade, est placé dans une position de passivité réceptrice, éveillé à des sensation érotiques sans pouvoir encore y donner du sens : offert aux manipulations corporelles des soins apportés par la mère / les soignants sans pouvoir s'y soustraire, sans pouvoir les comprendre mais en exerçant sa part active dans la relation en les ressentant. C'est dans cette première situation passive, que les auteurs comme Jaques André, Catherine Chabert ou encore Jacqueline Schaeffer, à propos de « l'effraction nourricière du moi », ont logé le féminin, au départ, dans les deux sexes et que nous y ancrons les capacités de chacun de « se laisser faire jouir », donc la possibilité de recevoir passivement sans se défaire, autrement dit les capacités de passivité du moi face à l'effraction. Ainsi, si l'impact traumatique de l'événement nous semble varier chez nos patientes en fonction de leurs possibilités de recourir à une passivité permettant de se dégager des actualisations de passivation, nous situons la création de ces capacités de passivité du moi entre la séduction et la réceptivité des soins, en réaction à la toute puissance maternelle bienveillante ou aliénante. Cette création est concomitante de l'ouverture du féminin en tant que capacité de résistance à l'effraction du moi, à nouveau et massivement convoquée lors de la situation du cancer « sexuel ».

³⁷⁹ COURNUT-JANIN, M. COURNUT, J. **La castration et le féminin dans les deux sexes.** *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57), p.1539.

7.2.4.1.4. *Les fantasmes de fusion – libération comme figure de la lutte contre une passivité mortifère :*

Nous avons jusqu'à présent abordé la passivité chez nos patientes, en accentuant sa dimension défensive. Cette dimension vient s'ériger contre la contrainte de passivité que leur impose le fait de se soigner. Paradoxalement, c'est donc contre l'émergence de vécus passifs plus mortifères, liés à la situation de contrainte que s'instaure la voie d'une passivité d'accueil. Cette passivité mortifère nous est connue sous le visage de la *passivation*. Nous repérons cette passivation dès le premier temps de l'étude, accentuée par les conditions de l'hospitalisation et révélant l'exigence du renoncement pulsionnel qui gagne petit à petit les patientes devant l'épreuve de réalité. La sollicitation de castration à la planche 1 du TAT en est le témoin. Elle convoque des représentations d'une impuissance difficilement surmontable relayées par la projection de conduites de renoncement pulsionnel dans une dimension d'abandon par rejet et désintérêt pour l'objet. Ce rejet n'est pas inscrit dans une agressivité avérée, mais plutôt passive, menée par l'incapacité et le retrait narcissique : « fatigué / difficile » (Gabrielle) ; « blasé / n'aime pas » (Danielle) ; « boude » (Isabelle) ; « ne sait pas en faire / boude » (Juliette) ; « ça le fait suer » (Roseline) ; « pas envie » (Rose Marie). Les patientes qui trouvent une issue pulsionnelle pour surmonter leur retrait narcissique ont recours à une relation de contrainte.

Cette passivation, nous en retrouvons les représentations au Rorschach de façon évidente et transversale à travers des fantasmes de fusion et de collage des corps et des éléments, présents chez toutes les patientes : la goutte étalée sur le buvard (Isabelle) ; les couleurs soudées, mélangées et entourées (Gabrielle) ; les museaux appliqués l'un contre l'autre (Roseline) : des chauves-souris accouplées (Rose Marie) ; des éléphants accrochés (Lorette) ; des personnages reliés (Danielle). Parfois, pour certaines, le dégagement est possible, et la représentation d'une fusion s'inscrit dans un procédé de plus grand ampleur qui décrit un mouvement de défusion : telle que la séparation progressive des couleurs sur 3 planches (Gabrielle). Cette fantasmatique fusionnelle est donc à différencier d'un autre procédé, également induit par les vécus de passivation, mais qui cette fois sert la défense. Il s'agit du mouvement sur une ou plusieurs planches qui fait passer de l'état d'immobilité, imposé par une contrainte extérieure aliénante, à un état libéré de ces liens qui retrouve une capacité de mouvement. C'est ce dont témoigne les fantasmes de libération retrouvés par deux fois : le papillon sorti de sa chrysalide prêt à s'envoler, pour Danielle, et la chauve souris agrafée à la IV qui paraît plus vivante à la V, libérée de ses entraves, pour Lorette.

Ce second mouvement ne vise pas à se défaire d'un autre mais à se défaire lui-même. La contrainte

et l'emprise sont toujours à l'origine de ces deux procédés ; mais si l'un (la fusion) est pris dans une dimension objectale, l'autre (la libération) est purement narcissique. Cela dit, si la défense est narcissique, la fusion est une représentation de la passivation et de la relation adhésive dont le but anobjectal est soutenu d'un investissement narcissique de l'objet. Cette fantasmatique au Rorschach illustre parfaitement la relation d'objet par investissement narcissique, paradoxalement anobjectale et anérotique, que nous avons attribuée à ces patientes (HO1).

Nous trouvons aussi au Rorschach des représentations pulsionnelles de passivité qui condensent un mouvement actif avec une position passive : « une peau d'ours en train de sécher » (Rose Marie) ; un chasseur qui met sa peau d'animal au sol (Juliette), une peau à plat, dépecée (Doris).

Au final, le Rorschach, plus encore semble-t-il que le TAT, révèle une préoccupation passive chez ces femmes, une préoccupation presque paradoxale puisqu'elle relève de l'opposition entre la position passive d'accueil pour se soigner et la passivité mortifère, lorsqu'un vécu de passivation est trop proche et contre lequel il faut lutter. Ces femmes, au moment thérapeutique des traitements, sont liées par l'opposition entre la situation éprouvée réelle et imposée par l'autre et ce qui relève de la possibilité de créer un jeu de représentations permettant au sujet de prendre une position de maîtrise (Catherine Chabert, 2003). La maîtrise dans cette épreuve de la réalité, se joue dans une forme d'acceptation passive des soins qui équivaut à une lutte contre la maladie. La dimension active trouve à s'exprimer dans les représentations du sujet qui veut "s'en sortir", "il faut bien", c'est de plein gré et avec observance que les femmes se "passivisent" mais le travail pulsionnel mobilisé est coûteux.

Cette dichotomie de position reflète le double traitement paradoxal de la passivité qui impose au moi de se soumettre, chose dont il a par nature horreur, et de se défendre de l'angoisse, que déclenche cette position de vulnérabilité, de se faire attaquer, avaler, détruire par l'autre. Nous percevons ce conflit dans la double valence des figures maternelles convoquées au TAT. Celles-ci oscillent, portées par le clivage et l'isolation, entre une figure étayante qui met à l'abri des besoins du corps et une figure pénétrante, intrusive, exerçant son emprise insidieuse.

7.2.4.2. Les conduites masochistes

7.2.4.2.1. La sexualité aux prises d'une logique masochiste : rémission, guérison et bénéfice secondaire

Nous reprenons ce que S. Freud dit du sentiment de culpabilité³⁸⁰ puis du masochisme moral dans *le problème économique du masochisme*, pour caractériser certaines réactions de nos patientes gravement malades et nous l'illustrons par la différence entre les termes « rémission » et « guérison ». La rémission est le terme utilisé par nos patientes pour inscrire leurs projets de vie dans le temps du cancer, comme une adaptation à la nouvelle réalité temporelle qui promet tout de même une issue à travers la rémission. Ainsi, « être en rémission » permet-il de se projeter en dehors de l'aliénation de la maladie sans la dénier ; autrement dit : vivre avec. Les patientes s'approprient cette différenciation de termes propres à la maladie cancéreuse, parfois d'une manière assez étonnante, ce qui nous permet de cerner les voies utilisées par la psyché pour lier maladie et sexualité en empruntant le chemin de la culpabilité. La notion de « rémission » permet d'être toujours malade mais sans crainte d'en mourir, alors que la « guérison » met fin à un statut, une identité, qui permettait malgré le risque mortel et la souffrance, des bénéfices secondaires et ce notamment au niveau de la relation de couple et de la sexualité.

Ainsi n'est-il pas rare de rencontrer chez les patientes au troisième temps de l'étude une difficulté à se reconnaître guéries et à mobiliser à nouveau leurs potentialités de changement ; leurs investissements d'objet actualisés par la maladie leur apportaient certaines satisfactions masochistes, notamment à l'endroit de la sexualité : « à présent il me laisse tranquille de ce côté là ».

Il en reste donc parfois cette part morbide qui prolonge la maladie après la rémission. Est-ce que nous sommes alors face à une procédure dans laquelle la sexualisation de la culpabilité aurait transformé la sanction en une satisfaction réjouissante telle que Sigmund Freud le décrit en 1919 ? La privation de plaisir sexuel est-elle le sacrifice nécessaire pour continuer à vivre, le prix à payer ? Cette sanction à l'endroit même d'Éros s'inscrit-elle comme la réponse à une culpabilité concernant le sexe dans le cas de ce cancer sexuel ? Parfois perçu comme un bénéfice secondaire à la maladie, cet arrêt des plaisirs sexuels (qui ne sont plus ressentis comme tels par la patiente) est-il la satisfaction réjouissante qui couronne la sexualisation de la culpabilité, celle de s'être rendue malade en se laissant gouverner par le désir débridé ? La bride du plaisir s'effectue sous l'égide d'un masochisme qui punit la patiente culpabilisante, tout en lui offrant un garant psychique contre la récurrence, donc la possibilité d'une relation pulsionnelle au prix du symptôme: plus aucun désir

³⁸⁰ FREUD, S. (1923). *Le Moi et le ça*. In : Essais de psychanalyse. Paris : Ed. Payot, 1984.

sexuel. C'est bien cela le sacrifice de la sexualité sur l'autel de la mort. Les patientes le disent : est ce que vous pensez que ça a un lien ? Et leur propre réponse à cette question rhétorique nous oriente toujours vers un Éros frivole et une jouissance coupable, sanctionnés sur un fond œdipien plus ou moins prononcé, par un Thanatos grave (le renoncement pulsionnel comme exigence du travail de mort).

La culpabilité œdipienne chez ces femmes (du plaisir sexuel défendu, sanctionné par la castration) devient le moteur d'une acceptation masochiste de la maladie, cette dernière étant probablement méritée: « je n'ai pas pris soin de moi », « j'ai trop utilisé mon utérus », « tous mes problèmes viennent de là ». La conduite masochiste qui s'ensuit, en s'infligeant l'abstinence et parfois même le célibat est bien un retournement sur la personne propre des attaques du cancer gynécologique offrant l'illusion d'une (auto-)délivrance, d'une maîtrise de l'emprise de celui-ci en reprenant une position active à l'endroit même où le moi se sentait menacé. Nous considérons ces conduites masochistes comme un recours ponctuel possible afin de se délivrer de l'emprise de l'objet cancer et de reprendre une position active de maîtrise. « la conduite masochiste offre toujours au moi la possibilité ou l'illusion de se délivrer de l'emprise de l'objet et de reprendre une position active de maîtrise, là où il se sentait menacé de débordement et de rédition passive à l'objet »³⁸¹.

7.2.4.2.2 *Les mouvements sadiques du contre-transfert et le sacrifice de vie :*

Je rejoins ce que dit François Pommier³⁸² d'un masochisme défensif chez des patients en proie à une situation extrême, les laissant face à une angoisse sans nom, une angoisse de ce qui ne se représente pas : la mort. Les patientes sont toutes, chacune à un degré se conjuguant à leur capacité de régression sans dommage, dans un consentement asservi face à la recherche. Cette attitude que je perçois en premier lieu dans le transfert est au final ce qui gouverne leur rapport à l'expérience qu'elles vivent : elles sont prêtes en apparence à tout endurer, tout accepter pourvu que soit levée la menace de mort qui plane sur leurs têtes. Dans mon contre transfert je ressens souvent la contrainte et la douleur que j'impose à ces femmes en *les obligeant* (alors qu'elles sont consentantes) à penser et à trouver du temps au milieu de l'hyperactivité qui fait rage dans le milieu des soins et de l'urgence vitale.

Elles font, en acceptant de me voir (alors qu'elles refusent pour la plupart que les psychologues des services les approchent), un don d'elles-mêmes pour la recherche. Je perçois souvent leur

³⁸¹ JEAMMET, P. **L'énigme du masochisme**. In : ANDRE, J. (dir.) *L'énigme du masochisme*, Paris, Petite Bibliothèque de Psychanalyse, PUF, 2000, p. 58.

³⁸² POMMIER, F. **La question du masochisme dans les situations extrêmes**. *Psychologie clinique et projective*, n° 12, 2006/1, p. 69-82.

acceptation comme une bonne action qu'elles concèdent à faire et dont elles me signifient quasiment toujours l'importance du sacrifice en mettant en scène les efforts (actifs) qu'elles font pour répondre à cette nouvelle contrainte que je leur impose. Certaines l'expriment même au départ : « je ne voulais pas vous voir aujourd'hui », « je ne voulais pas vous parler », « je suis fatiguée, je n'ai pas la force de parler ». Cette place de chercheur, les patientes me la confèrent dans une dimension sadique, mais, à la différence des autres obligations de soins, elles ont la possibilité d'y échapper sans en mourir et trouvent très régulièrement un jeu dans nos rencontres elles-mêmes en ne se présentant pas aux rendez-vous, soit par oubli, soit parce qu'elles sont trop fatiguées et/ou qu'elles n'avaient pas envie. Ce qui conforte cette hypothèse du jeu actif de présence / absence (et nous pensons évidemment au jeu de la bobine) c'est leur volonté de trouver un autre rendez-vous mais toujours pour me faire plaisir et au prix d'un effort d'autant plus grand que le premier est un rendez-vous manqué.

Nous pensons aussi à *l'offre masochiste*, proposée par Catherine Chabert (2003), pour décrire cette soumission à l'activité de recherche cette fois dans sa valence sadique à mon égard puisqu'elle leur permet de livrer sans cesse leurs plaintes au sujet de leur prise en charge y compris psychologique, d'exhiber leur contrainte et leur hyperactivité mais aussi simplement les stigmates de la maladie sur leur corps meurtri, fatigué et douloureux, qu'elles décrivent avec précision et provocation ou qu'elles livrent sans pudeur à mon regard passif et impuissant.

Au-delà de l'interprétation de ce jeu de présence / absence comme de la possibilité de se rendre maître d'une expérience qui échappe, en agissant, à mon endroit, une activité de maîtrise qui ne leur est pas permise par ailleurs, nous sommes tentée de proposer une interprétation au regard d'un transfert maternel qui permettrait de rejouer la dette maternelle³⁸³. L'acceptation, à travers un effort masochique, ne permettrait-elle pas aux patientes de se repentir et donc de se soulager par nos rencontres d'une culpabilité qui détruit leur intérieur ? L'idée de la dette est indubitablement liée à celle du sacrifice. Le sacrifice ne s'exprime pas seulement dans le transfert instauré par la recherche, il réapparaît à différents endroits dans le discours des femmes, s'inscrivant toujours dans l'importance de le reconnaître comme un don de soi, c'est à dire un renoncement à un petit bout de vie. Tout se passe comme s'il existait un tribut à payer à l'existence de la mort, au destin mortel. Échapper à celui-ci tout en le reconnaissant requiert le sacrifice d'un investissement d'éros (j'arrête de fumer si je guéris).

³⁸³ Au sens où le propose M. Bydlowsky

En décrivant la castration à la fois comme *prévention traumatique* et *gain narcissique* Piera Aulagnier³⁸⁴ conçoit le renoncement à la jouissance comme anticipation d'un risque : « ce que le névrosé sacrifie, c'est son sexe comme instrument et lieu de plaisir, afin de garder une image corporelle non morcelée » (Piera Aulagnier, 1975). Cette idée conforte notre thèse quant à cette castration / mutilation rejouée ici : la peur de perdre la jouissance sous la menace voire l'action du cancer, entraînerait le désinvestissement érotique prenant la valeur de sacrifice du sexe comme lieu de plaisir (sous-tendu par une culpabilité) pour garder une image corporelle non morcelée et anticiper ou contre-investir l'inattendu de la castration réelle. Dans ce cas, la patiente « fuit le plaisir pour se mettre à l'abri de l'angoisse » (François Pommier, 2006), nous renvoyant à nos résultats exposés à propos du désinvestissement érotique du génital et à l'hypothèse faite d'une régression imposée par la réactualisation de l'angoisse de ne plus pouvoir jouir. Ce renoncement pulsionnel s'inscrit dans un mouvement masochiste défensif pour répondre à l'exigence d'une passivité incontournable.

7.2.4.2.3. *Un fantasme d'incurie interne :*

Certains faits médicaux entrent particulièrement en résonance, chez les patientes, avec la spécificité de la sexualité féminine, inscrite dans une proximité anatomique et psychique entre rectum et vagin. Les confusions que cette proximité est susceptible d'entraîner entre un intérieurs intestinal et génital sont régulièrement interrogées par ces femmes, confrontées aux scanners ou IRM qui indiquent « l'invasion » des cellules tumorales, ou encore la « déchirure du péritoine » qui suppose que le cancer se « répande » ; mais aussi par les inversions courantes de diagnostic entre tumeur rectale et vaginale dont le différentiel ne peut parfois être fait qu'après l'opération. Ainsi, les femmes sont constamment rappelées non seulement à leurs limites internes mais aussi à la qualité de leur intérieur pris dans le système dichotomique médical : bon / mauvais, sain / malade, contaminé ou non. Nous repérons dans la clinique cette représentation de la contamination qui convoque l'analité, et s'accompagne de représentations fécales pour figurer l'intérieur dégradé. En effet, l'actualisation de la limite rompue entre génital et intestinal, appuyée par la réalité trop réelle des données médicales, peut convoquer un mouvement mélancolique chez la patiente qui se voit bloquer l'accès à ses objets internes précieux. Ces objets du féminin devenus partageables par tous et confondus avec le contenu intestinal n'ont plus qu'une valeur fécale expliquant le dégoût de la femme pour son sexe, et se traduisant par de courants fantasmes de « saleté » interne, de contamination de l'autre par un intérieur nauséabond susceptible de se répandre. Le féminin sale et empoisonné est une

³⁸⁴ AULAGNIER P. (1975) **La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé**, Paris, PUF, 2007.

thématique fantasmatique récurrente chez ces femmes. Ceci fait écho à la notion de souillure qui sous-tend la crainte de la transmission. Ce risque de pollution ou souillure du corps prend un sens spécifique avec la maladie gynécologique pelvienne, dans le sens où l'acte de transmission se ferait par un orifice : le vagin, accompagné de ses écoulements typiquement féminin qui rythment normalement les échanges entre intérieur et extérieur du corps. Plus encore que vide, ou troué, nous découvrons avec ces femmes, un féminin malade, toxique et contagieux.

À travers l'ouverture du corps que traduit la représentation fantasmatique du sexe féminin dénaturé par le cancer, Lorette se sent contagieuse. Ce sont les fluides qui sont empoisonnés et qui peuvent donc se transmettre, mélangés à l'eau, d'une ouverture à l'autre, d'un vagin à l'autre. Lorette a, de ce fait, une appréhension de la baignade, phobie installée avec l'opération que nous retrouvons chez plusieurs de ces femmes. Ce que Lorette appelle « les bactéries » sont toujours potentiellement un danger puisqu'elle est à présent ouverte sur le monde, dans un échange constant de fluides avec son intérieur. Le cancer aurait pu, selon elle, s'installer ainsi ; en tout cas il est certainement responsable de l'infection urinaire qu'elle contracte suite à une baignade dans la piscine de sa voisine.

En deçà d'un registre anal qui convoque les entrées et sorties du corps, il nous semble que l'intérieur féminin est aussi à ce moment là fécalisé sur un modèle de fonctionnement qui ne supporte plus aucune maîtrise et ne concerne que les sorties intempestives du corps dont le contenu dégrade l'extérieur. Rose marie en présente un exemple troublant étant donné la poche de stomie qui l'accompagne. Tout son monde externe, environnement proche, semble contaminé par les caractéristiques de cet objet fécal. Dans un registre plus symbolique, moins tangible, Danielle dit se sentir « coupable d'être malade » comme si la maladie pouvait « faire du mal » autour d'elle, associant la culpabilité à la honte, augmentée d'un fantasme de contagion qui s'estompe lorsqu'elle n'est plus porteuse de la maladie.

La « mélancolisation » de l'intérieur féminin malade, intègre donc une représentation particulière du sexe comme porte de sortie sur un mode de fonctionnement fécal qui bouleverse le rapport au monde et plus encore les capacités de jouer d'une sexualité en dehors d'un fonctionnement mélancolique : répandre la déchéance. Si ce fantasme plane chez toutes nos patientes, il devient de l'ordre d'une réalité, par défaut de refoulement, chez nos deux patientes psychotiques. De fait Lorette et Roseline mettent en exergue un féminin corrompu par une sexualité dégradante, faisant toutes deux pivoter l'origine de leur cancer gynécologique autour du terme « salope ». L'intérieur est sale et déprécié, mélancolique, comportant une connotation sexuelle liée à la contagion de maladies que contractent les filles aux mœurs corrompues sexuellement.

Cela étant, l'incurie de l'intérieur féminin malade et contagieux s'avère, quel que soit le registre de

fonctionnement, un fantasme commun chez ces patientes, s'exprimant plus ou moins consciemment. Danielle, dans un registre névrotique, parle par exemple très clairement d'idées mélancoliques à teneur dépréciatives sous-tendues par un fantasme de « saleté » lié à la maladie : « je suis sale, j'ai une sale maladie ». Confrontée à la castration, Danielle propose à la planche 1 du TAT la fausse perception d'un objet féminin contenant : « assiette », dont le contenu est fortement contre-investi par la dénégation : « il n'aime pas ce qu'il y a dedans ». Cette projection nous semble liée à l'introduction du test, lui-même en résonance avec la situation actuelle. Face à un objet en deux parties (un contenant et un contenu), l'intériorité est rejetée, procédant du clivage de la représentation de l'objet, son intérieur étant assimilé à quelque chose de mauvais.

Néanmoins, « la mélancolie n'est pas seulement une thématique morbide, c'est aussi une dynamique psychique avec un renversement de passivité en activité » (C. Chabert³⁸⁵). La thématique mélancolique qui gouverne les fantasmes concernant l'intérieur du corps et surtout la contamination toxique de tout objet extérieur qui tenterait d'entrer en contact, est aussi une fin de non-recevoir pour ces femmes qui tentent ainsi de se dégager d'une position insoutenable de passivité actualisant des fantasmes sexuels violents.

Ce qui pourrait s'associer à ce fantasme d'incurie est l'angoisse d'écoulement que nous avons déjà évoquée. Celle-ci renvoie à ce que nous avons décrit d'un intérieur féminin qui ne se maîtrise plus et qui se répand mais également à la brisure de l'enveloppe corporelle, ciblée au niveau du sexe qui ne contient plus, qui laisse échapper ses substances, lorsque que le corps est en passe de se vider. C'est cette procédure qui semble sous-tendre les fortes réactions traumatiques devant les hémorragies génitales (symptôme courant de ces cancers gynécologiques). Si nous pensons que celles-ci s'accordent avec une expression du féminin, c'est bien par ce que nous les retrouvons par ailleurs, dans la façon dont ces femmes appréhendent les signes du cancer gynécologique, toujours en fonction d'une intuition cénesthésique de leur corps habitué à saigner. En effet, les hémorragies, comme unique prodrome du cancer gynécologique, fortement associées au « sang de la femme » participent du fantasme d'écoulement, qui vide jusqu'à la mort, sans que le « trou » puisse être refermé. Toutefois, les saignements sont parfois déniés en tant que symptômes du cancer, et même évincés des ressentis corporels, le déni ou le caractère bénin qui en découle s'impose dans la logique des sexes chez les femmes "habituées" à saigner. De ce fait, le cancer est souvent considéré comme asymptomatique rendant l'annonce plus incompréhensible encore. C'est alors le malaise corporel informe, plus encore que des symptômes réellement perçus, source d'angoisse, qui ferait consulter. Ici, les femmes s'affirment comme détentrices d'un savoir intuitif concernant leur santé lorsqu'elle touche à la sphère gynécologique.

³⁸⁵ Propos prononcés à l'occasion de son séminaire (17/04/2013)

L'écoulement féminin, lié à la physiologie propre de la femme, notamment lors des règles, est considéré alors comme ayant une conséquence sur le monde et une incidence sociale souvent néfastes. Ainsi l'écoulement féminin peut corrompre ce qui l'entoure. Cette crainte de souillure et de transmission semble d'autant plus prégnante lorsque les limites entre l'extérieur (l'eau de la piscine ici) et l'intérieur (les sécrétions et fluides vaginaux et utérins) ne sont pas clairement définies par la femme ; ce que nous avons pu observer comme étant souvent le cas. Le cancer pelvien et surtout ses traitements invasifs "attaquent" les limites et convoquent le fantasme d'un interne ouvert sur l'extérieur, à la fois en proie à cet extérieur hostile, mais aussi telle une béance, également dangereuse, menaçante pour le dehors, notamment à travers la représentation d'un écoulement féminin toxique, écoulement d'un corps malade.

Appuyons nous à nouveau sur l'exemple de Rose Marie qui porte donc une poche de stomie depuis le second temps de l'étude et pour une durée indéfinie. Elle utilise tout un vocabulaire rapporté aux canalisations pour parler de son corps : « plein, tubes, liquide, trou, raccorder, déboucher, déborder, vider, etc ». Le corps est perçu comme un système de tuyauteries, avec les défauts qui lui sont propres : fuites et débordements. Il se remplit, s'évacue, et implique des réparations : raccordement, évacuation, débouchage. Ce système tubulaire, drainant les productions corporelles, de l'intérieur vers l'extérieur, nous rappelle ce premier schéma corporel constitué de conduites de gaz et de liquides décrit par Gérard Pirlot (2010). D'ailleurs, lorsqu'il ne s'agit pas de « liquides » c'est bien des « gaz » qui s'échappent de son corps, sans qu'elle ne puisse rien y faire. La situation de la poche expose, à l'extérieur du corps, à la vue de tous, le contenu fécal de l'intérieur corporel. L'intérieur est projeté à l'extérieur avec force dans une thématique massive : « d'avoir les selles qui sortent là, c'est pas normal ». Les images sont crues, en manque de symbolisme, signant probablement la défaillance à ce temps d'un pare-excitant jouant son rôle. L'intériorité est fécale, détériorée, malade, inimaginable et pourtant on ne parle que d'elle. Une analogie semble s'effectuer, entre les limites confuses d'une corporalité qui déborde et une parole sans retenue qui donne à entendre ce qui est donné à voir par le corps. Elle s'exprime donc sans détours, crûment, de la même manière que son corps s'extériorise, c'est-à-dire sans pudeur, sans limites et sans affects. Son corps lui échappe et sa parole avec, ni l'un ni l'autre ne sont plus contenant : « Non... je dis tout, ça sort bien (rires)... ». Au final, son féminin est contaminé par les matières fécales et constamment expulsé à la vue et l'odeur de tous. La féminité est ici cachée sous une enveloppe fétide, contaminée, comme le reste, par la centration sur la poche qui s'étend à l'ensemble du corps.

7.2.4.3. Le glissement symbolique

La crainte d'une dissémination du cancer dans le corps entier ou d'autres organes est présente dans le discours de l'ensemble de nos patientes. En cancérologie, rien de très étonnant que de retrouver l'idée de la maladie galopante et dévorante, puisque le terme de métastase n'est jamais très loin de celui de cancer ni de celui de rémission. Par contre, ce qui nous a semblé plus important à relever pour la clinique de ces femmes atteintes d'un cancer, est cette idée récurrente et proposée consciemment, de la circonscription du cancer dans l'organe utérin. Cette idée de "poche contenante" clairement inspirée du rôle fonctionnel de l'utérus et du placenta, semble permettre d'apaiser les angoisses à figure de métastases que nous avons discuté précédemment. Ainsi, aux angoisses d'écoulement et de contamination inspirées par la fécalisation de l'intériorité, vient s'opposer une rationalisation intéressante qui loge en définitif le cancer dans l'utérus, tel un enfant (mort?). Y aurait-il un glissement symbolique entre cancer gynécologique, fèces et enfant mort ? Quoi qu'il en soit, cette tentative de délimitation symbolique par le biais de la représentation nous rappelle la « représentation limite de l'enfant mort » proposée par Catherine Chabert (2003). L'utérus comme objet clivé et parcellisé du corps viendrait alors figurer chez ces femmes un féminin mélancolique. L'utérus est perçu comme un objet partiel et détachable permettant un clivage salutaire entre bon (« qui a bien travaillé », « qui a fait les enfants ») et mauvais objet (« qui a le cancer ») sous-tendant également le passage d'un féminin maternel à un féminin érotique sans retour possible donc sollicitant le renoncement pulsionnel. Trois fois au Rorschach nous repérons une projection qui relève à notre avis de cette représentation. Gabrielle énonce clairement à l'entretien sa vision de l'utérus qui contient le cancer, le circonscrit, permettant selon elle, un meilleur pronostic de la maladie. Elle projette à la planche IX (planche utérine) un objet chaud englobant, entourant, servant à contenir un objet froid. Pour Roseline, l'introduction de la couleur rouge s'accompagne d'une association entre des représentations d'enfant et de sang : de « bestiaux » à « sang », la forme se précise avec l'émergence du fantasme qui finit par être désorganisant. Un fantasme qui questionne la procréation et la destruction des organes sexuels, du moins de l'intérieur. Danielle quant à elle perçoit à la planche II un « scalpel bloqué » renvoyant à sa perception précédente décrivant l'intérieur anatomique du sexe féminin. C'est, nous semble-t-il, la représentation de l'enfant mort qui apparaît en réponse aux sollicitations de castration. En plus de son clivage, l'utérus joue là son rôle à la perfection puisqu'il préserve, en renforçant des limites vacillantes, de la déliquescence de l'intérieur vers l'extérieur mais également de l'intérieur vers l'intérieur. La parcellisation d'un bout du corps préserverait-elle d'un morcellement (et dans le même temps d'une contagions) ? Dans tous les cas, cette représentation d'un contenant féminin de

la chose morbide renvoie indéniablement à celle de l'enfant mort.

La réalité de l'ablation utérine ne met pas fin aux angoisses de récives, elle ne permet simplement plus que la rationalisation agisse. Cependant il est remarquable de constater que l'analogie avec la maternité peut perdurer. Suite à l'impact des traitements (temps deux et trois), ce n'est plus la grossesse mais l'accouchement et ses suites qui sont convoqués. Les femmes relatent souvent l'opération en référence à leurs histoires d'accouchement, allant de l'association d'idée, de l'évocation simple, à l'analogie pure, inférant la similarité des expériences : Gabrielle le fera au sujet de son abdominoplastie, Isabelle concernant ses ressentis de relâchement périnéal, Lorette à propos de l'épisiotomie et Rose Marie pour expliquer sa claustrophobie : « Ah oui ! Quand j'ai accouché de mes enfants, j'étais pas descendue de la table que je demandais déjà quand est-ce que je pouvais sortir donc... ». L'accouchement est convoqué dans les discours notamment dans une comparaison de la gestion de la pudeur, de l'anesthésie (péridurale), de la contrainte de la rééducation, des douleurs ressenties, d'un corps interne transformé et sensibilisé, et bien sûr de la gestion de la sexualité suite aux atteintes corporelles. C'est d'ailleurs le même champ lexical qui est utilisé tant par les médecins que par les patientes pour parler de l'accouchement et des traitements du cancer pelvien : « la péridurale », « la rééducation », « le périnée »... Les sensations induites par les traitements sont comparées aux sensations post-partum notamment au niveau du périnée que les femmes *re-sentent*. Isabelle, par exemple, compare sa situation post-curiothérapie avec son état corporel post-accouchement. Les sensations ne sont pas douloureuses. Elle renoue contact avec ses éprouvés en les inscrivant dans l'expérience du corps. La convocation d'une expérience corporelle ancienne comparable signe le premier pas vers une relibidinalisation du corps. D'ailleurs, elle dit travailler son périnée toute seule comme on lui a appris suite à l'accouchement lors de la rééducation. La réappropriation de son corps en passe donc par une phase active de ressentis par le mouvement, une sollicitation musculaire, même interne, comme voie de dégagement d'une position ligotante de passivité.

Ce glissement symbolique entre maternité et cancer gynécologique fait par les femmes, nous semble s'étayer de l'objet interne concrétisé, dans les deux expériences, qui interroge de fait l'acceptation du corps étranger en soi. L'utérus touché est un organe particulier chez la femme pour lequel elle a généralement déjà senti et élaboré cette intrusion d'un corps étranger en elle qui provoque toujours plus ou moins inconsciemment une part de "haine" et de rejet. La femme avec la grossesse a déjà été envahie par un corps étranger qu'elle a dû accueillir en son sein. L'analogie est difficile à croire du fait du caractère réellement "agressif" du cancer au regard de celui heureux de la

maternité, mais les expressions utilisées par les patientes m'ont souvent amenée à faire cette analogie dans mon contre transfert. Cette analogie se renforce de la concrétitude de l'objet interne qui, en s'incarnant dans le cancer sexuel, convoque des fantasme de grossesse mais joue également le rôle de capteur de libido. Pour expliquer ce phénomène nous le reprenons chez nos deux patientes psychotiques puisqu'il leur est dès plus favorable. Lorette et Roseline, avant le cancer, vivent toutes deux dans une relation d'emprise avec des hommes qui les maltraitent moralement. Leur fonctionnement endosse une passivité mortifère et un masochisme moral permettant à l'autre d'exprimer son sadisme à leur rencontre et impliquant des spécificités sur le plan de la sexualité : Roseline vit une abstinence forcée pendant plus de 20 ans dans l'espoir de voir un jour l'homme avec qui elle vit la quitter ; Lorette se fait régulièrement abuser sexuellement, parfois dans un cadre informel de prostitution. Étonnamment, une rupture brutale d'avec ce partenaire (décédé ou parti avec une autre) précède la découverte du cancer gynécologique. Les deux femmes mettent en lien, et ce sans détour, leur relation d'emprise avec l'intrusion du cancer. Nous en avons déjà fait mention, les deux entretiens font pivoter cette relation de cause à effet autour du terme « salope », employé à leur adresse pour désigner leur sexualité féminine. Leur pulsionnalité moins tenue, de par leur fonctionnement auquel s'ajoute l'effraction de la maladie, nous donne accès à un inconscient à ciel ouvert. Ainsi, elles expliquent toutes deux que leur sexe a fini par être abîmé par ces relations, confirmant non pas une angoisse de l'ordre d'une destruction interne, mais l'assurance d'avoir possédé quelque chose puisque la castration est devenue inéluctable. Pour résumer, la présence du cancer vient renouveler un schéma relationnel qui s'était brutalement interrompu pour ces deux femmes. L'investissement d'objet pour Roseline est fusionnel, l'histoire qu'elle nous raconte montre son incapacité à fonctionner seule. Le cancer est englobé dans un roman de la maladie très intense, à rebondissements, tourné vers une histoire sentimentale. Il est le point d'arrivée finale, pour cette femme, d'une longue histoire amoureuse vécue dans l'emprise et la persécution. Comme si le cancer permettait finalement, dans l'après coup, de mettre du sens sur son histoire, tel un malheureux point de capiton trouvé *a posteriori*. Elle passe donc d'une relation duelle, destructrice mais contenante, avec un homme vécu comme « un intrus chez elle », à une solitude désorganisée d'allure psychotique avec dépersonnalisation et hallucinations cénesthésiques et auditives. L'arrivée du cancer vient incarner à nouveau cet intrus mortifère en elle, c'est à dire l'objet qui mobilise ses investissements narcissiques et permet le renoncement pulsionnel à cet autre objet d'amour décevant et perdu : « ce cancer c'est ce garçon ». Roseline va mieux, ses angoisses se sont calmées, elle a trouvé du sens à son histoire et peut enfin « vivre seule », avec le cancer. Au final, la liaison par l'objet menaçant et intrusif du cancer lui permet une stabilité pulsionnelle. Quand d'autres patientes sont extrêmement angoissées à l'idée de la contrainte imposée par la situation de cancer, Roseline,

de par son fonctionnement psychique, elle, y trouve un recours permettant de canaliser « l'explosion » pulsionnelle, « les frénésies », « la douleur », c'est à dire une pulsion sexuelle violente et indomptable, jaillissant avec fracas. Le cancer des organes génitaux en concrétisant un objet interne, à la fois étranger et familier dans le moi permettrait à Roseline de vivre à nouveau cette passivité mortifère mais aussi salutaire. Le bénéfice secondaire tiré de l'arrivée du cancer correspond *in fine* au retournement de la pulsion sexuelle sur le moi permettant une satisfaction liée à l'auto-conservation (maintien de l'affirmation de l'existence individuelle) et la mise en branle d'un travail de la maladie dont atteste le roman qu'elle propose.

Lorette quant à elle vit continuellement des relations tierces avec un objet d'amour clivé (deux hommes) dont l'un des deux exerce une emprise sur elle en lui faisant subir son désir sexuel. Lorsque cet homme meurt subitement, elle est libérée de son courroux mais ne s'en trouve pas soulagée de ses angoisses et subit à présent les désirs sexuels de son compagnon dans sa relation duelle. L'arrivée du cancer vient à nouveau concrétiser une relation à trois mais cette fois-ci, en s'imposant comme un tiers séparateur. Depuis la maladie, les objectifs de Lorette ont changé, le retournement narcissique de la libido lui permet, par l'intermédiaire d'un objet interne, constitué comme appartenant à soi et création du corps, de ne plus souhaiter être à la merci de l'autre et de se dégager de son emprise. La passivité mortifère et le masochisme moral, à l'œuvre jusqu'à présent, semblent évoluer du côté d'une force de vie. Elle montre la capacité, fragile, de s'affirmer du côté de l'altérité en disant « non », elle échappe aux pressions extérieures et peut se soustraire de l'emprise sexuelle de l'autre.

Le cancer, en concrétisant un objet interne jusque là défaillant, permet finalement à ces femmes des remaniements positifs dans le sens d'une désintrinsication au service de la vie suite à l'abandon des investissements libidinaux d'objet au profit d'un investissement narcissique dans l'intérêt du moi, salutaire pour ces femmes.

7.2.4.4. La balance pulsionnelle entre féminin et féminité

« Si je ne suis plus homme ni femme qu'est ce que je suis ? ». Cette interrogation n'est pas celle d'une femme atteinte d'un cancer pelvien mais une question posée à propos de ma clinique lors d'une présentation de mon travail. Dès lors j'ai cherché cette question chez les femmes de l'étude et c'est un autre résultat qui m'est apparu. La comparaison avec l'étude sur le fonctionnement féminin a d'ailleurs contribué à déterminer que l'atteinte identitaire, malgré les transformations rapides, brutales et les risques d'une identité perdue dans les modulations de la relation d'objet (narcissique fusionnelle), n'est pas significative. Comme nous l'avons déjà remarqué « l'inimaginable utérus »,

n'est pas le représentant à lui seul de l'identité féminine, et sa castration ne résout ni ne solde la différence des sexes, puisqu'il ne la résume pas. Les remaniements pulsionnels qui accompagnent la castration interrogent la femme dans la femme mais ne ramènent pas leur problématique à celle de l'être intersexué qui ne se sentirait ni homme, ni femme. Au contraire, l'atteinte de la sphère gynécologique est prise comme un maillon de la chaîne transgénérationnelle qui lie les femmes entre elles, inscrivant d'autant plus nos patientes dans leur lignée féminine en convoquant les identifications primaires à la mère, parfois elle aussi morte d'un cancer. L'intensification de l'appel identificatoire à la mère que nous repérons chez toutes les femmes de l'étude, s'inscrirait avec constance devant l'épreuve de cancer, comme un radeau de sauvetage devant les risques répétés de confusion identitaire sollicitant l'angoisse de diffusion (Doris Vasconcellos, 2012). L'utérus est le fief des somatisations du féminin qui lie les femmes entre elles. Plus que le sexe, il est personnifié et rendu à sa fonction, une fonction qui garde les traces presque corporelles de la toute première relation filiale, le relation utérine. Les femmes se réfèrent à leur mère comme si elles ne faisaient qu'emboîter le pas à un destin mortel déjà tout tracé. L'exemple est d'autant plus frappant lorsque le père est lui aussi décédé d'un cancer mais qu'aucun lien n'est fait au profit d'un renforcement identificatoire à la mère. Peut-on penser que sidérées, happées par la réalité de la castration trop proche du fantasme, l'identification se fait essentiellement sur la base d'une anatomie génitale identique ? L'état de transparence psychique pourrait entraîner cette reviviscence des identifications primaires homosexuelles, proches du corporel. Un « même » qui soutient le narcissisme défaillant empêchant que la confusion identitaire ne se fasse alors que par ailleurs, et nous y reviendrons, l'agrippement narcissique à l'objet tend précisément à délier les assises identitaires. Ainsi, avoir un cancer et le combattre c'est être « comme ma mère ». Peu importe que celle-ci ait eu ou non une situation identique, la manière d'intégrer la maladie et de s'en défendre ou non, s'inscrit dans les processus identificatoires de la relation mère / fille. Nous pensons à Rose Marie par exemple dont l'évocation de la perte de ses cheveux, avant le début des traitements mais également après, provoque toujours une émotion soudaine et forte en la renvoyant au souvenir de sa propre mère. Celle-ci était décédée d'un cancer, mais n'avait pas eu de chimiothérapie et n'avait donc pas perdu ses cheveux. Pourtant ce sont ici les cheveux comme symbole de féminité qui deviennent le pivot de l'identification à une figure maternelle. La chevelure, ou plutôt son absence, ravive l'image du corps maternel flétri et le miroir corporel s'augmente du reflet de la mort.

La féminité exacerbée des femmes à partir du second temps de l'étude, et après l'état qu'elle présente parfois proche de l'incurie, est un recours à l'enveloppe narcissique, étayant pour un temps les fonctionnalités du moi-peau. L'enveloppe libidinale est mise hors-circuit, mais si le moi-peau fait

preuve d'une grande perméabilité dans le sens d'une fragilité de passage, il ne s'effondre pas pour autant, il persiste sous l'enveloppe libidinale une enveloppe narcissique qui se renforce et pallie les difficultés identificatoires. Il en résulte tout de même une grande inhibition sensorielle et sexuelle. Néanmoins cette balance pulsionnelle permet aux femmes d'abandonner, pour un temps, un féminin malmené, détruit et dangereux qui réclame un désinvestissement nécessaire à la survie du sujet, au profit d'une féminité présentoir d'une identité et étendard d'un sexe.

Nous avons appris avec la théorie que la femme est sujette aux angoisses de l'informe. Toutes les ruses et astuces de la féminité sont au service du contre-investissement de l'angoisse de l'informe du sexe, creux, inquiétant, insaisissable, irreprésentable et... malade, mortifère. Les femmes tirent avantage de cette féminité de surface qui rassure leurs angoisses liées à la castration. Pour Monique et Jean Cournut, la féminité s'instaure comme la réponse féminine à l'angoisse de castration masculine : rien ne doit évoquer pour l'autre masculin l'angoisse de castration, la *cicatrice* voire le *trou* susceptibles de faire fuir l'homme et d'enrayer sa capacité d'aimer. Or les femmes de l'étude se vivent toutes comme littéralement trouées suite à l'hystérectomie, certaines posant même clairement la question du « trou » laissé par l'ablation.

Nous faisons l'hypothèse que ce vécu d'un corps troué que nous avons travaillé en lien avec l'érotisme corporel et les réponses peau au Rorschach, rend les femmes également défaillantes dans leurs capacités féminines à cacher, voiler le manque, qui se traduit par une exacerbation défensive de la féminité d'apparat.

Au TAT aussi l'emploi des procédés narcissiques majoritairement utilisés renforce cette hypothèse. En effet, ils ne s'agit pas d'un narcissisme portant une dimension érotique dans les relations et encore moins à visée de séduction. Les procédés sont au service d'un renforcement sensoriel des limites, le corps n'est plus vraiment érotique, il n'est qu'une image figée qui peine à s'incarner. Il ne s'agit pas de séduire mais de camoufler un intérieur mélancolique.

A ce propos, l'intellectualisation (A2-3) de Juliette de la planche 12 : « Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables », nous intéresse pour décrire une procédure courante chez ces femmes qui utilisent leurs perceptions sensorielles, même dans le registre d'une perception déformée, pour tenter de circonscrire les mondes hostiles qu'elles décrivent, représentants d'un intérieur dangereux ou en danger. La recherche de beauté, et l'esthétique recherchée dans les histoires racontées ou pour d'autres dans leur apparence sont l'équivalent d'un trompe l'œil qui détourne du contenu. Les richesses de ces femmes sont indéniables. Pourtant, si on ne se laisse pas bercer par l'esthétique dont elle nous enrobe (féminité?), nous sommes également saisie par le sens confus de leurs histoires, désorganisées, qui prennent une tournure hostile, comme si le clivage avait atteint jusqu'à notre capacité d'écoute.

Au troisième temps, la métamorphose de certaines patientes est spectaculaire (nous pensons notamment à Lorette). Elles se présentent trois mois après la fin de leur traitement revêtues de tout ce qui pare le féminin : bijoux, maquillage, coiffure, robes. Leur allure est antinomique avec ce qu'elles ont pu montrer d'elles-mêmes jusqu'à présent, elles sont apprêtées, elles sont féminines.

Nous souhaitons développer l'exemple frappant de l'investissement de la perte de poids chez nos patientes pour illustrer la balance libidinale à l'œuvre entre féminin et féminité, en ce qu'il est repérable chez les 8 femmes de cette étude.

La perte de poids de ces femmes est provoquée par le cancer et ses traitements, représentant un indicateur de la maladie qui terrasse le corps. Pourtant, les patientes expriment le plaisir qu'elles ont à se voir maigrir, investissant cette nouvelle apparence comme un atout pour leur féminité, un gage de beauté. Rose Marie, par exemple, est devenue très maigre. Elle me dit découvrir certains « os » de son corps qu'elle ne soupçonnait pas avant. Étrangement, elle investit cette perte de poids de manière narcissique, comme un bénéfice secondaire de la maladie, et ce, malgré l'image morbide de « squelette » que lui renvoie son mari. Il s'observe donc un retour sur le « corps esthétique » de la féminité qui s'étaye de la perte du poids comme bénéfice morbide de la maladie qui s'impose souvent dans le cheminement de réappropriation du corps.

Si la libido se détourne des organes génitaux internes féminins, le corps est quant à lui réinvesti tout entier par la coquetterie. L'intérêt pour ce corps esthétique nous semble inscrit dans le système narcissique mis en place par les femmes pour lutter contre l'émergence érotique et en-deçà, celle d'une passivité mortifère.

7.2.5. Remaniements, issues et traumatisme (HO4)

7.2.5.1. Les déliaisons salutaires

7.2.5.1.1. Le travail du mouvement aux projectifs

Nous choisissons de nous centrer sur l'étude des kinesthésies au Rorschach afin d'étudier l'expression des mouvements pulsionnels. Ces indicateurs sont corollaires de ceux relevés dans notre étude du traitement de la passivité (HO3). Pour faire ce travail spécifique, la nécessité d'une distinction visant à préciser les différents types de mouvement aux kinesthésies, s'est imposée de fait et nous la présentons ici comme un résultat et non un simple moyen méthodologique, puisqu'elle reflète le traitement spécifique de la passivité par un jeu pulsionnel lié à la mobilité (mouvement / immobilisme). Nous proposons de reconnaître chez nos patientes :

- La projection d'un mouvement à travers les verbes d'action et, de manière plus soutenue, l'aspect progressif du verbe qui présente le procédé en cours de réalisation (« être en train de »).
- La projection d'une image à travers l'emploi de kinesthésies de posture (être assis, être debout, être quelque part), kinesthésies descriptives qui traduisent le gel pulsionnel.
- L'expression de la passivité à travers une forme passive des tournures verbales (« se faire porter ») qui traduit à notre sens un mouvement pulsionnel à but passif et dont l'aspect progressif, en sus, témoigne de l'intensité de la poussée pulsionnelle qui s'exprime.
- Enfin, le repérage de la passivité à travers les mouvements érigés « en contre » comme les kinesthésies de position que nous divisons en : mouvement suspendu (« des poissons qui flottent dans un bocal ») : mouvement défensif qui condense les mouvements actifs et passifs témoignant ainsi de la lutte à l'œuvre contre la passivité qui transparait tout de même ; et mouvement stoppé ou avorté c'est à dire un mouvement amorcé puis arrêté ou un mouvement suggéré par son empêchement (bloqué, agrafé, ligoté...), mouvement qui reflète la surenchère défensive inhérente à la lutte ratée contre une passivité, l'impossible condensation des mouvements actifs et passifs, qui s'exprime à travers la contrainte du mouvement pulsionnel, renvoyant à une passivité mortifère (d'ailleurs généralement associée à un fantasme sadomasochiste), ici le mouvement plus encore que d'être suspendu est stoppé par la contrainte, avorté.

Distinguer la lutte à l'œuvre contre la passivité et le recours à une passivité assumée, d'un figement pulsionnel radical tout juste cotable en kinesthésie tant le mouvement en est absent, nous permet de différencier l'abrasion du sexuel par déracinement pulsionnel qui rend les traces libidinales quasiment invisibles et que nous connaissons bien sous le nom de « désert psychotique » (Catherine Chabert), d'un figement pulsionnel qui laisse tout de même entendre le sexuel, pris dans une transparence psychique inhérente à un défaut de refoulement, lui-même entraîné par l'affaissement du pare-excitant et la porosité des limites : C'est cette différence que nous entendons, par exemple, entre la projection « assis » et « accouplés ».

Avec une moyenne de 15 réponses sur l'ensemble des protocoles, les Rorschach de ces patientes sont indéniablement restrictifs, inhibés et ce, quel que soit leur registre de fonctionnement. Cependant à cette moyenne nous opposons une moyenne de 5 réponses kinesthésiques (toutes confondues) soit un tiers des réponses. L'étude témoin sur le fonctionnement psychique féminin retrouve, quant à elle, une auto-centration narcissique sous-tendue par le « gel pulsionnel ». La proportion importante des réponses kinesthésies, malgré la restriction par ailleurs de nos protocoles, nous décale de ces résultats. D'ailleurs, les kinesthésies sont moins narcissiques et de posture que

motrices et de position. Voici comment elles se répartissent : 10 kinesthésies de position dont 4 relevant d'un mouvement suspendu (« une goutte qui serait étalée ») et 6 d'un mouvement avorté (« un scalpel bloqué ») ; 19 kinesthésies de mouvement pur que l'on pourrait appeler « motrices » (« en train de courir ») ; 5 kinesthésies de posture sous-tendant donc un gel pulsionnel (« des éléphants assis sur les pattes arrières ») ; 3 kinesthésies utilisant une forme passive (« là elle paraît vivante ») que nous relevons chez les deux patientes les plus marquées par la contrainte passive : Rose-Marie par la poche de stomie et Lorette de par son fonctionnement propre ; enfin, seulement 2 kinesthésies narcissiques. Nous repérons également qu'une utilisation majeure des kinesthésies de position et de mouvement se trouve chez quasiment l'ensemble des patientes (8/10) et, au-delà, que leur présence recouvre la totalité des Rorschach de cette étude. L'aspect progressif de l'emploi du verbe d'action (« être en train de ») est nettement prévalent chez nos patientes, il surenchérit la voie active en plaçant le mouvement dans l'immédiateté et l'actuel, traduisant la massivité de la projection et la force du mouvement pulsionnel dans la décharge. Cette procédure nous semble s'inscrire comme un contre-investissement de la position passive et ce d'autant plus qu'elle se retrouve régulièrement juxtaposée à un autre mouvement pulsionnel, attestant par là de la défense et de la lutte contre la passivité : les kinesthésies de position.

Nous l'avons dit, les kinesthésies de position sont donc largement représentées. Les patientes, sans que nous puissions référer ce résultat à un mode de fonctionnement particulier, présentent soit des kinesthésies de position attestant donc d'une lutte active par sa condensation avec un mouvement défensif passif (« une peau d'ours en train de sécher » ; « un chasseur qui a mis sa peau de bête au sol »), soit des kinesthésies de position attestant d'un échec de la défense par un renforcement du mouvement de contrainte, entraînant des représentations de passivation à travers la thématique récurrente de l'immobilisation : « accroché » ; « scotché » ; « liés » ; « attachés », etc. On remarque comme nous l'avons déjà évoqué, que cette seconde procédure s'accompagne d'un fantasme dont le sadomasochisme est plus ou moins avéré ; la représentation d'une contention psychique de l'objet apparaît quoi qu'il en soit avec prégnance.

Nous proposons une concordance qui paraîtra peut être évidente, entre les kinesthésies de mouvement et de posture / position au Rorschach avec respectivement les procédés B2-4 et CN3 au TAT. Au TAT, l'hétérogénéité des procédés relevant d'une sollicitation des enveloppes corporelles (CN4, CN3, CL2, CL1, CN2, B2-4 et E1) montre d'emblée combien les défenses sont élevées à corps défendant dans une convocation majeure des limites et de l'externalisation, provoquée probablement par la fuite pulsionnelle d'une intériorité devenue mortifère (ce terme de mortifère a le mérite d'englober à la fois une passivité de mort, une jouissance de mort et un mouvement mélancolique, et ainsi toutes choses liées à la fantasmagorie de toxicité et de contagion de

l'intérieur, imposant à ces femmes un renoncement pulsionnel majeur). Au demeurant, cette hétérogénéité témoigne également d'une oscillation entre la suspension des mouvements pulsionnels CN3 et A3-4 et leur reprise érotique B2-4. Notons que ce mouvement ne présume pas de l'utilisation du procédé B1 d'investissement de la relation qui reste très peu usité dans ces protocoles au profit d'un investissement narcissique certain et de la réalité externe dans une modalité obsessionnelle. Déjà à ce temps de l'hospitalisation, nous repérons la mise en place de défenses contre une impensable passivité qui semble s'incarner dans un immobilisme corporel intolérable. C'est le corps qui porte la défense : un corps qui s'anime ou qui s'immobilise au gré des sollicitations latentes du TAT, offrant la possibilité de se soustraire à l'intérieur sans éclater ou s'assécher. Les planches 13BM et 3BM, particulièrement perçues à travers l'actualité des représentations (mort, maladie, hôpital, etc) illustrent souvent ce que nous avançons à propos du jeu pulsionnel. Si l'émotion y émerge de façon relativement dysphorique (minimisée, ou exagérée), indiquant la reconnaissance d'un affect, celui-ci est aussitôt relayé par le corps et plus précisément par l'enveloppe externe du corps qui a désormais la charge de présenter l'affect qui ne peut être représenté. Les perceptions internes sont ainsi muselées, suspendant les mouvements pulsionnels. Cette suspension du mouvement est un ancrage dans la voie passive qui semble contradictoire avec le recours au mouvement utilisé par ailleurs (B2-4). Peut-on penser cette oscillation comme la représentation pulsionnelle des contre-investissements d'une part et de la passivité contre laquelle ils luttent d'autre part ? Il s'agirait donc du mouvement pulsionnel gagnant petit à petit ces patientes aux prises avec cette nouvelle étape de leur maladie qu'est l'hospitalisation et la rencontre avec les soins.

Cette même oscillation peut également être repérée au service, cette fois, d'un fantasme sadomasochiste (enfermement, fuite, punition, mort), à la planche 9GF notamment, ou plus discrètement, au service d'une inquiétante étrangeté qui émerge régulièrement dans les mises en relation. Ce double mouvement, qui peut se nourrir du clivage et de l'isolation, nous semble indiquer le conflit actif / passif à l'œuvre, qui trouve un écho dans la lutte à l'encontre de l'emprise de l'événement majeur de la réalité externe, et qui s'exprime toujours à travers le langage du corps, pris entre rester immobile et se débattre.

Qu'il s'agisse d'une suspension du mouvement par immobilisation du corps (CN3) ou au contraire d'un mouvement pris en charge par celui-ci (B2-4), les procédés, malgré leur différence, aboutissent à un résultat similaire, nommément un désinvestissement de l'intériorité relayé par le corps, expression d'une pulsionnalité externalisée, rejetée sur les limites.

Ainsi nous utilisons ces résultats pour conforter l'idée, avancée d'abord à travers la clinique, de l'emploi défensif d'une hyperactivité portée par le corps en action, et prenant différentes voies d'expression externes : travailler, conduire longtemps, s'occuper de quelqu'un, faire le ménage, etc.

Que viennent révéler ces résultats projectifs ainsi que la convocation itérative de comportements, du jeu pulsionnel ?

7.2.5.1.2. *Une pulsion « de mouvement » ?*

Il est remarquable de constater qu'au cours des huit entretiens, malgré la diversité de fonctionnements de ces femmes, c'est une même plainte qui se donne à entendre. Exprimée d'ailleurs dans des termes avoisinants, elle concerne le ressenti commun d'une privation de l'activité corporelle liée à la contrainte physique de la situation externe et émerge avec force aux deux premiers temps de l'étude qui sont ceux de l'hospitalisation et des traitements. Cette plainte, qui n'est guère plus élaborée qu'une référence à une claustrophobie, au caractère insupportable de l'immobilisme prolongé ou à l'énumération des plaisirs quotidiens actifs liés à la normalité, nous indique non seulement une centration sur le corps dans ses possibilités actives-passives mais aussi quant à l'expression d'un désir rendu quasiment à l'ordre d'un besoin, corporel, vital, en souffrance de satisfaction. Si cette plainte fait écho à l'hospitalisation et au ralentissement physique dus aux traitements, les patientes présentent toutes un contre-investissement défensif dans la recherche d'une activité physique. Il s'agit de revendications simples, au sens de primaires, comme celle du besoin de « marcher ». Parfois l'investissement peut en apparence, paraître associé à un travail intellectuel lorsque les femmes investissent leur rôle social ou un métier sollicitant et valorisant leurs capacités intellectuelles (Juliette, Gabrielle) ; pour autant, il ne s'agit pas de création, de sublimation, la pensée est répétitive et est envahie, seul le corps est convoqué dans cette hyperactivité. Ainsi les femmes sont rapidement obligées d'abandonner au moins pour un temps, mais il s'avère que nos deux patientes concernées décident de prendre leur retraite anticipée, leurs responsabilités professionnelles, les amenant à elles aussi se tourner vers la satisfaction d'un besoin qui apparaît sous les traits de leur discours comme primaire et teinté de nostalgie : marcher, se promener, et ajoutons : un besoin corporel. Chez toutes ces femmes nous découvrons donc un une fatigue et un engourdissement intellectuels, accompagnés d'investissements plus primaires que l'on peut résumer sous le terme de « se mouvoir ». Quoiqu'il en soit toutes les patientes présentent une volonté de rester « actives » ou de retrouver une activité et se plaignent de leur situation passive imposée, génératrice d'angoisse comme nous l'avons vu.

Si être privées de leur liberté de mouvement renvoie ces femmes aux potentialités de passivité du moi sans déréliction, la situation, comparable à une emprise et renvoyant comme nous l'avons évoqué à la séduction narcissique primaire, nous semble responsable d'une désintrinsication pulsionnelle dont l'issue provoquerait la tentative commune de contre-investissements défensifs

repérables par des mouvements actifs dont la fonction première serait de mettre le moi à l'abri des avatars de la passivation. C'est ainsi que nous discutons deux de nos résultats s'inscrivant particulièrement comme des tendances communes chez nos patientes : schématiquement :

–Être privée de mouvement = qui interroge les potentialités passives du moi

–Être dans une position active = qui représente alors le contre-investissement défensif de l'étape précédente

Nous sommes en mesure de proposer une chronologie commune concernant les réactions de ces femmes (gardant toujours les réserves de rigueur devant la généralisation) : Suite à l'annonce du cancer, les patientes surinvestissent leurs activités professionnelles (toutes pour celles qui en ont une : Juliette, Rose-Marie, Isabelle, Gabrielle, Doris, Danielle), elles refusent régulièrement de se faire « arrêter » et font durer leurs activités jusqu'à la dernière limite avant l'hospitalisation, lorsque le déni ne les incite pas à repousser leur prise en charge. Cela, bien souvent à la limite de ce qui semble réalisable dans leur état, relatant d'ores et déjà d'une conduite masochique facilement repérable. L'hospitalisation, les premiers soins et l'arrêt du travail signent le début d'une contrainte corporelle qui ne permet généralement plus de recourir à cette voie active, et s'accompagne de l'émergence de plaintes liées à l'enfermement et à l'immobilisme. Enfin, lors du dernier temps, nous avons retrouvé cette volonté tendue vers la réalisation d'un désir d'activité dans le sens de « bouger » et de « faire », se manifestant par la reprise, appuyée dans les discours, d'une activité de marche, de promenade, de jardinage, de déplacement.... S'il s'agit en apparence de désirs différents : voyager, voir de la famille, jardiner, sortir, faire le ménage etc... c'est bien l'incapacité du corps à se mouvoir qui empêchait leur réalisation jusqu'alors.

Pour comprendre ce mouvement pulsionnel de désintrinsication, revenons, au départ, à S. Freud, qui, dans sa première théorie, assimile la pulsion d'emprise à une pulsion non sexuelle³⁸⁶. Cette pulsion est mise en évidence chez l'enfant, elle est d'emblée tournée vers l'extérieur mais n'a pas à l'origine pour but la souffrance de l'autre tant qu'elle reste indépendante de la pulsion sexuelle. L'articulation de cette pulsion d'emprise avec la maîtrise du monde par l'enfant (comme dans l'exemple de la répétition du jeu de la bobine), nous indique de quelle manière cette pulsion s'inscrit dans le domaine des pulsions de mort servant les intérêts du moi par sa fonction de maintien et d'affirmation de l'existence individuelle. Dans la seconde théorie pulsionnelle, c'est la pulsion d'agressivité qui domine le développement freudien, il ne s'agit plus à ce moment là d'une force indépendante de destruction pour la destruction mais d'une dérivation de la pulsion de mort vers l'extérieur et ce notamment dans ses liens avec Éros.

³⁸⁶ FREUD S. (1905b). **Trois essais sur la théorie de la sexualité**. Paris : Gallimard, 1987.

Cette pulsion dans la théorie freudienne est donc d'abord rattachée aux pulsions d'auto-conservation avant d'être reconnue avec le second dualisme comme une forme de la pulsion de mort lorsque celle-ci se met au service de la pulsion sexuelle. Ce passage théorique nous intéresse dans notre clinique puisque nos résultats semblent indiquer un recours au mouvement du corps par le biais de la musculature, lié dans un même temps à la conservation des intérêts du moi et au travail de coupure d'avec la situation d'emprise : fonction désintrançante de la pulsion de mort.

Nous retrouvons d'ailleurs le caractère répétitif qui caractérise l'articulation entre l'emprise assurée sur l'objet et la maîtrise de l'excitation procurée par celui-ci. En effet, dans leurs activités, les patientes réitèrent leurs comportements prenant, parfois des allures ritualisées, toujours de manière tout à fait inconsciente : ainsi en va-t-il des très longs trajets en voiture pour venir et repartir des lieux de soins, coûteux, dangereux dans leur état, mais auxquels trois de nos patientes ne peuvent renoncer, refusant de se résoudre à se saisir de l'aide automatiquement proposée (VSL, etc). Conduites que nous avons évoquées précédemment dans leur tenant d'offre masochiste à l'adresse des soignants et de l'entourage. Répétition dont nous avons également évoqué les retrouvailles dans une compulsion de représentation du corps meurtri.

Au travers de l'expression de « pulsion de mouvement » nous souhaitons donc décrire une pulsion de mort désintrançée exerçant sa fonction déliante sur une relation d'emprise ressentie particulièrement par le corps immobilisé. Une telle poussée pulsionnelle représenterait une issue de dégagement à travers la rupture d'avec une relation d'extrême observance induisant l'actualisation d'un vécu de passivation à laquelle contraint la maladie.

Lorsque Sigmund Freud développe la pulsion d'emprise, il la rattache dans ses fonctions de conquête du monde par la maîtrise et la domination, au stade sadique-anal chez l'enfant, référée donc au couple activité / passivité³⁸⁷. Il s'agirait donc d'une pulsion liée à une composante active et s'exerçant en parallèle de l'érotisme anal qui relève de la passivité. Nos résultats à propos de la proximité actuelle anale et intestinale du vaginal et des modalités anales de traitement du féminin, dont les objets précieux peuvent être assimilés aux contenus intestinaux, fantasmés toxiques et contagieux, et partageables sur un modèle anal pour la nécessité des soins, nous confortent dans l'idée d'une régression qui convoque, en parallèle, une pulsion d'emprise dans ses buts actifs de maîtrise du corps propre.

Nous voyons une analogie entre la situation de nos patientes et le cheminement de l'enfant qui en développant ses capacités musculaires et sphinctériennes au moment de l'apprentissage de la

³⁸⁷ FREUD S. (1913) **La disposition à la névrose obsessionnelle**. In : Névrose, psychose et perversion. Paris : PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 1973, p. 189-197.

marche, décharge sa pulsion par le mouvement avant que celle-ci ne soit érotisée, c'est à dire au départ sans intention et sans satisfaction pulsionnelle de nuisance, simplement dans la démarche qui est la sienne de se dégager de son premier objet d'emprise, maternel, nécessaire mais désubjectivant. Il s'agit, pour le sujet, de maîtriser le monde qui l'entoure, donc de se dégager d'une position passive mortifère au profit de sa subjectivation (c'est à dire le développement du sujet en dehors de l'indifférenciation), qui se déploie à la faveur de la préhension et du déplacement. Nous voyons là les fonctions de la pulsion de mort qui fait son travail de coupure d'avec l'objet par le biais de la musculature. Ainsi, la réalisation de cette pulsion de mouvement est-elle relative au pôle pulsionnel de mort, constitutive de l'individuation et d'une position active sur l'environnement. Elle est concomitante à des investissements libidinaux à ce moment-là centrés probablement sur la zone anale. Ces investissements contribuent, eux, à travailler les échanges avec le monde.

Pour récapituler, ce retour sur la pulsion d'emprise, décrite par Sigmund Freud chez l'enfant, nous conforte dans la possibilité de décrire des mouvements pulsionnels similaires chez nos patientes qui présentent une situation corporelle proche de celle de l'enfant usant d'une pulsion d'emprise pour maîtriser le monde qui l'entoure et les excitations qu'il reçoit mais également pour maîtriser son corps propre (« se rendre maître de ses propres membres », S. Freud, 1915)³⁸⁸

Si la pulsion de mort concoure à se défaire des sollicitations et des excitations externes par son travail de coupure, de déliaison, qui éloigne l'objet et conduit le sujet à une isolation sensorielle pour satisfaire au repos organique auquel elle aspire ; nous proposons une pulsion de mouvement, qui, appartenant aux pulsions de mort, permet plus spécifiquement d'échapper au portage, autrement dit, de se défaire d'un immobilisme imposé par les soins primaires d'une mère phallique, la pulsion de mouvement offrant au sujet une issue pour échapper à la passivation en le rendant symboliquement comme concrètement capable de « se sauver » (comme le propose sans détour Rose Marie pour échapper à l'hospitalisation), de s'éloigner par l'autonomisation de la marche. C'est cette pulsion qui nous semble à l'œuvre chez nos patientes. Si nous en passons par le monde relationnel de l'*infans* pour décrire leur situation c'est bien parce que celle-ci les prive de langage, les réduit au corps gouverné par les soins narcissiques et primaires. Les situations sont comparables et le mouvement pulsionnel en jeu dans la tentative de dégagement est également équivalent à celui de l'ouverture progressive au monde, synonyme d'autonomisation psychique et corporelle.

Lorsque l'expression de la pulsion de mort par la voie du corps qui s'agite est encore possible, lorsque le mouvement n'est pas ficelé par la fatigue et les perfusions, les femmes « s'activent ». Elles se lancent dans un mouvement actif qui lutte bien entendu contre un travail de pensée mais qui

³⁸⁸ FREUD S. (1915). **Pulsions et destins de pulsions**. In : Métapsychologie. Paris : PUF, Quadrige, 2010.

colmate également l'impossibilité de penser ce qui ne peut se représenter : la mort. Une conduite qui ne vient pas seulement attaquer les processus de pensée mais advient aussi là où le vide est révélé pour y loger son représentant pulsionnel de mort à défaut d'une représentation. Nous sommes au premier temps de l'étude, celui de la mort qui agite le corps. Ça leur « passe partout », nous disent-elles, inférant l'image de la foudre qui à la fois les traverse et les envahit. Cette effraction agace les limites et laisse les femmes démunies. La sidération les laisse sans *voie* sauf celle du corps dans ses capacités de maîtrise du monde extérieur. Littéralement à corps défendant, ces femmes sollicitent une activité de mouvement, ni réellement physiologique et surtout pas érotique ; c'est la mise en branle de la musculature, de la chair articulée dans ses capacités de déplacement et de préhension, qui s'érige contre les soubresauts de la mort.

Avant que cette voie de décharge par le mouvement ne soit concrètement muselée par la prise en charge médicale, le corps est lancé dans un mouvement perpétuel (avec la douleur qui accompagne l'effort dans cette situation de maladie), dont l'arrêt est synonyme de mort. Nous avons déjà dit que la centration narcissique est de nature particulière tant elle investit le corps entier comme présentoir de féminité. Ce « corps limite », ainsi renforcé, soutient la fuite de l'érotisme et les remaniements internes du narcissisme féminin (objets internes qui ne s'expriment plus que sur un mode partageable, HO3). Nous pensons que ce corps désérotisé est le lieu de satisfaction d'une motion pulsionnelle de mouvement. La *pulsion de mouvement* lutte contre l'emprise et la satisfaction totale de la pulsion de mort dont la passivité, dans ces circonstances particulières, véhicule l'exigence d'un renoncement pulsionnel.

L'investissement de l'activité est l'œuvre de la pulsion de mort par l'intermédiaire de la musculature. C'est cette motion pulsionnelle que nous nous proposons de nommer « pulsion de mouvement » pour éviter la confusion avec la seconde forme de l'emprise lorsqu'elle se met au service de la pulsion sexuelle, mais aussi pour cibler plus encore une pulsion d'auto-conservation du moi face à la mort qui s'empare du corps dans sa dualité être actif / être passif, pour lutter contre l'immobilisme.

L'émergence d'une motion pulsionnelle de mouvement nous semble ainsi s'inscrire à la fois comme le témoin et la conséquence d'une désintrinsication salutaire à l'œuvre. Elle correspondrait à une tentative de maîtrise de l'environnement dans sa lutte contre un mouvement passif.

Comme nous l'avons également vu avec ce que nous appelons une désérotisation du génital, le phénomène régressif à l'œuvre qui va à l'encontre du travail de subversion libidinale des pulsions laisse un corps à nouveau en proie à ses besoins et non à ses désirs. Cela dit, le corps s'avère *in fine* également dépossédé de ces besoins, puisqu'il est sous injonction de manger, dormir, pratiquer la sexualité, s'apparentant ainsi à un corps privé de son autonomie. Nous voyons là un chemin d'accès,

un point d'appel de la pulsion de mort qui vient dans sa fonction agir la déprivation des besoins par le recours au mouvement, seul ressort de ce corps rendu pour ainsi dire, réduit à une chair articulée. En poursuivant ce raisonnement nous pourrions imaginer que le chemin régressif de la pulsion se prolonge en même temps que la confrontation à la mort se fait plus prononcée, pour retrouver à un degré plus poussé encore de désintringation, une pulsion d'agrippement, faisant à nouveau coïncider les premiers temps avec les derniers temps de la vie, rencontrant là les travaux de Michel De M'Uzan sur un investissement transitionnel du dernier objet d'amour comme du premier. Cependant il ne s'agit que d'une ouverture de nos travaux qui conforte l'idée d'une désintringation nécessaire face à la mort mais qui ne concerne cependant pas les femmes de cette étude.

7.2.5.1.3. *L'évolution pulsionnelle sur les trois temps :*

Nous ne pouvons nous en tenir à ce constat d'un état pulsionnel chez ces femmes qui ne rendrait pas justice au caractère longitudinal de l'étude mais surtout qui ne permettrait pas de saisir la réalité transitoire et donc réellement salutaire d'une telle désintringation.

Cependant, précisons que se référer aux temps méthodologiques de l'étude a l'avantage de décrire facilement l'évolution des phénomènes et des conduites psychiques observés, mais présente l'inconvénient de montrer une rigueur qui n'est pas forcément celle de la réalité clinique.

A partir de l'annonce, le mouvement s'infère d'une désintringation laissant exprimer un système défensif spécifique qui s'intensifie avec la plongée dans la prise en charge toujours plus intrusive du corps. Puis, c'est la fin des traitements, et le temps de la rémission, qui s'accompagnent d'une réintringation possible, d'un retour progressif de la libido. Ce mouvement est une généralité que nous nous accordons à faire et à détailler ci-dessous mais qu'il ne faudra pas comprendre comme un cheminement obligatoire puisqu'il sera forcément le lot d'inflexions et de spécificités dus au sujet lui-même et à l'influence de son monde objectal. Tel que Sigmund Freud décrivait les stades psychosexuels de l'enfance, les étapes pulsionnelles que nous décrivons s'interpénètrent et ne sont pas assimilables à des crises dont le passage de l'une à l'autre annulerait la précédente puisque les investissements pulsionnels sont multiples et différenciés.

Le premier temps de l'étude est donc celui du corps en mouvement, encore capable de bouger, en proie à une désérotisation partielle qui s'installe en crescendo. C'est donc le temps de la *pulsion de mouvement* qui répond à la volonté d'échapper à la contrainte psychique imposée par le cancer. Elle se satisfait donc par la musculature et répond à un but d'auto-conservation, qui surgit suite à la désintringation provoquée par la maladie. Il ne s'agit pas d'un érotisme corporel dans le sens d'une

sensualité du corps comme la danse, mais de l'investissement du mouvement pur comme celui de la marche. En cela, répétons-le, elle ressemble à une pulsion d'emprise tournée vers soi et le corps. La peur d'être enfermée, révélée au moment de l'hospitalisation, vient mettre fin à un système pulsionnel mis en place jusque là pour lutter contre la passivité du moi imposée par l'effraction pulsionnelle de l'annonce qui demande à la fois de reconnaître et d'accepter brutalement l'étranger en soi mais aussi son augure de mort. Cette pensée n'appelle rien d'autre qu'une réponse rapide et immunitaire de la pulsion : une désintrication soudaine et intense dont la fonction de mort va progressivement s'intensifier en réponse aussi à l'intensification de l'expropriation du corps : se défaire de l'emprise d'abord de l'intrus en soi qui impose sa chronobiologie et ses douleurs, et celle des soins qui, ensuite, clivent le corps, l'immobilisent et s'emparent de ses besoins.

Au second temps, lorsque l'emprise se fait plus ferme physiquement, amoindrissant les capacités musculaires pour exproprier toujours davantage la patiente, le mouvement mélancolique s'intensifie de concert, laissant apparaître plus franchement un *fantasme d'incurie intérieure* associé à un roman de la maladie orienté sur la faute sexuelle. Ce qu'il nous semble percevoir au Rorschach sont les traces de ce conflit pulsionnel qui n'a plus la voie du corps pour se décharger : le mouvement est suspendu, la voie passive accompagne les kinesthésies qui témoignent toutes à leur manière d'une lutte contre un mouvement passif qui transparait tout de même. Certaines patientes sont d'ailleurs rattrapées par ce vide représentationnel que comblait jusqu'à présent leur mobilité corporelle. Le trop de passivité entraîné par la non satisfaction de cette pulsion, c'est à dire une plus grande privation de liberté, entraîne chez certaines patientes un effondrement vertigineux dans les abîmes de leur ressentis. C'est pourquoi Danielle, hospitalisée, sommée de rester immobile sur son lit avec une sonde urinaire, se sent soudainement « prisonnière » et ne trouve pas d'autres solutions que de « hurler », pour « se faire du bien » malgré sa voisine et les infirmières qui lui demandent de se taire. Coupée du monde extérieur et de ses stimuli, réfugiée en elle-même, en proie à ses sensations internes, la parole disparaît au profit d'un monde plus archaïque et plus informe, qui sollicite chez elle le recours aux sens primaires. Ce phénomène est à rapprocher des hospitalisations, avec soins intrusifs (sonde, poche), prolongées et imprévues, qui opposent, autant qu'imposent, à la pulsionnalité une contrainte brutale et qu'elles conduisent à museler

Avant le roman de la maladie, qui signe déjà un travail de la maladie même si celui-ci est un mouvement mélancolique, il y a l'effroi de l'éprouvé corporel qui convoque l'agitation frénétique du corps.

La compulsion de représentation d'un corps malade, troué, saignant, débordant, malodorant, cicatrisant, atteste de l'échec de la fonction représentative qui relaie une pulsion de mouvement muselée. Aucun travail d'élaboration ne peut se greffer sur ces représentations qui témoignent d'une

pensée qui tourne en boucle, cherchant à s'approprier l'événement insensé, lieu de la douleur et du renoncement pulsionnel, proche donc de l'image traumatique itérative.

Au troisième temps de l'étude, la levée de la compulsion permet la mise en place d'un travail de la maladie ou du moins d'un travail débutant selon les possibilités de chacune mais aussi du degré d'atteinte corporelle. Néanmoins, même chez Rose Marie, nous trouvons la possibilité d'un dégagement de la poche qui cache le corps, accompagnée de l'émergence timide d'investissements libidinaux s'engageant à mesure sur le chemin progrédient de la subversion libidinale des zones érogènes. Au demeurant, les traces libidinales sont à saisir tout au long de l'étude dans leurs rapports avec l'agressivité, témoins d'une intrication pulsionnelle y compris lorsqu'elle est retournée contre le moi dans un inflexion mélancolique. Lorette par exemple qui présente une forte agressivité tournée contre elle-même, assortie de tendances masochistes auto-accusatrices et mortifères, débute notre troisième entretien par la narration d'une histoire d'altercation récente dans laquelle elle a pu exprimer son agressivité à l'encontre de quelqu'un, ce qui laisse présager des capacités grandissantes de se défaire de son extrême observance à l'autre, mise à l'épreuve par la recherche.

La pulsion de mort qui a pu être salutaire pour un temps est à nouveau détournée vers l'extérieur avec le retour des investissements libidinaux, apparaissant sous le visage de l'agressivité et de l'ambivalence.

La pensée chemine à nouveau dans l'espace laissé vacant par les soins. Il persiste des craintes plus ou moins installées fermement dans le fonctionnement, allant de la difficulté à retourner sur les lieux des soins pour les consultations de suivi à la crainte de la pénétration sexuelle et surtout cette préoccupation hypocondriaque basée sur les ressentis cénesthésiques des patientes qui témoigne de la difficulté de se dégager d'un investissement narcissique du corps.

Au dernier temps de l'étude, le fantasme d'incurie interne s'atténue doucement, perdant sa prégnance, alors que le corps reste encore la scène d'une effraction qui s'anticipe par une connaissance sémiologique de soi. Ces patientes se substituent au médecin, en tentant d'analyser les signes cliniques pour y déceler la maladie. À cela, elles y ajoutent une connaissance subjective du corps en établissant des limites et des degrés entre ce qui relève de la normalité et ce qui pourrait signifier l'intrusion. Ces schémas cénesthésiques pour les femmes sont ceux du sang, indicateurs dans la sphère gynécologique d'une santé subjectivée.

7.3. CONCLUSION

La clinique des femmes atteintes d'un cancer gynécologique pelvien est d'une telle richesse pour mettre à l'épreuve la métapsychologie du féminin qu'il fut parfois tyrannique de se cantonner aux hypothèses (bien que celles-ci reflétaient déjà l'étendue exploratoire) et qu'il est frustrant à présent de clore le débat.

Aucun résultat de cette synthèse ne peut s'exposer sans s'en référer au moins à un autre. De cette gymnastique de liaison qui nous fait naviguer de l'une à l'autre des émergences résultantes, en provoquant des répétitions inévitables, il s'est dégagé la trame qui solidarise l'ensemble du repérage des conduites et processus psychiques. Ce socle s'est révélé dans la mise en jeu de la passivité. Une passivité sollicitée dans ses conditions originaires en tant que première ouverture au monde relationnel, conséquence des premières effractions constitutives du moi et du *creux féminin* dans les deux sexes. La passivité, donc, dans ses rapports parfois étroits avec la passivation, qui s'inscrit chez la femme comme une capacité du moi à accueillir, une *potentialité passive* face à l'effraction pulsionnelle, d'abord en provenance de l'objet primaire, puis, à la faveur de l'expansion du champ objectal, possiblement issue de tout objet, y compris d'un objet interne prévalent. Tous nos résultats convergent donc vers la *contrainte de passivité* imposée par le cancer, qui ravive les expériences de passivation, à l'instar de la *contrainte* première dont naît la *forme* en creux.

De notre première hypothèse sur l'actualité des angoisses primitives spécifiquement féminines peut se dérouler l'ensemble des résultats. Nous avons mis en évidence une *angoisse de pénétration* intensément ravivée dès l'annonce du cancer, du fait des vécus de passivation liés à la séduction narcissique primaire que provoque l'acceptation soudaine de l'objet morbide cancer en soi. Cette analogie entre la situation actuelle de ces femmes et celle de l'*infans* ne cesse ensuite d'alimenter les mouvements pulsionnels. La désintrinsication progressive qui s'amorce ici s'accompagne d'une émergence pulsionnelle que nous avons proposée sous les termes de « *pulsion de mouvement* », décrite comme une motion pulsionnelle de mort tournée vers l'auto-conservation du moi, dans sa lutte contre le mouvement passif. Suite à la rencontre avec le réel de la maladie, le mouvement pulsionnel s'infère d'un espace musculaire réduit, d'abord par l'hospitalisation puis par les traitements. L'objet interne s'instruit alors de cette contrainte externe. Un mouvement d'allure

mélancolique est repérable à travers un *fantasme d'incurie interne* qui traverse la variété des fonctionnements de ces femmes, associé à un roman qui désigne la sexualité et sa jouissance comme origines de la maladie. Ce mouvement qui investit alors cet *objet interne concrétisé* exerce du même coup sa fonction anobjectalisante et anérotique. La relation avec l'objet d'amour se complexifie pour ces femmes sous influence de la pulsion de mort. L'objet est à la fois trop proche et indispensable. La reviviscence de la passivation entraîne ce caractère paradoxal de la relation puisqu'elle convoque l'objet d'amour dans une double occurrence : un besoin vital de l'investissement et des soins de l'objet primaire et la figure angoissante de pénétration et d'emprise de la séduction narcissique. En refusant la passivité vis-à-vis de l'objet, les femmes créent une relation basée sur les besoins corporels vitaux qui permet de s'assurer l'amour de la part de l'objet, tout en rejetant l'objet d'amour. Ce retranchement narcissique nourri par la pulsion de mort, qui contribue à séparer de l'emprise passivante de l'autre, confère à la fonction de désintringation son caractère *salutaire*, représentant une voie de dégagement, pour les patientes, d'une passivité qui pourrait s'avérer mortifère.

Acculées par les effractions répétitives des traitements, les femmes sont happées par une image du *corps troué* et plus encore du sexe féminin troué qui se fait itérative, portant avec elle *l'offre masochiste* au regard passif de l'entourage. Le corps est convoqué dans et par ses limites. Les repérages cliniques et projectifs témoignent de l'extrême fragilité des défenses narcissiques mises en place jusqu'à présent, qui s'avèrent insuffisantes pour traiter les effractions pulsionnelles qui s'accumulent et s'augmentent de leur intensité pénétrante avec les traitements. La fragilité des limites et des fonctions de pare-excitation, de contenance, associées à un vécu de passivation face à l'effraction pulsionnelle induit des contre-investissements importants de la passivité. La recherche de frontières contenantantes trouve une figuration, spécifique du cancer gynécologique, dans la représentation d'un utérus par sa fonction : accueillant en son sein l'objet mortel. En faisant vaciller les limites, l'effraction pulsionnelle provoque un phénomène de *transparence psychique* qui conduit l'inconscient à fleur de peau, partiellement défendu par un *écran opératoire* érigé contre toute pénétration extérieure.

Plus encore que des potentialités psychotiques, ce qui apparaît à la faveur des différents résultats sont des *potentialités narcissiques et limites* qui répondent à la sollicitation du corps, accompagnées d'une régression vers des modalités anales dans le traitement de l'effraction majeure de la réalité externe. Nous avons pris soin de toujours rappeler le caractère transitoire de ces modalités qui ne présument pas d'un fonctionnement psychopathologique particulier ni d'un type de relation d'objet dominant auquel ces femmes seraient fixées, mais qui accompagnent un mouvement à l'œuvre attestant des *capacités de passivité du moi*.

Ces potentialités passives du moi nous les comprenons comme de bon augure pour traverser l'épreuve du cancer. Elles représentent l'une des deux voies de traitement de la passivité qui cheminent côte à côte : le renoncement pulsionnel soutenu par la réédition passive du moi et les contre-investissements pulsionnels qui luttent contre la reviviscence des expériences de passivation. Ce *double traitement de la passivité* confère aux conduites des patientes une oscillation entre acceptation et lutte qui donne à leurs entretiens ce caractère étrange entre observance asservie et agressivité soudaine, néanmoins la marque d'agressivité représente la trace libidinale, elle-même témoin des possibilités d'une négociation pulsionnelle. La fuite devant l'intériorité, synonyme d'une excitation dangereuse, s'accompagne d'un *renoncement pulsionnel* comme part de l'exigence du *travail de la maladie* qui serait alors un *travail de passivité*. La négociation pulsionnelle concerne donc la figure de l'étranger dans le moi, et suppose de faire travailler les capacités féminines du moi à assumer l'ouverture effractive sans se défaire complètement ou en se défaisant de manière transitoire. L'autre négociation, siège dans la *balance pulsionnelle* entre un féminin malade, incurique, mortifère, dangereux et contagieux, et le repli sur une enveloppe narcissique exacerbant une féminité d'apparat que nous qualifions à ce titre de défensive.

C'est contre la reviviscence d'expériences de passivation entraînée par l'immobilisme physique et psychique que les défenses de ces femmes s'élèvent et que la pulsionnalité joue de ses mouvements d'intrication et désintrication. La levée des contraintes extérieures, et notamment des entraves physiques, apaise relativement rapidement les contre-investissements de la passivité, lorsque les femmes bien sûr n'y trouvaient pas de bénéfices secondaires. À l'inverse, lorsque, malgré la rémission, persistent des appareillages médicaux modifiant le corps et sa physiologie, l'activité pulsionnelle reste orientée vers le traitement de la passivité.

Cependant, nous avons mis en évidence un réinvestissement libidinal progressif commençant pratiquement toujours par le plaisir de manger, dont les traces sont étonnamment perceptibles chez toutes les femmes, comme si Éros trouvait toujours à se frayer un chemin parmi les décombres du corps. Ces femmes ont donc traversé l'épreuve majeure de réalité externe qu'est le cancer gynécologique et ses traitements, elles sont en *rémission*. Néanmoins, la temporalité psychique ayant sa propre mesure, il subsiste un travail psychique : pas tout à fait réalisé encore quelques mois après la rémission, qui s'avère différent selon la résonance singulière qu'a pris la maladie chez chacune, mais tout de même amorcé, semblerait-il, et indiquant les potentialités passives du moi à traiter l'effraction pulsionnelle.

Des questions ont régulièrement été laissées en suspens tout au long de ce travail, y compris dans les repérages théoriques, indiquant probablement l'état embryonnaire du travail auprès de ces

patientes, et l'ampleur de celui à effectuer. Cependant, des pistes sont aussi fermement dégagées des hypothèses au travers de l'analyse clinique et projective.

Nous sommes parvenus à ce point de conclusion avec la conviction de la nécessité de se dégager des moyens sexuels proposés dans la prise en charge actuelle des patientes atteintes d'un cancer gynécologique, afin de reconnaître la sexualité, non pas comme une fin en soi pour ces femmes dans cette situation, mais comme une *voie royale* de l'expression pulsionnelle. Au-delà d'une compréhension fine des conduites communes mises en place par ces patientes, les repérages d'une fantasmatique à l'œuvre, fût-elle morbide et au service d'un mouvement mélancolique, et, du jeu pulsionnel de désintrication-réintrication, fût-il salutaire ou désorganisant, témoignent des *voies intérieures* mobilisables par ces femmes. Une prise en charge, donc, qui reconnaîtrait et respecterait les mouvements pulsionnels issus d'un *temps désintriqué* et pourrait soutenir la vie objectale qui subsiste malgré son infléchissement narcissique spécifique. Aussi, le repérage d'éléments transférentiels instaurés avec la recherche confirme la possibilité, si ce n'est la nécessité, d'une prise en charge psychothérapeutique d'orientation psychanalytique. Au final, ce que décrit cette étude, c'est, peut-être, la nécessité pour ces femmes d'élaborer la représentation de l'objet morbide à l'intérieur du moi -renvoyant incontestablement à celle de *l'enfant mort-* qui permettrait de déjouer par la voie de la passivité, les résistances à la mise en place d'un *travail de la maladie*, si bien que lorsque la vie nous rappelle sa composante mortelle, l'accueillir sans se défaire serait, en définitive, le travail du féminin.

Bibliographie

ANDRE J. (1994) *La sexualité féminine, Que-sais-je?* Paris : PUF, 1994.

ANDRE J. (1995) *Aux origines féminines de la sexualité.* Paris : PUF, 1995.

ANDRE J. (dir.) (2011) *Les 100 mots de la sexualité.* Paris : PUF, 2011

ANDREAS SALOME L. (1914) *Du type féminin.* In : *L'amour du narcissisme.* Paris : Gallimard, 1980.

ANDREAS SALOME L. *L'amour du narcissisme.* Paris : Gallimard, 1980.

ANZIEU D., CHABERT C. (1961) *Les méthodes projectives.* Paris : Quadrige, 2005.

ANZIEU D. (1981) *La peau, la mère et le miroir dans les tableaux de Francis Bacon.* In : *Le corps de l'œuvre.* Paris : Gallimard, 1981.

ANZIEU D. (1985) *Le Moi Peau.* Paris : Dunod, 1995.

AUBERT GODARD A. *Intimité, sexualité et médecine.* In : BRUN D. *Place de la vie sexuelle dans la médecine,* 9^e colloque "Médecine et psychanalyse" ; Paris ; 23-25 mars 2007. p. 371-373.

AULAGNIER P. (1967) *Remarques sur la féminité et ses avatars.* In : *Le désir et la perversion,* Paris, Editions du Seuil, 1967.

AULAGNIER P. (1975) *La violence de l'interprétation, du pictogramme à l'énoncé,* Paris : PUF, 2007.

AULAGNIER P. (2003) *Le concept de potentialité psychotique (Conférence inédite de Piera Aulagnier, présentée par Christine Voyenne).* *Topique*, n° 82, vol. 1, 2003, p.143-158.

ARENDT H. *Le Système totalitaire,* Paris : Editions du Seuil, 1972.

ATLAN H. *L'utérus artificiel.* Paris : Editions du Seuil, 2005.

AZOULAY C. Temporalité psychique et psychologie projective. *Le Carnet PSY*, n° 169, 2013/2, p.34-37.

AZOULAY C. EMMANUELLI M. Nouveau manuel de cotation des formes au Rorschach. Paris : Dunod, 2012.

BAUDIN M. (2005) Vieillir au féminin. *Psychologie clinique et projective* 1/ 2005 (n° 11), p. 277-288.

BAUDIN M. (2008) Clinique projective : Rorschach et TAT. Paris : Hermann, 2008.

BEGOUIN-GUIGNARD F. Le féminin et le maternel. *Les Cahiers de l'IPC*, mai 1987, n° 5.

BEN SOUSSAN P. Merde ! Faut recommencer à s'épiler ! In 9e Colloque médecine et psychanalyse, *La place de la vie sexuelle dans la médecine*; Paris ; 23-25 mars 2007.

BERTAGNE P. Historisation du somatique. *Psychologie clinique*, n° 4, 1990, p. 117-129.

BOLOGNE J-C. Histoire de la pudeur, Hachette, 1997.

BONDIL P. HABOLD D. Le couple, le cancer et la sexualité. Prise en charge. Dispositifs SAICSSO et ERMIOS. In : Assises françaises de sexologie et de santé sexuelle, *Le couple et sa sexualité : prise en charge*. Lille : Grand Palais, 2009.

BOUBLI M. KONICHECKIS A. et al. Clinique psychanalytique de la sensorialité. Paris : Dunod, 2002.

BRAUNSCHWEIG D. FAIN M. La nuit et le jour, Paris : PUF, 1975.

BRELET-FOULARD F. (dir.) CHABERT C. (dir.). Nouveau manuel du TAT : Approche psychanalytique. Paris : Dunod, coll. Psycho sup, 2005.

BRETTE F. Le traumatisme et ses effets. In : Traumatisme et actualités psychiatriques. Genève : Georg, 2000, p 139-159.

BYDŁOWSKI M. (1997) La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF, 2005.

- BYDLOWSKI M. (2000) *Je rêve un enfant, l'expérience intérieure de la maternité* Paris : Odile Jacob, 2000.
- BYDLOWSKI M. (2001) Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir* 2/2001 (Vol. 13), p. 41-52.
- CANDAU J. JEANJEAN A. Des odeurs à ne pas regarder : Odeurs. *Terrain*, Issue 47, p. 51-68, 2006.
- CARDINALE M. *Les mots pour le dire*. Paris : Grasset et Fasquelle, 1975.
- CARTON S. CHABERT C. CORCOS M. Le silence des émotions. Clinique psychanalytique des états vides d'affects. Paris: Dunod, 2011.
- CHABERT C. (1983) *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod, 1997.
- CHABERT C. (1987) *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod, 1997.
- CHABERT C. (1999) Les voies intérieures. In : Enjeux de la passivité. *Revue française de psychanalyse*, n° 63, 1999/3, p. 1445-1488.
- CHABERT C. (2003) *Féminin mélancolique*. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2003.
- CHABERT C. (2004a) Le temps du passé : une forme passive ? *Adolescence*, 4/ 2004 (no 50), p. 705-717.
- CHABERT C. (2004b) *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod, 2013.
- CHABERT C. (2006) Masochisme et perversion. Approche psychanalytique et projective. *Psychologie clinique et projective* 1/ 2006 (n° 12), p. 83-83.
- CHASSEGUET-SMIRGUEL J. La culpabilité féminine. In : *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*. Paris : Payot, 1964.
- CHILAND C. De l'essence du féminin. *Psychologie clinique et projective*, vol. 1, n° 2, 1995.

CONSOLI Sy. CONSOLI Si. Psychanalyse, dermatologie, prothèses. D'une peau à l'autre. Préface de CHABERT C. Paris : PUF, 2006.

COURNUT-JANIN M. Féminin et féminité. Paris : PUF, « Épîtres », 1998.

COURNUT-JANIN M. COURNUT J. La castration et le féminin dans les deux sexes. *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57). 434 pages.

COURTAULT C. Histoire de la pudeur. In : PY B. *La pudeur et le soin*. Nancy : PUN, Coll. Santé, Qualité de vie et Handicap, 2011.

CUPA D. (2002) Etude comparative de la qualité de vie subjective de patients en hémodialyse à domicile, en centre, en autodialyse, et en dialyse péritonéale. In : CUPA D. (Dir.) *Psychologie en Néphrologie*. Paris : EDK, 2002, p. 125-148.

CUPA D. (2006) Une topologie de la sensualité : le Moi-Peau. *Revue française de psychosomatique*, 2006/1, n° 29, p 85.

DALIGAND L. Clinique et implications symboliques de la femme victime de viol. In: CROCQ L. (Dir.) *Traumatismes psychiques: prise en charge psychologique des victimes*, Paris: Elsevier Masson, 2007, p 63-73.

DEBRAY R. (1984) Abords psychothérapique des troubles somatiques, *Revue française de psychanalyse* 1984, n°29-2:145-150.

DEBRAY R. (1999) Aléas de l'accès à la position passive. *Revue française de psychanalyse* 1999, n° 63-3 : 1785 – 1788.

DEBRAY R. BENZAÏD-MREJEN D. BOEKHOLT M. CHABERT C. EMMANUELLI M. (1993) Modalités de fonctionnement psychique et expression gynécologique chez trente jeunes femmes. *Revue française de psychosomatique*, n° 4, 1993, p. 165-184.

DEBRAY R. (1997) TAT et économie psychosomatique : un bilan actuel. *Psychologie clinique et projective*, n° 3, 1997, p. 19-37.

DELASSUS J-M. Le corps du désir. Psychanalyse de la grossesse. Paris: Dunod, coll. Psychismes, 2008.

DEJOURS C. (2001) Entre rêve et orgasme : le corps érotique et la sexualité psychique. In : *Le corps d'abord*. Paris : Payot, 2003.

DEJOURS C. (2003) *Le corps, d'abord*. Paris: Payot, 2003.

DEJOURS C. (2003). Les destins non pathologiques de la pulsion de mort. In : *Le corps, d'abord*. Paris: Payot, 2003.

DEJOURS C. (2004) *Le corps entre séduction et clivage*. In : AIN J. *Résonances, entre corps et psyché*, Ramonville : Eres, 2004.

DEJOURS C. (2008) *Les dissidences du corps*. Paris : Payot, 2009.

DEL VOLGO M-J. (1997) *Le roman de la maladie : mythe individuel du malade ? PTAH (Psychanalyse - Traversées - Anthropologie - Histoire)*, 3/4, 53-65, 1997.

DEL VOLGO M-J. (2007) *Vie sexuelle des patients et malaise des soignants*. In : BRUN, D. (dir.) *La place de la vie sexuelle dans la médecine, 9e colloque "Médecine et psychanalyse"* ; Paris ; 23-25 mars 2007. Paris : Etudes Freudiennes, p. 257-265, 2007.

DE M'UZAN M. (1976) *Le travail du trépas*. In : *De l'art à la mort : itinéraire psychanalytique*. Paris : Gallimard, coll. *Connaissance de l'inconscient*, 1977, p. 182-199.

DEUTSCH H. (1924) *The menopause*. *International journal of psychoanalysis*, 1984, 65, 55.

DEUTSCH H. (1947) *La psychologie des femmes*. Paris : PUF, Quadrige, 2002.

DOLTO F. (1984) *L'image inconsciente du corps*. Paris : Editions du Seuil, 1984.

DOLTO F. (1996) *Sexualité féminine: la libido génitale et son destin féminin*. Paris : Gallimard, coll. Folio, 1996.

DOUCET C. *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps*. Paris : Masson, 2008.

DOUGLAS M. *De la souillure, essais sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La découverte, 2001.

DUCHET C. *Entre pulsions de vie et pulsions de mort : le masochisme à l'épreuve des expériences traumatiques*. *Psychologie clinique et projective*, vol. 12, 2006, p. 101-117.

DUPONT A. et al. (2006) Poster : Quality of life, marital status and sexuality among women with breast cancer. In World Congress of Psycho-Oncologie, *Oncologie psycho-sociale multidisciplinaire – dialogue et interaction*. Venise, 2006.

DUPONT A. ANTOINE P. REICH M. BEVE C. (2007) Qualité de vie et sexualité des femmes atteintes d'un cancer du sein: impact de la chirurgie et de l'hormonothérapie. *Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, n° 3, p 174-178.

DURIF-BRUCKERT C. Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques. *L'Homme*, 1995, vol. 35, n° 133, pp. 166-168.

EMMANUELLI M. BOEKHOLT M. Du corps à la pensée : empreintes du maternel. *Psychologie Clinique et Projective*, vol 1-1, 1995.

EMMANUELLI M. L'examen psychologique en pratique clinique : les apports de la théorie psychanalytique. *Le Carnet PSY* 5/ 2003 (n° 82), p. 15-17

FATTON B. et al. Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2009, vol. 37, n° 2, p. 140-159

FERENCZI S. (1924) Thalassa, essai sur la théorie de la génitalité. In : *Psychanalyse III - Œuvres Complètes*. Paris : Payot, 1974.

FERENCZI S. (1930) Notes et fragments. In : *Psychanalyse IV - Œuvres Complètes*. Paris : Payot, 1982.

FERENCZI S. (1932) Confusion de langues entre l'enfant et l'adulte. In : *Psychanalyse IV - Œuvres Complètes*. Paris : Payot, 1982.

FERNANDEZ L. CATTEEUW M. PEDINIELLI J-L. (dir.) La recherche en psychologie clinique. Paris : Nathan université, coll. Fac. Psychologie, 2001.

FIAT E. Pudeur et intimité. *Gérontologie et société* 2007/3 (n°122).

FREUD S. (1894) Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse. In : *Névrose, psychose et perversion*. Paris : PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 1973, p. 15-38

FREUD S. BREUER J. (1895) Etudes sur l'hystérie. Paris : PUF, Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2007.

FREUD S. (1905a) Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). In : Cinq psychanalyses. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1905b) Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris : Gallimard, 1987.

FREUD S. (1909) Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans). In : Cinq psychanalyses. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1912) Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, Coll. Bibliothèque de Psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1913) La disposition à la névrose obsessionnelle. In : Névrose, psychose et perversion. Paris : PUF, Bibliothèque de psychanalyse, 1973, p. 189-197.

FREUD S. (1914) Pour introduire le narcissisme. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1915) Pulsions et destins de pulsions. In : Métapsychologie. Paris : PUF, Quadrige, 2010.

FREUD S. (1917a) Sur les transpositions de pulsions plus particulièrement dans l'érotisme anal. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1918) Extrait de l'histoire d'une névrose infantile (L'homme aux loups). In : Cinq psychanalyses. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1973.

FREUD S. (1919) L'inquiétante étrangeté. In : L'inquiétante étrangeté et autres essais. Paris : Gallimard, 1985.

FREUD S. (1920) Au delà du principe de plaisir. In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1981, p. 7-82.

FREUD S. (1922) Introduction à la psychanalyse. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2001.

FREUD S (1923a) Psychanalyse et Théorie de la libido. In : Résultats, Idées, Problèmes. Tome II 1921-1938. Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1998.

FREUD S. (1923b) Le Moi et le Ça. In : Essais de psychanalyse. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1984.

- FREUD S. (1924) Le problème économique du masochisme. In : Névrose, psychose et perversion, Paris : PUF, coll. Bibliothèque de psychanalyse, 2010.
- FREUD S. (1925a) La Négation. In : Œuvres complètes vol. XVII. Paris : PUF, 1992, p. 170-171.
- FREUD S. (1925b) Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969.
- FREUD S. (1926) Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF, 2002.
- FREUD S. (1931) Sur la sexualité féminine. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969.
- FREUD S. (1933a) Angoisse et vie pulsionnelle. In : Nouvelles conférences sur la psychanalyse, Paris : Gallimard, 1936.
- FREUD S. (1933b) La féminité. In : Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse. Gallimard, 1936, p.158.
- FREUD S. (1937a) L'analyse sans fin et l'analyse avec fin. In : Résultats, idées, problèmes, II, Paris : PUF, 1985.
- FREUD S. (1937b) Constructions dans l'analyse. In : Œuvres complètes de Freud, vol. XX, Paris : PUF, 2010.
- FREUD S. (1938a) Abrégé de psychanalyse. Paris : PUF, 1975.
- FRONTISI DUCROUX F. L'offrande de Pénélope. Paris : Flammarion, 1999.
- GARNAULT D. L'utérus artificiel, l'avenir de l'homme ? In : Colloque International – Psychanalyse, médecine et droit, *Le sexuel, le sujet, le social*, Poitiers, 2012.
- GIAMI A. MOREAU E. MOULIN P. Les théories de la sexualité dans le champ du cancer : les savoirs infirmiers. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, p. 226-230.
- GIRARD J-F. AUDETAT M-C. Des cancers aussi intimes que notre sexualité. *Le médecin du Québec*, 2006, vol. 46, n° 4, p. 71-76.

GODFRIND J. (1993) Identité féminine et identité du féminin. *Revue française de psychanalyse* 1993/5 (no 57). 434 pages.

GODFRIND J. (2001) Comment la féminité vient aux femmes. Paris : PUF, « Épîtres », 2001.

GORI R. DEL VOGO M-J. POINSO Y. (1994) Roman de la maladie et travail de transformation du symptôme : complémentarité des approches psychanalytique et bio-médicale : clinique sémiologie et thérapeutique. *Psychologie médicale*, vol 26, n°14, 1994, p 1434-1438.

GORI R. (2004) Le corps exproprié. In : BEN SOUSSAN, P. Le cancer : approche psychodynamique chez l'adulte, Ramonville : Erès, 2004, p. 17-29.

GRAESSLIN O. et al. Enquête régionale sur le retentissement psychique et sexuel à court terme de l'hystérectomie. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2002, vol. 30, n° 6, p. 474-482.

GREEN A. (1980) Passions et destins des passions : sur les rapports entre folie et psychose, In : La folie privée : psychanalyse des cas-limites. Paris : Gallimard, 1990.

GREEN A. (1982) La mère morte. In : *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris : Editions de Minuit, 1983.

GREEN A. (1982) Narcissisme de vie, narcissisme de mort, Paris : Editions de Minuit, 1983.

GREEN A. (1984) Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante. In : la pulsion de mort. Paris : PUF, 1986.

GREEN A. (1990) Le complexe de castration. Paris: PUF, 1995 (2è éd. Corrigée).

GREEN A. (1999) Passivité-passivation : jouissance et détresse. *Revue française de Psychanalyse*, n°63. Paris : PUF, 1999.

GRUNBERGER B. Jalon pour l'étude du narcissisme dans la sexualité féminine. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Payot, 1964.

GUITTARD-MAURY M-F. Quand la pudeur prend corps de José Morel Cinq-Mars. *Revue française de psychanalyse*, 2/ 2005 (Vol. 69), p. 595-598

GUTTIERES-GREEN L. Une angoisse de castration féminine ? In : *Revue française de*

psychanalyse, 1993/5 (no 57). 434 pages.

HAIE-MEDER C. et al. Curiethérapie du cancer du col de l'utérus. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 175-180.

HANNOUN-LEVI J-M. Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle. *Cancer / Radiothérapie*, 2005, vol. 9, n° 3, P. 175-182.

Haute Autorité de Santé – Guide – ALD – Cancer de l'ovaire – Janvier 2010.

HIRCH E. Quelle vie pour le couple après le cancer? Le couple et la sexualité. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 201-206.

HOARAU H. (2005) De l'hôpital à la famille: vivre le soin. Étude anthropologique sur le vécu du soin de femmes atteintes d'un cancer gynécologique en curiethérapie ambulatoire, Institut Bergonié, Bordeaux. 2005. Th. Doct. : Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle : Bordeaux 2 : 2005.

HOARAU H. FAVIER A-L. HUBERT A. (2007) La sexualité du couple face au cancer : regards de femmes. *Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, n° 4, p 252-256.

HORNEY K. La psychologie de la femme. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2002.

INCROCCI L. Cancer et fonction sexuelle : parler de sexualité aux oncologues et de cancer aux sexologues. *Sexologies*, 2007, vol. 16, n° 4, p. 263-264.

JANIN C. Complexités de la question de la réalité en psychanalyse. In: Chouvier B. Roussillon R. (dir) La réalité psychique Psychanalyse, réel et trauma. Paris : Dunod, 2004.

JANNE P. et al. Le cancer du sein et son approche psychologique : la famille, les autres, la chance et... moi. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2001, vol. 29, n° 1, p. 28-33.

JEAMMET P. L'énigme du masochisme. In : ANDRE, J. (dir.) L'énigme du masochisme, Paris : PUF, coll. Petite Bibliothèque de Psychanalyse, 2000.

JONES E. (1938) Théorie et pratique de la psychanalyse, Paris : Payot/Désir, 1997.

KESTEMBERG E. "Astrid" ou : homosexualité, identité, adolescence. *Cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie*, n° 8, 1984.

- KLEIN M. (1921-1945) Le complexe d'Œdipe. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- KLEIN M. (1932) La psychanalyse des enfants, Paris : PUF, 1959.
- KUNDERA M. L'insoutenable légèreté de l'être. Paris : Gallimard, 1984.
- LAMB M.A. SHELDON T.A. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer pract*, 1994, 2(2) 103-13.
- LANGER M. (1951) Procréation et sexualité : Étude psychanalytique et psychosomatique, avec une préface de Janine Puget. Paris : Des femmes, 2008.
- LAPLANCHE J. PONTALIS, J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 2007.
- LAX R. The expectable depressive climacteric reaction. *Bulletin of the menninger Clinic*, 46(2), 1982.
- LAZNIK M-C. (2003) L'impensable désir : féminité et sexualité au prisme de la ménopause. Paris : Denoël, Coll.L'Espace analytique, 2003.
- LAZNIK M-C. (2010) L'expérience de la ménopause. In: BRUN D. (dir.) *Le statut de la femme dans la médecine: entre corps et psyché*. Actes du 11ème colloque de la SMP. Paris : Études freudiennes, hors série, janvier 2010.
- LE BRETON D. (2006) La saveur du monde : une anthropologie des sens. Paris: Métailié, Collection Suites sciences humaines, 2006.
- LE BRETON D (2010). Sociologie du corps. Paris : PUF, 2010.
- LE CORROLLER-SORIANO A-G. et al. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. DREES, INSERM, InCA, 2006.
- LE GUEN C. De la mort à la vérité. *Revue Française de Psychanalyse* 1992/1 (no 56) Pages 43 – 56.
- Le petit Robert, 2000.

LE POULICHET S. *Psychanalyse de l'informe, dépersonnalisations, addictions, traumatismes.* Paris : Flammarion, 2003.

LEVI P. *Si c'est un homme.* Paris : Julliard, 1987.

MCDOUGALL J. *Théâtres du corps.* Paris : Gallimard, 1989.

MACK BRUNSWICK R. La phase préoedipienne du développement de la libido. *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 31, n°2, 1944.

MARTY P. *La psychosomatique de l'adulte.* Paris : PUF, coll. Que sais-je, n° 1850, 1990.

MARX E. (2005) Sexualité et cancer: d'un deuil à l'autre, les maux de l'intime. *Revue francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 139-140.

MARX E. (2007) Sexualité et cancer : une cohabitation au centre de l'intimité entre Eros et Thanatos. *Psycho-Oncologie*, 2007, vol. 1, n° 4, p. 211-212.

MATHA C. Le sang amer de la déchirure. *Psychologie clinique et projective* 1/ 2006 (n° 12), p. 155-189.

MEAD M. *Mœurs et sexualité en océanie.* Paris : Plon, coll. Terre Humaine, 1928.

MIETKIEWICZ M-C. Pudeur et impudeur des personnes âgées. In : PY B. *La pudeur et le soin*, Nancy : PUN, Coll. Santé, Qualité de vie et Handicap, 2011.

MIMOUN S. *Des maux pour le dire. Les conseils d'un gynécologue pour mieux écouter la douleur.* Paris : Flammarion, 2005.

MING-LIANG T. *La saveur de la pastèque.* Taïwan, 2005, 115 minutes : coul.

MONTESQUIEU (1879). Discours, lettres, voyage à Paphos. In : *Oeuvres complètes tome septième.* Paris : Garnier.

MOULINIE, V. *La Chirurgie des âges. Corps, sexualité et représentations du sang.* Paris : Maison des Sciences de l'Homme, 1998.

NASIO J-D. *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse.* Paris : Payot & Rivages, 2001.

NOLAN C. *The Dark Knight Rises*. Etats-Unis d'Amérique, 2012, 165 minutes : coul.

NOTHOMB A. *Métaphysique des tubes*. Paris : Albin Michel, 2000.

PARAT C. Le changement d'objet. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. *Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine*. Paris : Payot, 1964.

PASCHE F. L'antinarcissisme. In : *Le narcissisme : l'amour de soi*. Paris : Tchou, 1985.

PEDINIELLI J-L. Hypothèse d'un "travail de la maladie". *Cliniques méditerranéennes*, 1994, n°41-42, p169-189.

PHEULPIN M-C. BRUGUIERE P. BENFREDJ COUDOUNARI K. (2011) Les épreuves projectives, un creuset de réorganisation psychique ? Quand la clinique du traumatisme crânien léger questionne le traumatisme psychique. *Psychologie clinique et projective*, n°17, 2011, p. 221-250.

PHEULPIN M-C. (2013) Clinique projective et corps en souffrance. *Le carnet psy*, n° 170, 2013, p. 44-47.

PIRLOT G. (2010) *La psychosomatique : entre psychanalyse et biologie*. Paris : Armand Colin, 2010.

PIRLOT G. CUPA D. (2012) André green. *Les grands concepts psychanalytiques*. Paris : PUF, 2012.

PLINE L'Ancien, *Histoire naturelle*, Livre VII. Paris : Les belles lettres, 2003.

POINSOT R. et al. Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2005, vol. 4, n° 3, p. 161-169.

POMMIER F. La question du masochisme dans les situations extrêmes. *Psychologie clinique et projective*, n° 12, 2006/1, p. 69-82.

POMMIER F. *L'extrême en psychanalyse*, Paris : Campagne première, 2008.

POUPART F. (2013) *Figurations psychiques de la pénétration dans sa valence passive : Les phénomènes d'influence psychotique et hypnotique comme manifestations du féminin*. 2013. Th.

Doct. : psychologie clinique : Toulouse 2 le Mirail : 2013.

QUINODOZ D. L'angoisse de castration a-t-elle un équivalent féminin ? *Revue française de psychanalyse*, 1993/5 (no 57). 434 pages.

RACAMIER P-C. (1961) La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'Évolution psychiatrique*, 1961 ; 4 : 525-570.

RACAMIER P-C. (1978) A propos des psychoses de la maternalité. In : SOULE M. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée. Paris : ESF, 1978. p. 41-50.

RAFFY A. Le fantasme de séduction comme version féminine du fantasme de castration. *Cliniques méditerranéennes* 2/ 2003 (no 68), p. 207-217.

RAUFAST L. De la sensualité de confortation à la sensualité de confrontation In : *Oxymoron*, 2010.

RAUSCH DE TRAUBENBERG N. (1970) La pratique du Rorschach. Paris : PUF, 2006.

REICH M. Traitements des problèmes sexuels après un cancer : intégration des approches médicales et psychologiques. *Psycho-Oncologie*, 2007, vol.1, n° 4, p 231-235.

REVAUT ALLONNES C. Etre, faire, avoir un enfant, Paris : Payot, 1994.

REYNAERT C. et al. Cancer et dynamique de couple. *Louvain médical*, 2006, vol. 125, p. S1-S14.

RIBAS D. Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle. *Revue Française de Psychanalyse*, n°5. Paris : PUF, 2002.

ROMAN P. Les épreuves projectives dans l'examen psychologique. Paris : Dunod, coll. Les Topos, 2006.

ROSENBERG B. (1991) Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie. Paris : PUF, coll. Monographies de psychanalyse, 2007.

ROQUES M. (2011) Les retentissements des effractions corporelles sur l'unité psychosomatique de l'adulte insuffisant rénal hémodialysé: étude clinique du traumatisme d'une maladie grave et de son traitement. 2011. Th. Doct. : psychologie : Paris Ouest Nanterre la Défense : 2011.

ROQUES M. (2013) Intérêt des épreuves projectives en recherche clinique et en psychopathologie psychanalytique. In: Mazoyer A-V (sous la dir.) *Clinique et médiation projective*, Toulouse, PUM, p 177-191.

ROUSSILLON R. Sexualité, sexuel, sexualisation. *Revue Française de Psychanalyse*, 2011, vol. 75, n°3, p.825-828.

SANCHEZ-CARDENAS M. La pudeur, un lieu de liberté de Monique Selz, *Revue française de psychanalyse* 2/ 2004 (Vol. 68), p. 699-702.

SANCHO-GARNIER H. Épidémiologie des cancers gynécologiques : utérus, ovaire, vulve et vagin. In CARCOPINO, X. (Dir.) *Cancers gynécologiques pelviens*. Paris : Elsevier Masson, 2013.

SCHAEFFER J. (1997) *Le refus du féminin*. Paris : PUF, coll. Quadrige, 2008.

SCHAEFFER J. (2002) Masochisme féminin et relation sexuelle. *Le Divan familial*, 2/ 2002 (N° 9), p. 47-60.

SCHAEFFER J. (2004) Fin du maternel, enfin le féminin ? In : *La ménopause, regards croisés entre gynécologues et psychanalystes*. Ramonville : Eres, 2004.

SCHAEFFER J. (2005) Le fil rouge du sang de la femme. *Champ psy* 4/ 2005 (no 40), p. 39-64.

SCHAUDER C. Image inconsciente du corps, castrations symboligènes et perversions dans l'œuvre de Françoise Dolto. *Le Coq-Héron*, 2002/1, n° 168.

SCHRAUB S. MARX E. Brochure Sexualité et cancer, Information destinée aux femmes traitées pour un cancer. Paris : Ligue contre le cancer, 2008.

SELZ M. Clinique de la honte. Honte et pudeur : les deux bornes de l'intime. *Le Coq-héron* 1/ 2006 (no 184), p. 48-56

SELZ M. Le sacrifice de la pudeur. *Le Coq-héron* 4/ 2003 (no 175), p. 111-121

SIBERTIN-BLANC D. VIDAILHET C. De l'effraction corporelle à l'effraction psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, vol 51, n° 1, 2003.

SPIELREIN S. In : RIBAS D. Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle. *Revue Française de Psychanalyse*, n°5. Paris : PUF, 2002.

SQUIFFLET J. LEQUEUX A. Impact du diagnostic et du traitement des néoplasies du col de l'utérus sur la sexualité du couple. In Symposium du centre de pathologie sexuelle masculine (CPSM), *Onco-Sexologie ou Sexualité et Cancer*. Louvain médical, 2006, vol. 125, n° 10 (79p.)

SUSKIND P. Le Parfum : Histoire d'un meurtrier. Paris : Fayard, 1986

SZWEC G. SMADJA C. Etat traumatique, état somatique. *Revue française de psychosomatique*, n°2, Paris : PUF, 1992.

THIS P. Cancer du sein de la femme jeune : La vie après le cancer : sexualité et fertilité. In 28^o Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, *Cancers du sein localisés : Les nouvelles pratiques*. Lille, 2006.

TOULOUSE C. Dépose du matériel de curiethérapie utilisé dans les cancers gynécologiques : Prévention et amélioration de la prise en charge de la douleur. In 5e Journée du cnrd, *Douleur provoquée par les soins*. Paris, 2010.

TORNATORE G. The best offer. Italie, 2013, 131 minutes : coul.

TOROK M. La signification de « l'envie du pénis » chez la femme. In : CHASSEGUET-SMIRGUEL J. Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Paris : Payot, 1964.

TROISIER H. La position féminine chez la femme. In : *Revue française de psychanalyse*, 1993/5 (no 57). 434 pages.

VANIER A. (2009) Transparence et secret. In : AULAGNIER, P. et al. La pensée interdite. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011.

VASCONCELLOS D. (2001) Médecine et psychosomatique. *Médecine légale et société*, 2001, vol. 4, p.108-110.

VASCONCELLOS D. (2012) Identité sexuelle : les angoisses spécifiques à la masculinité et la féminité. In : *Information psychiatrique*, vol. 88 n°9, 2012.

VENTURINI E. L'impact du cancer pelvien sur la sexualité et le couple : ce que nous apporte la littérature. *Psycho-oncologie*, 2009, vol. 3, n° 3, p. 188-199.

VILLA F. Au-delà des métamorphoses du corps: la chair du psychique. In : *Champ*

psychosomatique 50, 2008, pp.67-91.

WALDIR C.G. CANELLA P.R.B. JURBERG M. Cancer du col de l'utérus et sexualité. *Sexologies*, 2005, vol. 14, p. 7-12.

WINNICOTT D. W. La nature humaine. Paris : Gallimard, 1990.

YAZBECK C. La fonction érotique après hystérectomie. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 2004, vol. 32, n° 1, p. 49-54.

ZALTZMAN N. (1979) La pulsion anarchiste. In : ANDRE, J., BEETSCHEN, A., CHABERT, C. et al. *Psyché anarchiste*. Paris : PUF, coll. Petite bibliothèque de psychanalyse, 2011, p. 15-79.

ZALTZMAN N. (2001) La mort dans l'âme. *Topique*, n° 74, vol. 1, *Piera Aulagnier*, 2001, p. 57-68.

ZARROUATI M-F. SUDRES J-L. Chuchotements, cris et bruissements corporels à propos de la maladie cancéreuse. *Psychothérapies*, vol. 24, n° 2, 2004, p. 105-112.

ANNEXES

SOMMAIRE

DE PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE
ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT

- 1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE
- 1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS
- 1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE
- 1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH

- 2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE
- 2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS
- 2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE
- 3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN

- 3.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE
- 3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS
- 3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE
- 3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES

- 4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN
- 4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH
- 4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Danielle,

« Je suis sale, j'ai une sale maladie ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Le premier temps de l'étude a lieu avant le début des traitements, donc entre l'annonce et le premier soin, le second a lieu trois mois après son opération et le troisième se déroule trois mois après la fin des traitements.

Danielle est une jeune femme d'environ trente ans, sans enfant, à qui on vient d'annoncer, quinze jours avant notre première rencontre, un cancer du col de l'utérus qui devra être traité principalement par ablation du col. Danielle est en couple depuis quelques années. Elle introduit immédiatement l'entretien par son désir d'enfant, devenu problématique au regard de sa maladie. Danielle exprime un état « de doute » et une forte confusion quant aux traitements qu'elle doit subir, elle répète plusieurs fois : « je ne sais pas ce qu'on va me faire ». Dans un premier temps, le chirurgien lui a annoncé la possibilité d'une chimiothérapie et/ou radiothérapie adjointes à une opération et l'a prévenue que ce type de traitements pouvait entraîner une stérilité. Néanmoins, juste avant notre rendez-vous, elle s'est à nouveau entretenue avec le chirurgien qui lui a annoncé, cette fois-ci, être en mesure de pratiquer un « traitement conservateur » qui lui permettrait, à terme, d'avoir des enfants par insémination. Ce traitement est une chirurgie unique, qui exclut finalement le recours à la chimio / radiothérapie. Ses perspectives se modifient donc au fil de ses consultations, la plaçant dans un état d'incertitude très angoissant. Cependant, au moment de l'entretien, elle se trouve soulagée par cette nouvelle qui devrait lui permettre de réaliser son désir d'enfant. Lors de la première passation, elle n'a donc pas encore subi de traitement et l'opération n'est pas encore programmée (alors qu'elle sera imminente).

Trois mois plus tard, Danielle revient pour notre seconde rencontre. Elle a subi une opération importante durant laquelle on lui a enlevé le col de l'utérus. Suite à l'intervention chirurgicale, malgré des complications qui ont provoqué des douleurs aiguës et une hospitalisation en urgence, elle est à présent considérée en rémission et a déjà planifié ses rendez-vous de suivi. Elle aura donc toujours la possibilité d'avoir des enfants par insémination.

Nous profitons d'un de ses rendez-vous de suivi pour organiser notre dernière rencontre. Elle est maintenant en rémission depuis environ six mois. Bien qu'elle reste profondément marquée par ses hospitalisations, dans l'intervalle de temps qui sépare nos deux dernières rencontres, elle n'a pas eu à revenir à l'institut et n'a pas présenté d'autres complications médicales.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Danielle se prête facilement au travail qui lui est demandé pour la recherche. Il faut noter que son attitude défensive et désaffectée avec le chirurgien a conduit celui-ci à nous exprimer son inquiétude quant à sa compréhension de l'annonce. Il est vrai que Danielle adopte une expression corporelle très rigide et distante, elle ne touche pas les planches des tests et se fait comprendre par le regard. Elle reste impassible devant les épreuves mais son discours confus, et régulièrement suspendu, la trahit, impliquant un étayage du clinicien plus que nécessaire pour encourager la parole. Au-delà de l'indifférence et du courage que Danielle veut afficher, sa fragilité est tangible et reste d'actualité lors des trois temps de passation.

Dès le premier entretien, son attitude rigide, distante, presque dédaigneuse, ne cadre pas avec les affects extrêmement forts qu'elle exprime (pleurer, crier). J'ai l'impression qu'elle se soumet au test contrainte et forcée, sans vraiment prendre les épreuves au sérieux, avec une certaine nonchalance qui suppose sa non-implication dans notre rencontre. L'expression de son visage est impassible, elle ne sourit pas, elle ne pleure pas et adopte un ton très monocorde. Elle me laisse l'impression de cacher une grande timidité, une fragilité, derrière ce masque de porcelaine, défensif, mais lui-même fragile.

Au cours de l'entretien, elle me signifie brutalement que voir une psychologue ne pourra pas l'aider car elle n'aime pas en parler (sous-entendu du cancer). Le paradoxe entre cette assertion et la situation de l'entretien de recherche me met dans une situation inconfortable. Avec cette phrase, Danielle me signifie sa contrainte et son déplaisir à répondre à ma demande de chercheur et donc le caractère *sadique* de ma position. Le mouvement transférentiel évoluant, elle dira : « c'est que je n'arrive pas à en parler, je n'arrive pas, c'est bizarre parce que là je vous parle (rires). Je ne sais pas, mais peut-être que je n'en parle pas assez. »

À notre seconde rencontre, son discours est moins confus, moins hésitant. Elle parle distinctement et même légèrement plus vite. Elle décrit son parcours thérapeutique entre nos deux rencontres avec beaucoup d'aisance. Pourtant, une ombre plane toujours, plus ciblée. « Il n'y a plus de cancer en elle », dira-t-elle, mais c'est l'intériorité du corps qui l'effraie et la sexualité en paie le prix. Au cours de l'entretien, elle revient à nouveau sur sa volonté de signifier qu'elle ne souhaite pas avoir de consultation psychologique et qu'elle accepte notre rendez-vous pour la recherche, plus clairement que la première fois. Elle dira également qu'elle a ressenti des *effets positifs* suite à notre entretien et, cette fois-ci, elle les ressent au moment même où nous parlons, montrant là les prémices d'un travail de réintrication pulsionnelle et le dégagement d'un mouvement sadomasochiste, couronné par des possibilités d'ambivalence à mon égard.

L'analyse approfondie des différentes passations de Danielle nous renseigne sur son fonctionnement névrotique.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Danielle a des difficultés à exprimer ce qu'elle veut dire, et ce, notamment, lorsqu'elle aborde le sujet de sa maladie ou celui de sa relation de couple. Elle relève d'ailleurs elle-même les contradictions de son discours et, par là, ses oscillations actuelles entre une acceptation passive de sa situation et des mouvements d'agressivité. Elle fait état de confusions, de bizarreries et d'une étrangeté ressenties face à la situation du cancer qui sont autant d'éléments contribuant à ses angoisses. Ses angoisses, elle les appelle ses « pétages de plombs ». Ils correspondent à un envahissement de la pensée d'idées mélancoliques à teneur dépréciatives sous-tendues par un fantasme de « saleté » lié à la maladie : « je suis sale, j'ai une sale maladie ». L'angoisse concerne cet intérieur touché par la maladie qui transforme son image corporelle et remet en jeu ses capacités procréatrices, malmenant donc son féminin érotique et maternel.

C'est lorsque nous abordons le couple qu'elle exprime des affects violents qui surviennent cycliquement toutes les deux semaines : elle « craque ». Le reste du temps, elle semble se contenir mais au prix d'une autre forme de violence psychique. Elle parle « d'images » qui affluent à sa pensée : « ça explose dans ma tête ». Nous pensons à une angoisse de mort. Cependant, c'est une angoisse spécifiquement féminine qui émerge plus clairement, celle de perdre l'objet d'amour. Prise dans un registre désaffecté et rigide, l'angoisse de rupture est exprimée de manière très fonctionnelle, telle une atteinte somatique : le cancer « endommage notre relation », comme son corps est endommagé. La référence à l'intériorité corporelle se fait à travers la douleur par le biais de l'expression de la sexualité.

Pour répondre à son angoisse, cette patiente a un comportement d'évitement et d'anticipation comme défenses flagrantes face à la maladie. Elle dit bloquer ses affects, ses pensées, mais aussi sa parole de manière consciente : « je suis assez catégorique avec moi-même ». L'isolation des affects qu'elle s'impose en ne reconnaissant pas son agressivité finit par désorganiser son fonctionnement, laissant émerger de fortes angoisses. L'angoisse décrite est sans nom, sans fond, jaillit et échappe à tout

contrôle, comme un vertige capable de la submerger n'importe quand. Son fonctionnement est donc extrêmement contrasté, entre une restriction sévère de type obsessionnelle et des émergences pulsionnelles brutales. « Je n'aime pas en parler, enfin, personnellement, j'essaie d'éviter la conversation. Parfois je craque, il y a des jours où je craque. Une fois toutes les deux semaines, je vais me mettre à pleurer pour un rien mais, j'ai des images, des choses comme ça... ». Pour pallier à ses angoisses internes elle a recours à un investissement des objets externes comme « le travail », « la vie sociale » : « pour ne pas arrêter de vivre ». Paradoxalement, ses relations sociales sont pauvres et évitées. En fait, les attitudes de son entourage envers elle sont désignées comme étranges, différentes, depuis qu'elle a le cancer, et rendues responsables de ses angoisses. Elle projette sur ses relations une inquiétante étrangeté qu'elle refuse de reconnaître chez elle.

Confrontée à la castration, Danielle propose à la planche 1 du TAT la fausse perception d'un objet féminin contenant : « assiette », dont le contenu est fortement contre-investi par la négation : « il n'aime pas ce qu'il y a dedans ». Cette projection nous semble liée à l'introduction du test, lui-même en résonance avec la situation actuelle. Face à un objet en deux parties (un contenant et un contenu), l'intériorité est rejetée, clivant la représentation de l'objet et assimilant son intérieur à quelque chose de mauvais.

Le protocole est contrasté par l'émergence d'une fantasmagorie à fleur de peau transpirant dans les récits dès que les sollicitations le permettent, malgré des défenses intenses et restrictives. Cet état psychique est le moment privilégié de l'émergence « d'angoisses primitives antérieures à l'acquisition du langage » (M. Bydlowski, 1997, p.99) qui se réactualisent pour se greffer sur les éléments de la situation actuelle.

Les défenses labiles, qui ponctuent ce TAT, donnent les moyens à la patiente de se dégager des conflits dès qu'ils sont évoqués, faisant alors preuve de ressources, évitant de s'enliser, et permettant de construire, même dans une certaine inhibition, une ébauche d'histoire. La production, bien que restreinte avec une tendance factuelle, permet de faire appel aux repères structurels et aux fantasmes constitutifs de la personnalité (planche 2 et 9GF : triangulation, scène primitive).

Ainsi, cette première passation laisse entrevoir une érotisation des relations balisée par l'isolation affect-représentation.

Nous retrouvons l'alternance, dans ce protocole, d'une fantasmagorie sexuelle parfois crue, mais organisée objectalement (triangulation), qui contamine les récits, et l'évocation d'un monde confusionnel pré-génital mal objectalisé. Néanmoins, les représentations sont adéquates aux sollicitations et baignent dans un monde rassurant et familial, tel l'exemple de la planche 11, dans

laquelle, le déplacement sur des figures animales permet d'assumer la régression face à un monde hostile.

Au TAT également, l'inquiétude émerge dans une tonalité persécutive (5, 13B, 9GF, 19). Au début, elle se réfère à l'attaque mortifère de l'autre et la disparition, puis l'inquiétude se fait de plus en plus explicite avec l'intensification de la régression jusqu'à l'évocation d'un fantasme de pénétration entraînant un clivage de l'objet en bon et mauvais : « On dirait un train qui va dans l'au-delà, qui perce à travers des nuages noirs et blancs. Il y a quelqu'un qui l'espionne, qui le regarde, quelqu'un de noir, mauvais, derrière une tâche blanche qui le protège.... comme si c'était des ailes ».

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

La sexualité est relayée au second plan, balayée par les questionnements intra-personnels qui submergent le sujet. Elle parle de changements internes qui entraînent une violence, bloquant l'accès au désir sexuel. Elle se tourne vers elle-même et parfois « éclate » ou devient « exécration » et rejette, non pas le couple dans son ensemble, mais la vie sexuelle du couple. Des douleurs physiques ont également empêché la sexualité pendant deux semaines, relayées ensuite par un refus durant un mois. Elle dit qu'ils ont maintenant quelques rapports mais « sans conviction ».

Pour expliquer les changements qu'elle ressent d'un point de vue corporel, qui l'empêchent d'avoir des relations sexuelles, sans pour autant qu'il soit question de douleur, elle utilise une métaphore médicale : « une plaie s'est ouverte et ça se cicatrise ». De même, pour expliquer ses appréhensions psychiques à reprendre une sexualité, elle les compare à une douleur physique : « pour l'instant ça fait mal, on peut pas trop y toucher... ». Ainsi, quelque soit le registre, c'est le corps qui est convoqué et placé sur le devant de la scène.

La sexualité est devenue problématique dans le couple : « ma vie sexuelle a beaucoup changé ». Danielle propose une différence entre sexualité et tendresse, qui reprend l'absence d'une sexualité physique, remplacée par un courant tendre : « mots tendres » et « câlins ». Elle parle alors d'une « compensation » possible.

Alors qu'elle décrit l'attitude de son conjoint par rapport à la sexualité, nous relevons un lapsus qui semble révéler la relation « narcissique », ou en tout cas, spéculaire mise en place dans le couple qui lui permet d'investir l'autre comme une part d'elle-même pour y reconnaître son désir : « il me soutient,

il ne me force pas, il ne me pousse pas, il attend que ce soit moi qui vienne vers lui. Pour ça il est totalement compréhensible. »

Au TAT, Danielle utilise le corps selon une modalité hystérique qui signe les difficultés à contenir l'intérieur, projeté sur le devant de la scène par un mouvement libidinal qui érotise le corps dans l'action (9 GF) ou l'apparence (planche 2 et 9 GF). La crudité et la massivité projective qui filent le long du protocole, attestent de l'affaissement des défenses qui accompagnent la percée du pare-excitant, libérant, par là même, une fantasmagorie sexuelle qui s'inscrit chez cette patiente dans des modalités narcissique et hystérique centrées sur le corps, en lien avec son fonctionnement névrotique.

L'inhibition est la garante d'une désorganisation a minima pour cette patiente, qui malgré les mouvements pulsionnels jaillissants, préserve une continuité dans son fonctionnement que nous pouvons donc lire au TAT à travers l'inhibition et l'a-conflictualité des récits ainsi que leur adéquation aux sollicitations latentes.

La sensation, à travers les procédés sensoriels, est également une donnée de ce TAT. Si le recours au sens semble agir dans la cohérence du fonctionnement psychique, les modalités sont dépendantes du degré de régression. Ici, c'est l'ouïe qui est sollicitée par le fantasme en tant que sens secondarisé.

Le procédé CN4 est régulièrement utilisé, reflétant la tentative déjà à l'œuvre d'un renforcement de l'enveloppe corporelle par la sensation.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Son désir d'enfant, qu'elle pouvait clairement exprimer à son conjoint jusqu'alors, était barré par celui-ci, qui remettait toujours le projet à plus tard. Cette situation, elle l'acceptait tant que la promesse d'un futur était toujours possible, elle se pliait alors au désir de l'autre. À présent que la projection de son désir n'est plus possible, elle contient difficilement son agressivité par rapport à son conjoint. Elle ne peut d'ailleurs reconnaître tout à fait sa rancune, qui émerge sous la forme de dénégation, et qu'elle retourne contre elle-même en s'enfermant masochiquement dans un mutisme et une compliance relativement insupportable. La passivité qui lui permettait de recevoir le désir de l'autre est devenue une contrainte qui déclenche chez elle des mouvements violents d'angoisse du type d'un effondrement, d'un vide qu'elle décrit comme incontrôlable, submergeant, vertigineux et la surprenant toujours lorsqu'elle est seule. Elle a fait sien le désir de l'autre conforté par la maladie, au prix d'un masochisme régressif qui flirte avec le moral, contre-balancé pourtant par des angoisses terribles, mais comme nous l'avons dit, probablement nécessaires dans la transition. Elle décrit son

conjoint par une craquée verbale comme « totalement compréhensible », signant sûrement par là, la confusion et la fusion des désirs entre l'un et l'autre.

La contrainte qui la tient dans son épreuve prend forme dans notre première rencontre à travers le mouvement transférentiel. Elle accepte de participer à la recherche mais tourne la première partie de l'entretien sur sa difficulté à parler de ce qui lui arrive et, paradoxalement, sur ses capacités à en parler autour d'elle : « j'en parle autour de moi, j'en parle à ma famille, j'en parle à mes amis ». Depuis l'annonce, elle ressent une insatisfaction, sans motif apparent, et ne trouve refuge qu'en elle-même, dans une réflexion intra-personnelle à travers laquelle elle se renarcissise : « il n'y a que moi qui me parle à moi-même, c'est bête, mais (rires) je me parle à moi-même et je me dis que je suis forte ». Alors qu'elle exprime sa « gêne » à en parler elle dit : « c'est pour ça que d'aller voir un psychologue je ne pense pas que ça m'aidera », signifiant là sa résistance à notre entretien et sa lutte interne contre l'observance imposée par la maladie. Elle est contrainte et le masochisme est à l'œuvre.

Ce qu'elle appelle des « pétages de plomb », dont nous avons déjà parlé dans la thématique sur l'angoisse, correspond à un envahissement de la pensée par une fantasmatique morbide et un fantasme de saleté que nous pouvons mettre en lien avec la zone corporelle concernée par le cancer. Elle ne se sent « pas attirante ». Il s'agit bien de son intérieur touché par la maladie, le féminin est contaminé, souillé, et pour l'instant la féminité avec lui : « pour moi, ça joue sur la sexualité et, je ne sais pas, je me sens sale, je ne me sens pas attirante parce qu'il y a cette maladie à l'intérieur de moi. Je sais pas (pause). C'est moi (souffle, rires) ».

Alors qu'elle donne une métaphore parlante de ce qu'elle ressent par rapport à son corps intérieur et à la sexualité, elle utilise un terme étonnant pour parler de la cicatrisation : elle considère que ce sera à nouveau « beau » : « je compare ça à une plaie, quand elle sera totalement cicatrisée, eh bien ce sera beau. » Danielle associe alors la beauté du corps à un retour à un équilibre interne sur le plan des ressentis affectifs et corporels, permettant selon elle une sexualité « normale », c'est-à-dire comme avant. Elle fait donc un lien entre le féminin ressenti et interne et la féminité qui se voit et s'exprime par la beauté. C'est bien ce lien qui est défait, pour Danielle, et qu'elle espère voir se renouer avec le temps.

L'entretien démarre, comme nous l'avons dit, sur la possibilité d'avoir des enfants, problématique principale de cette patiente jeune. Son discours, à ce sujet, est confus. Elle présente des difficultés à élaborer clairement ce qui semble la tourmenter.

Danielle n'exprime pas d'affects associés à sa possible stérilité, pourtant décrite comme une difficulté importante qu'il faudra surmonter. Bien qu'elle ne soit pas en mesure de faire le lien, la remise en jeu d'une procréation « naturelle », passant par la voie de la relation sexuelle, s'accorde avec un désinvestissement de la sexualité comme si celle-ci avait perdu de son sens. La tendresse subsiste mais le désir génital n'a plus sa place. La jouissance s'est éteinte avec l'annonce de la stérilité et, bien que les relations continuent, l'ensemble du désir est porté par l'homme. Elle n'est plus « convaincue » nous dit-elle. Or, de convaincre à conquérir, son féminin reste en berne, en attente, peut-être, d'une nouvelle effraction. Elle donne l'impression d'être résignée, de s'en remettre entièrement à l'autre, d'en avoir fini avec son propre désir, puisque celui-ci est devenu tabou, puni par la menace de castration réelle. Mais pas totalement, puisqu'il subsiste ces angoisses, qui lui rappellent à grand bruit son monde interne.

Cette passation du TAT nous plonge dans un univers immature. Les problématiques y sont souvent abordées de manière naïve ou onirique, comme au travers d'un regard d'enfant. La patiente n'apparaît pas cependant complètement livrée à son monde pulsionnel puisque l'excitation est défendue pour ne pas être reconnue. Autrement dit, une forme de transparence psychique recouvre le fonctionnement de la patiente mais n'annihile pas complètement son système défensif. Cette porosité, qui rend l'inconscient à fleur de peau, agit de manière pulsatile à propos de certaines sollicitations des planches, notamment celles qui touchent particulièrement l'histoire actuelle du sujet (nous pensons ici à la remise en jeu de ses capacités à procréer qui influe sur les fantasmes et les mouvements identificatoires).

Dans ce cas, plus encore qu'immatures, les relations peuvent parfois se définir du magma fusionnel informe, d'un monde prégénital (7GF), s'inscrivant au TAT dans des difficultés identitaires.

Planche 7GF:

« Celle-là... on dirait une bonne et une fille, la nourrice. La bonne lui raconte une histoire mais la petite fille n'écoute pas, elle est dans ses pensées. (À quoi elle pense ?) Elle pense qu'elle n'écoute pas du tout la bonne, faire autre chose par exemple, jouer avec la poupée qu'elle a dans les bras ».

Procédés : Les rôles des personnages anonymés (CI-2) (articles indéfinis : une, la) sont télescopés (E3-1). Le mouvement identificatoire dirigé vers la petite fille est si mobilisateur qu'il entraîne une inhibition (CI-1). La question du clinicien vise à approfondir la rêverie (A2-1 « dans ses pensées ») donnant ainsi accès à l'indocilité de la fille (maintenue dans une position passive à cause de son immaturité, elle ne peut « agir » en conséquence). La levée de la défense conduit à une émergence des processus primaires en fin de récit (trouble de la

syntaxe, E4-1) qui nous renseigne sur une projection identificatoire, associée à la porosité des limites (CL-1), compensée par un accrochage à l'objet manifeste poupée (A1-1) et une banalisation (CI-2).

Problématique :

Ici, le lien ne s'organise pas autour de la rivalité, mais plutôt de l'opposition. Dans un contexte d'agressivité latente difficilement assumée (émergence en processus primaires en fin de récit), la petite fille refuse la transmission des valeurs féminines maternelles et s'extirpe fantasmatiquement de la relation pour se (re)trouver dans le « jeu » à l'aide de la poupée. Le refuge dans le monde de l'enfance, à travers le « jeu » et la « poupée », peut être compris comme une régression nécessaire face à la pression éducative. La figure maternelle est évoquée dans une dimension très primaire, elle reste au stade de « bonne » et nourricière. De ce fait, la relation n'est pas secondarisée malgré la tentative d'individuation et de différenciation. De ce fait, l'accès à la place de femme et de mère est entravé.

À cette planche, la reconnaissance d'une figure maternelle est définie comme « bonne » et « nourricière », nous indiquant une relation d'objet de type narcissique primaire, basée sur l'étayage par le besoin. La figure de mère n'est pas reconnue au-delà d'une mère primaire nourricière, nous situant dans un climat de narcissisme primaire autoérotique. Les rôles mal délimités donnent lieu à un mouvement d'individuation à la fin du récit. L'investissement du jeu à ce moment-là confirme la régression à l'œuvre qui impose à Danielle de choisir l'imitation, par le jeu de la poupée, plutôt qu'une identification, rejetant la figure maternelle, non sans agressivité. Le recours au jeu nous indique aussi la lutte de Danielle contre la passivité, recréant une situation imaginaire qui permettra de reprendre le contrôle d'une situation qui lui échappe, notamment celle d'être mère (identification endeuillée puis réinvestie dans un temps très court).

La passation montre donc une difficulté identitaire, notamment à travers l'émergence de fantasmes homosexuels aux planches, sollicitant la rivalité qui déstabilise les identifications de manière probablement plus importante que dans son fonctionnement habituel.

La 3BM, à travers le contexte dramatisé du récit, montre comment la patiente peut garder une emprise sur son image, en restant actrice de la situation, elle garde le contrôle malgré « l'effondrement ». On peut donc lire une ressource face à la perte, à travers l'action de « se cacher » qui lutte contre la passivation.

Planche 3BM:

« Là, c'est quelqu'un qui ne va pas bien, qui est effondré, qui a appris une mauvaise nouvelle... Qui s'est mis dans une pièce où personne ne la verra pour se cacher ».

Procédés :

La posture signifiante d'affects (CN-3) permet d'exprimer, grâce au corps, ce qui ne peut être pris en charge psychiquement (mauvaise nouvelle), être endossé via l'identification à un personnage qui demeure dès lors anonymé (CI-2), ou encore s'exprimer au travers d'un conflit qui reste non précisé (CI-2). Le déroulement du récit s'organise autour d'un repli narcissique important (CN-1++) et la massivité de la projection (E2-3) se retrouve notamment par l'emploi du « la » (E3-1) qui exprime timidement l'identification à un personnage féminin.

Problématique :

La nouvelle semble relever de la sidération et le corps prend la relève pour dire la souffrance et l'impensable. L'interprétation semble contaminée par la situation actuelle (annonce de la maladie) et, face à la détresse exprimée, sous la forme d'un effondrement plus narcissique que dépressif car Danielle ne peut faire appel à un objet. Elle « préfère » se replier pour se protéger du regard (inquisiteur ?) des autres.

Néanmoins, Danielle adopte un comportement évitant de la relation, surtout lorsqu'il s'agit de montrer ses émotions. Par exemple, la persévération de l'affect de dédain « s'en moque », aux planches 4 et 6GF, porté une fois par l'homme, une fois par la femme, évoque l'agressivité, certes, mais dans un registre passif. L'ambivalence présente à ces planches place le pôle pulsionnel de mort dans le registre de l'agressivité passive qui permet d'éviter le conflit. Le rapprocher avec un autre est pour le moment dangereux pour Danielle, significatif d'une perte potentielle ? Ravivant le travail de deuil en cours ? Angoissant par les capacités de pénétration passive qu'il suppose ? Dans tous les cas, elle s'en préserve par des mécanismes d'évitement.

Les récits sont introduits par « je pense », désignant, malgré le recours à l'appel à l'objet régulier, l'activité psychique indépendante qui s'approprie les situations.

Lors de la 12BG, les mouvements dépressifs s'inscrivent autour de la passivité, supplantée par l'attente, représentation du féminin en attente du désir de l'autre.

Planche 12BG:

(4) « Ça a l'air d'être le printemps avec les bourgeons, il a plu donc l'herbe a poussé, il y a une barque qui attend que quelqu'un vienne ».

Procédés : Les précisions temporelles (A1-2), l'attachement aux détails (A1-1) ainsi que la mise en avant des perceptions sensorielles (CL-2) créent une ambiance rassurante, renforcée par l'introduction d'un personnage (B1-2) qui demeure toutefois anonyme (CI-2).

L'interprétation globale de la planche reste très factuelle (CF-1).

Problématique : Le support sensoriel (ambiance printanière et mouvements de la nature) est utilisé pour pallier la paralysie imaginaire causée par l'attente. Les descriptions jouent leur rôle anti-dépressif et la tentative de renforcement perceptif des objets internes devant la solitude bloque la construction d'un récit dans l'imaginaire. L'humanisation inappropriée de l'objet barque indique des angoisses abandonniques, palliées par la création d'un lien et l'introduction d'une dimension objectale.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

La temporalité de son discours est atteinte par une légère confusion qui pourrait pratiquement passer inaperçue : « je suis venue la semaine dernière, enfin je suis venue il y a trois semaines et je suis vraiment tombée de haut... ». Celle-ci signifie la sidération du temps qui ne passe plus, et tout était hier, un hier qui va de trois mois à aujourd'hui.

Le cancer n'est pas ce dont on parle. Le véritable trauma qui fait effraction dans sa vie concerne la menace de stérilité. Celle-ci, selon le chirurgien, n'est d'ailleurs plus d'actualité grâce au traitement qui conservera la possibilité d'enfanter. Cependant, « ne pas pouvoir avoir une grossesse normale » prolonge l'effraction traumatique. « Je n'ai pas un cancer généralisé, il peut se soigner et il y a plus dur. ». Faut-il entendre ici ce que, finalement, personne ne semble entendre, au point qu'elle ne puisse dérouler le scénario que dans sa tête en se parlant à elle-même ? C'est-à-dire qu'au-delà du cancer, il existe une menace plus grande et plus effractante encore qui est celle de castration ?

Elle propose une métaphore du traumatisme à partir de la plaie qui cicatrise. « Non une plaie qui s'est ouverte et ça se cicatrise et je ne sais pas, comment je peux appeler ça ? Pour l'instant ça fait mal, on peut pas trop y toucher et quand ce sera guéri, petit à petit, on pourra y toucher ».

Les conflits prononcés dans le couple accentuant un fonctionnement clivé entre amour et dispute, qu'elle s'accuse d'entretenir par son comportement mutique, attestent d'un mouvement actuel de désintringement pulsionnelle provoquée par l'annonce du cancer et renforcée par le risque de stérilité. Elle s'accuse des difficultés que connaît son couple, notamment au niveau de la communication, alors qu'elle est incapable pour le moment de reconnaître son agressivité envers son conjoint et le ressentiment qui ne manque pas de transparaître, concernant le refus qu'il a opposé jusqu'à présent à son désir d'enfant.

Le processus de deuil semble déjà en marche concernant ses possibilités procréatrices, souligné par la distinction qu'elle fait entre « avoir » et « concevoir » des enfants. D'ailleurs, l'annonce de ne pas pouvoir avoir d'enfant résonne comme une seconde annonce suite au cancer, qu'elle ressasse distinctement comme une image traumatique.

La question des enfants dans le couple est « taboue ». L'emploi du mot tabou renvoie aux interdits œdipiens, laissant transparaître comment s'intègre à présent la sexualité dans le roman de cette patiente.

Il se lit également, dans le protocole du TAT, l'expression d'une agressivité, indiquant le mouvement pulsionnel en marche, capable d'évacuer la pulsion de mort (2, 4, 6GF, 7GF, 9GF). Les planches « couple » nous parlent de l'intrication possible à ce temps pour Danielle. La 4 et la 6GF sont le résultats d'une ambivalence qui signe l'intrication. Par son rapprocher manifeste, la planche 10 supprime la possibilité d'ambivalence et ne laisse plus parler qu'Éros et son emprise, au prix de l'émergence d'un fantasme incestueux.

Les kinesthésies sont présentes tout au long du protocole. Le mouvement est régulièrement convoqué pour chasser l'angoisse. C'est le mouvement et l'appel au corps qui se maintiennent dans le protocole.

Le protocole s'organise autour de l'oralité. Différents témoins de cette stase libidinale persistante le ponctue, mais les exemples les plus probants sont certainement ceux de la planche 1 et 11. À l'introduction du test, planche 1, la régression au stade oral laisse le désir s'exprimer dans le champ de l'alimentation. À la 11, angoisse, difficulté, « éclatement » et danger imprègnent le récit lorsque le corps est menacé dans son intégrité (eu égard à l'effraction corporelle imminente), et sont prises en charge par un déplacement sur des figures animales. Le monde interne s'exprime sous des traits à la fois durs (« rochers »), impalpables et inconsistants (« vent », « eau »), affrontés avec difficulté.

Le fantasme de scène primitive qui est convoqué par la 2, en dépit de tout autre avatar sollicité par la situation œdipienne, s'exprime sur le registre d'une agressivité latente de la mère questionnant le père sur son état : « ça va ou pas ? ».

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

La banalisation fait son œuvre : « tout va bien, on ne peut plus avoir de relations sexuelles ». Nous remarquons un recours à des défenses maniaques par le rire qui était absent du premier entretien. Une symptomatologie de type phobique s'est également mise en place depuis le dernier entretien : elle ne dort pas la nuit avant de revenir sur les lieux de l'hôpital et ce, depuis qu'elle est guérie. Si avant, elle pouvait rationaliser sur ses venues, le vide qu'a laissé l'absence de soin du corps, laisse la place à l'angoisse, qui s'imisce, réveillant à chaque rendez-vous le rappel de la menace de rémission. C'est la pensée qui chemine à nouveau en dehors de l'occupationnel instauré par les soins qui sert un temps de béquille opératoire au fonctionnement psychique.

« Parce que c'est... (silence) bah, je me sens coupable en fait d'être malade. Voilà. (silence) Parce que c'est pas que j'ai beaucoup d'amis ou quoique ce soit, mais j'avais pas envie de faire du mal autour de moi... Voilà, c'est pour ça je pense que je ne voulais pas en parler, je ne voulais pas que les gens s'inquiètent pour moi. Je ne voulais pas vivre ça toute seule, mais plutôt comme si de rien n'était, je vivais comme si de rien n'était. (silence) Et là, tout relâche ! (rires) Ça fait bizarre mais tout relâche. C'est inexplicable, par rapport à avant, quand j'avais la maladie, j'essayais de garder le moral ou j'étais bien, je savais que j'allais guérir. Et puis là, le moral n'y est pas alors que la maladie est partie, je ne comprends pas, c'est bizarre ».

Alors que, lors du premier entretien, la menace de castration est sous-jacente au discours, ravivant les angoisses qui lui sont associées, au second temps, nous trouvons, en introduction, une expression claire d'une castration subie : « il m'ont coupé le col de l'utérus ».

Ce sont ces représentations des organes génitaux internes associés spécifiquement à la sexualité qui sont interpellées suite au compte-rendu de l'opération. En effet, on lui a annoncé que le vagin avait été modifié. À ce moment-là, la confusion resurgit et l'image qu'elle donne est impossible pour moi à imaginer : « on m'a raccordé quelque chose au vagin ». L'angoisse est palpable à travers cette représentation de l'informe et déclenche des craintes liées non seulement à la pénétration mais également à la jouissance. « Parce que j'ai peur que ça me fasse mal à l'intérieur ou que ça me fasse quelque chose ».

Au Rorschach, l'angoisse, en lien avec l'actuel de la maladie chez Danielle, est palpable, et se superpose à l'angoisse structurelle, nous amenant à quelques hésitations quant à sa structure psychique. L'indice d'angoisse corporel est significatif et les réponses anatomiques, sang ou parties humaines, sont énoncées à des planches de sollicitations latentes sexuelles (I, II, IV, VII), en lien

étroit avec une problématique corporelle. L'abord de l'anatomie révèle une crudité, un traumatisme étroitement lié à l'image du corps, voire l'effraction née des traitements chirurgicaux (scalpel coincé) dont elle ne parvient pas à s'extraire, ou au prix d'une régression massive.

I. ^ TL=0	1-je vois l'anatomie au féminin avec les ovaires et l'utérus	Les ovaires (Dd36x2) tout le côté qui relie les ovaires et les ganglions (?) le rectum (Dd31)	G élab	F-	Anat sexue lle et viscé rale (à l'enq uête)	
--------------	--	---	-----------	----	--	--

Tl=3 s	2-tout malade, tout gris		G imp	C'F	Anat.	Clob
-----------	--------------------------	--	----------	-----	-------	------

La confrontation avec l'inconnue du test, planche I, renvoie Danielle à une inquiétante étrangeté en la plongeant d'emblée dans sa problématique actuelle, qu'elle est toutefois en mesure de critiquer à l'épreuve des choix lorsque la clinicienne lui permet de verbaliser : « La première parce que c'est la première, ce gris foncé, on dirait l'anatomie après tout ce qu'il s'est passé... ». L'image parcellaire du corps, donnée à cette première planche, nous indique également la centration narcissique aux organes touchés.

II. ^ TL=1 ls	1-là je vois une opération chirurgicale	(G)	G arbit raire	F-	scèn	Choc au rouge
Tl=6 s	Avec un scalpel bloqué et des tâches de sang un peu partout	Le scalpel bloqué (D4) tâches de sang réparties un peu partout (C)	D	kob/ FC	Obj/s ang	

		« et le gris c'est pas une couleur joyeuse »				rmq couleur tendance clob
--	--	--	--	--	--	------------------------------

Sachant que cette planche II, ci-dessus, renvoie à des représentations de castration, nous sommes frappés de la projection d'un objet contondant. L'action est barrée, le scalpel ne coupe pas, il est bloqué, dans un recours presque transparent au symbolique, et c'est l'élaboration qui est suspendue. La pensée est envahie par le sang dans un vacillement des limites autour de la notion « d'espace ». Le sang est « partout », l'espace est envahi, l'intégrité interne n'est plus mobilisable .

Que peut-on dire de cet espace interne féminin qui garde, bloqué dans ses entrailles, un scalpel, objet dont la symbolique phallique est également dangereuse, mortelle ? Nous pensons ici à l'incorporation du mauvais pénis qui détruit l'intérieur féminin et aux angoisses de pénétration et de destruction interne.

IV ^ TL= 0	1- là je vois une colonne vertébrale, là, la tête, là, les jambes... en fait c'est un monstre	Colonne vertébrale (Dd5) la tête mal formée (D3) les bras (D18) les pieds (D15)	D/G	FClo b	Anat osseu se/H d/(H)	
------------------	---	--	-----	-----------	--------------------------------	--

Cette planche IV, aux détails anatomiques, sollicite elle aussi le phallus mais, cette fois, dans son image de puissance et d'autorité. La passivité terrorise Danielle qui lutte à renfort d'une tutelle vertébrale, renforçant l'enveloppe corporelle, mais l'angoisse de pénétration est intense et entraîne la perception d'un objet déformé.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Il n'est plus question de douleur, mais de sensations internes représentées par des « tiraillements ». L'utilisation du sensoriel est patent. À ce temps, elle décrit des ressentis et utilise l'image forte « tomber dans le noir » pour décrire sa crainte de la dépression.

Elle me dit qu'ils ne peuvent pas avoir de relations sexuelles. Elle « préfère attendre que ce soit cicatrisé ». Le médecin lui a pourtant recommandé le contraire (recommandation courante en cancérologie gynécologique), mais « elle ne pense pas à ça ». Elle s'est dégagée et soulagée du poids de la question de la sexualité en déterminant de manière arbitraire un temps de « remise psychologique » de deux mois. Elle a donc prévenu son conjoint de cette abstinence imposée. Elle explique également, pour justifier cette décision, qu'on lui a « raccordé quelque chose au vagin », « qu'on lui a quand même touché le vagin », convoquant ses représentations du corps interne.

Soit ses représentations de l'intériorité corporelle sont celles d'un objet déformé, malade, comme celle du « vagin abîmé », ou, au contraire, manquent cruellement pour étayer ses éprouvés corporels.

On entend, dans son discours, les effets de la chirurgie sur l'économie érotique du corps. Le champ lexical est celui de la mécanique : « raccordé, fils,... », attestant du clivage corporel. Néanmoins, il semble que ce clivage soit nécessaire pour respecter un temps de cicatrisation du corps qui, autrement absent, pourrait avoir de graves conséquences sur la santé de la patiente. Pour Danielle, ce clivage s'exprime nettement à travers la sexualité qui n'a plus cours, suspendue, dans l'attente d'un retour de la sensualité de la zone érogène génitale soumise à la sensation.

Au Rorschach, les couleurs sont associées aux émotions et même confondues avec elles. La sensorialité est fortement sollicitée (TRI extraversif), mais plutôt dans une dimension traumatique, en dépit des nombreuses dénégations utilisées. Toujours est-il que l'investissement de l'objet reste possible et s'avère rassurant, notamment à la planche III, bilatérale, témoignant de capacités d'élaboration dans un registre défensif rigide. La perception de la couleur grise est directement liée à une émotion : « la tristesse », sans interface psychique, sans pare-excitant, interrogeant l'épaisseur des limites corps / psyché lorsqu'une perception sensorielle renvoie sans élaboration à une émotion. La formule secondaire vient nuancer l'impact du sensoriel, et les mouvements pulsionnels parviennent à contenir l'excitation.

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Au Rorschach, la sensibilité au gris et au noir laisse entrevoir un fantasme de contamination d'un corps vécu comme mauvais sur un mode anxio-dépressif. La planche I est sous-tendue par un fantasme d'incurie, concernant l'intériorité et, plus précisément, le sexe féminin. La première planche rouge donne à voir l'effraction (choc au rouge) par un objet saillant (scalpel) mais qui demeure, tel un corps étranger, dans l'espace interne, attestant l'activité du traumatisme. L'intériorité corporelle, qui plus est féminine, est en danger imminent pour Danielle. Cet espace est la proie de fantasmes de destruction.

Danielle s'attarde sur les couleurs, happée par la perception qui masque laborieusement le manque de représentations. D'ailleurs, le manque de fluidité des associations et la difficulté de perlaboration, la focalisation sur le corps font alterner brutalement, sans liaison, perception et projection.

Les planches pastel n'amènent pas à une production plus importante de réponses, contrairement aux commentaires positifs de Danielle et à ce qu'elle en dit à l'épreuve des choix. Les différentes parties du corps sont isolées ou investies sur un mode phallique : la passivité s'avère impossible aux planches IV et VI. L'appel à l'anatomie osseuse (colonne vertébrale) a pour visée de réassurer l'intégrité corporelle. À la planche VII, on observe un évitement de la partie basse de la tâche et la centration sur les détails phalliques : doigts. Enfin, la planche VIII se compose de réponses animales aux attributs phalliques (lézards, crocodiles, poissons).

Notons à ce propos que les identifications féminines se font plus rares et discrètes tout au long du protocole, voire difficilement repérables. La représentation de soi reste tout de même de bonne qualité, même si Danielle met en doute la perception et l'image du corps, tant elle paraît menaçante (précaution verbale).

La lutte contre la passivité se déploie à travers la persévération du thème du papillon. Celui-ci est d'abord « lié » à des personnages sans sexe, « au milieu », accompagné d'une kpo puis, petit à petit, il s'équipe d'une paire d'ailes et finit par s'envoler, reflétant le traitement pulsionnel des planches qui accompagne la reprise de l'activité par le mouvement. Avant cela, l'image traumatique du scalpel bloqué, donc la kpo, est également le reflet d'une passivité inquiétante et mortifère qui impose le déploiement du système défensif rigide de Danielle.

Nous remarquons que la planche utérine est tout simplement refusée par une impossibilité de percevoir une forme.

C'est à la planche VI, qui devrait solliciter des images sexuelles féminines, que Danielle choisit d'exprimer plus clairement des références masculines : « queue ». Le symbole du papillon est celui de la renaissance et de la beauté. Le papillon qui vient de renaître, sorti de sa chrysalide, montre des attributs masculin : « ça, ça ressort », « une queue », que l'on ne retrouve pas dans le reste du protocole. La nouvelle perspective génitale serait-elle phallique, la régression, comme le proposait S. Freud, à une position masculine ?

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Danielle me fait part de son mal être aujourd'hui : « elle n'a pas le moral ». Elle pense que c'est à cause des rendez-vous. Les nuits qui précèdent ses venues, elle ne dort pas, elle « a peur ». Elle a repris le travail contre avis médical. Elle pense qu'elle n'avait pas d'autre solution pour parer à ses reviviscences diurnes qu'elle appelle des « flashes », durant lesquels elle revit toutes les étapes du cancer. Celui-ci est assimilé à un intrus, distant de soi, le « non soi » : « il n'y a plus de cancer en moi ».

Suite à l'annonce de rémission, Danielle relate un retour de la parole qui correspond à un réinvestissement des objets externes, non plus seulement en tant que palliatifs à une pensée désorganisée et angoissante, mais dans une érotisation de l'objet externe et donc un dénouement narcissique de la relation objectale. « Parce que je n'étais pas prête à en parler quand j'avais la maladie, je ne voulais même pas en parler. Aujourd'hui, je n'en parle pas librement mais facilement à des amis proches. Je ne vais pas le crier sur tout les toits non plus mais j'en parle. C'est maintenant que ça arrive ». En effet, la centration narcissique de Danielle lors de notre premier rendez-vous s'est relâchée, entraînant avec elle une libération de la parole « Je ne sais pas, peut-être que c'était quelque chose à moi donc je ne voulais pas qu'on y touche. Je ne sais pas comment l'expliquer, maintenant que ce n'est plus en moi c'est plus libre ». De quoi parle-t'on à ce moment là ? De l'objet cancer, personnalisé et investi narcissiquement ? Ou du col de l'utérus, objet phallique qui, une fois castré, délie de certaines angoisses ? Cette seconde hypothèse, nous pouvons la soutenir lorsque Danielle nous dit que d'en parler lui aurait apporté « de la frustration ». Pour autant, la vie sexuelle n'est pas encore réinvestie et des craintes de type phobiques se sont installées.

Elle se sent coupable d'être malade, comme si la maladie pouvait faire du mal autour d'elle, culpabilité liée à la honte et à un fantasme de contagion qui s'estompe lorsqu'elle n'est plus porteuse

de la maladie.

Au Rorschach, de manière générale, les différentes parties de l'anatomie semblent confondues et la triple régression, orale, anale, phallique, implique une traversée dans les trois temps du développement psycho-sexuel que nous pouvons mettre en lien avec une temporalité psychique modifiée sous le poids de l'actuel, temporalité ramassée autour de ces trois pôles, évoquée dans un temps d'après-coup (lors de l'enquête), et qui semble s'opposer au temps réel rythmé par la maladie et les traitements.

VII [^] TL= 7s	Là on dirait un jeu de mains avec les doigts	Les doigts on dirait des pouces (Dd21)	G élab	kp	Hd	
-------------------------------	--	--	-----------	----	----	--

Cette planche VII, très inhibée, montre la capacité pulsionnelle à traiter l'angoisse à travers le mouvement, mettant fin à la sidération à l'œuvre jusqu'à la IV. Nous observons cette évolution pulsionnelle, de l'ordre d'une intrication, permettant de dévier la pulsion vers l'extérieur lors de la séquence des planches III, V, VI :

III. [^] TL= 6s	1- Alors là je vois deux personnages reliés à un papillon au milieu, assis.	Les têtes (Dd21)	G cont amin é	K+	H/A	Scotome du rouge 2 ban (personnages et papillon)
--------------------------------	---	------------------	------------------------	----	-----	--

V [^] Tl=0	1- là on dirait un papillon avec de très grandes ailes	Le corps (Dd7) les ailes (Dd16)	G élab	F+	A	Ban
VI [^] TL= 0	Là on dirait un papillon sorti de sa chrysalide qui est prêt à s'envoler	Ça, ça ressort (D3) là, la queue (?) et le reste (D1)	G élab	Kan-	A/ scèn	persévération

Malgré son apparente banalité, la représentation du papillon, qui persévère ici dans une mauvaise forme, nous indique ce que cette représentation convoque de sa symbolique et supporte de la répétition. Le symbole du papillon est attaché à celui de la mort, représenté couramment sur les pierres tombales, alors que celui de la chrysalide est symbole de transformation et de renaissance.

C'est perceptiblement ce qui se déroule pour Danielle au cours de son protocole : elle parvient petit à petit à faire un travail d'intrication des pulsions de vie et de mort jusqu'à contenir son angoisse qui pourtant semblait sidérante et hautement désorganisante au départ. Si l'on suit pas à pas l'évolution de la métaphore du papillon, cette dernière reflète la métamorphose de Danielle : d'un papillon coincé / lié entre deux personnages (notons asexués signe d'une identification mise à mal), la progression s'opère vers un papillon qui déploie ses grandes ailes (il ne s'agit pas encore d'une kinesthésie), tentant de s'extraire de sa condition et se termine par la substantivation de son envol (kinesthésie narcissique / de mouvement investissant enfin le corps), porteur d'un attribut phallique : une queue.

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN :

3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Malgré les moments réellement éprouvants qu'elle décrit depuis notre dernière rencontre, elle a repris une sexualité avec son conjoint à peu près au moment de l'arrêt des traitements. Elle dit qu'elle a à nouveau « envie de se laisser faire ». Son conjoint lui a clairement demandé de « prendre la décision » du retour de la sexualité et cette liberté a permis à Danielle de ressentir à nouveau le désir. Ainsi, il semble qu'elle ait pu renouer avec une passivité, permettant de recevoir à nouveau l'effraction traumatique de la jouissance. D'ailleurs, l'épreuve des traitements et la contrainte des hospitalisations, c'est-à-dire l'expropriation du corps par la prise en charge soignante, a donné du jeu aux limites de Danielle en bousculant son système de défense forgé sur le rejet de la proximité corporelle comme partie tenante de ses relations objectales. L'emprise corporelle de l'expropriation a annihilé son recours important à la pudeur. Danielle découvre une nouvelle sexualité qu'elle dit meilleure, expression d'un « laisser aller » nouveau : « c'était bien avant, mais je ne pensais pas qu'on pouvait faire mieux. [...] C'est mieux dans le tout. Tout englobé en fait ». Tout se passe comme si l'effraction avait permis à Danielle de découvrir son féminin en rejouant l'emprise de la séduction narcissique primaire par les soins du corps. À ce propos, elle décrit le fantasme d'un changement corporel interne, provoqué par l'opération, permettant à la fois d'investir libidinalement celle-ci et de

l'inscrire dans un roman de la maladie justifiant l'évolution positive de ses ressentis. « Par rapport à l'intérieur aussi je pense. Je ne sais pas ce qu'il a fait enfin, si je sais ce qu'il a fait [...] Comme il a accroché le vagin à l'utérus, peut-être que ça fait quelque chose. Voyez, comme il a touché au nerf, je ne sais pas ». Le réinvestissement érotique du corps passe par des ressentis internes modifiés. De la sensation de « douleur qui traverse le corps », de part en part, Danielle est à nouveau sensible, sensuelle. Nous assistons à une érotisation de ce qui relevait de la crainte exprimée en T2 à propos des organes internes et notamment du vagin. D'une sexualité « sans conviction » au T2, Danielle est passée à une sexualité épanouie accompagnée d'une jouissance qu'elle ne connaissait pas avant. Danielle raconte que le chirurgien lui a dit qu'elle serait toute sa vie « plus sensible à l'intérieur ». Lorsque je lui propose le lien avec ce qu'elle décrit de ses nouveaux ressentis internes lors des relations sexuelles, elle ne s'en saisit pas, me signifiant par là que sa nouvelle jouissance orgasmique, malgré le roman qu'elle en fait, ne se situe pas là, dans le concret de la chirurgie, mais bien en deçà, dans ce que cette jouissance représente de la pénétration effractive. La sexualité est ici le symptôme des changements corporels provoqués par le traitement chirurgical.

Dans un autre registre, c'est bien la castration effective qui libère Danielle et la révèle à une sexualité plus libre. Cette interprétation s'inscrit dans le prolongement des théories freudiennes sur le climatère, détournant la femme d'une sexualité féminine en la délivrant de ses investissements maternels. Danielle, à ce propos, relate l'absence de ses règles. Elle a refusé la proposition de les déclencher médicalement car elle n'est pas pressée de les retrouver. Pour le moment, elle est libérée du poids de la procréation. Cependant, l'ambivalence à ce sujet est palpable :

« Oh oui, totalement. Ça m'inquiétait dans le sens où ça voulait dire que je n'étais pas fécondable à l'intérieur, mais après, de ne pas les avoir, au contraire, ça ne me dérange pas. Mais bon, par hygiène de santé en fait, il faut les avoir. Mais sinon, extérieurement ça ne me dérange pas du tout ». Nous entendons là une ambivalence entre ne plus subir le temps féminin des règles mais garder ses capacités procréatrices : « Oui, apparemment ça va revenir. Il m'a proposé de les faire venir mais par voie médicale et, non, je préfère que se soit naturellement. Quand ça viendra, ça viendra mais ça n'empêchera pas de concevoir un enfant. Ça n'empêchera pas ». Danielle ne pourra concevoir un enfant que par insémination artificielle, donc en prenant la décision de mettre en œuvre des démarches médicales qui clivent la sexualité de la procréation.

L'expropriation du corps par le système soignant est très mal vécue par Danielle. Dans l'événement qu'elle relate (hospitalisation en urgence, que nous décrivons ensuite), entre le temps 2 et 3, le clivage est impossible et c'est la séduction narcissique primaire qui est convoquée dans une relation de contrainte et d'emprise par le corps soignant qui laisse Danielle sans défense, déclenchant une

crise d'angoisse terrible comme dernier recours pour lutter contre l'expropriation.

Son corps est un sanctuaire présentant une hypersensibilité tactile. Le toucher est nettement référé à la sexualité et n'est supporté que par « ses proches », laissant planer le registre de « l'incestuel ». La pudeur est surinvestie dans ce sens pour barrer les tentatives d'effraction de son intimité, elle est employée comme une modalité de fonctionnement de ses relations objectales.

3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Nous remarquons qu'au cours des trois entretiens aucune référence familiale n'est faite par Danielle. Son seul repère semble être son partenaire sexuel et amoureux. Aucune référence à la mère ou à un autre personnage féminin de son entourage n'est évoquée. Elle nous semble coupée du reste du monde, enfermée, telle qu'elle se décrit, dans sa « bulle ».

Elle revient sur ses difficultés à subir les soins, associées à une pudeur extrême qui se manifeste par un ressenti douloureux. En effet, elle « n'aime pas qu'on la touche » et fait un amalgame avec le fait d'« être douillette ». Lorsque je relève ce recoupement entre douleur et pudeur elle le confirme en décrivant une « douleur interne » qui la prend dans les situations de proximité physique : « ça me passe partout », m'imposant l'image du courant électrique. Lorsqu'elle ajoute « surtout quand on ne peut pas bouger », je prends alors conscience que l'expérience des soins a réellement été vécue comme un calvaire pour Danielle, plus encore que l'opération elle-même. Nous en parlons. Elle insiste sur les prises de sang et les examens cliniques gynécologiques. Elle relate alors un événement, survenu lors de la complication infectieuse qui l'a ramenée pour une semaine à l'hôpital, suite à l'opération. Elle est arrivée en urgence, en pleine nuit, et a été prise d'une très forte crise d'angoisse car elle ne devait pas bouger et avait une sonde urinaire. Elle s'est sentie « prisonnière » et a été obligée de hurler pour « se faire du bien » malgré les infirmières qui lui demandaient de se taire. Elle se décrit elle-même comme « complètement hystérique », dans un état second, « dans ma bulle ». Cette bulle, elle en a déjà parlé au temps 2. Cette bulle nous fait penser à l'enfermement autistique qui coupe du monde extérieur et de ses stimuli. Danielle est alors en proie à ses sensations internes et la parole disparaît au profit d'un monde plus archaïque et plus informe, qui sollicite chez elle le recours aux sens primaires : le cri, le regard, la douleur... Son corps c'est « sa propriété » et l'impossibilité de jouer de sa pudeur l'effracte. Nous entendons là une continuité des difficultés que nous relevions déjà lors du premier entretien à propos de la passivité et du masochisme. La désintrication entraîne une régression telle que le masochisme n'est plus, ni gardien de vie, ni de la sexualité : elle ne peut plus recevoir passivement sans la mise à mal de ses limites. Son système défensif ne tient pas, ou plus.

Danielle est restée aux prises durant toute la durée des soins avec une angoisse informelle qui n'a pu disparaître qu'avec l'arrêt de ce qu'elle vivait comme une effraction, une tentative d'expropriation de son corps, impossible à subir sans un possible recours à une passivité primaire gardienne de vie. D'ailleurs, lorsque je demande à Danielle ce que lui rappelle la situation subie qui déclenche son « hystérie », elle est incapable d'élaborer plus loin que son ressenti d'enfermement : « je ne sais pas. Me sentir prisonnière. Voilà, prisonnière et, je ne sais pas, mon corps c'est ma propriété, enfin, je sais que c'est pour mon bien mais... ». C'est une situation d'emprise qui est (re)vécue face au soin pourtant bienveillant.

3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Danielle est soulagée car elle n'a plus de « jours sombres ». Ses angoisses se sont estompées ainsi que ses craintes. Seule subsiste une anxiété qui précède sa venue à l'hôpital pour son rendez-vous de suivi. Mais il ne s'agit plus de l'angoisse qu'elle décrivait il y a trois mois.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

Lors du premier entretien, un certain parallélisme est décrit dans le couple concernant la situation. Elle ne peut que projeter un vécu de son conjoint identique au sien : « comme moi ». Il n'y a aucune communication autour du cancer dans le couple car elle veut préserver son conjoint ; elle ne peut donc que deviner ce qu'il ressent. Elle exprime une angoisse de rupture. Elle se tourne vers elle-même, pensant être son meilleur soutien.

Danielle parle de sa vie sexuelle, « métamorphosée ». Elle pense avoir abandonné la sexualité génitale au profit d'investissement de « projets ».

Au second temps, Danielle investit plus encore que la première fois son compagnon. Elle tente d'être étayante pour lui, elle le protège de ses propres angoisses mais à la différence près qu'elle est capable depuis le temps 1 de se confier à lui au sujet de la maladie et de ce qu'elle ressent, toutes mesures gardées, étant donné son fonctionnement encore très rigide / inhibé. Néanmoins, son investissement semble se relibidinaliser petit à petit, au détriment cependant de celui du corps associé à la sexualité qui soulève à présent beaucoup d'angoisse.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Nous ne retrouvons pas d'atteinte identitaire. Par contre, l'unité corporelle est malmenée sans être déstructurée de manière significative. Il s'agit essentiellement de réponses centrées sur l'intérieur du corps, définissant un espace interne en proie à la destruction dans une angoisse actuelle ou actualisée. La tentative de lier les éléments du corps entre eux montre bien le travail psychique imposé par l'expérience de l'effraction pour renforcer un espace féminin interne qui se désagrège. Si l'étude tout venant retrouve fréquemment de telles réponses justement à la planche I, notons ici que la perception est celle d'un objet détérioré, malade, entraînant à l'enquête une tentative de liaison des parties descriptives anatomiques du sexe interne féminin.

La réponse est également une réponse sexuelle directe qui axe narcissiquement, l'investissement, au sexe féminin parcellisé du corps. Nous les comprenons dans une teneur traumatique induisant la persévération d'images dont l'action suspendue témoigne d'une passivité traumatique qui devra être défendue par un travail psychique (repérable comme nous l'avons montré dans ce protocole).

Les représentations symboliques du corps sont peu nombreuses et ne semblent pas soutenir l'investissement de la féminité. Nous dirions même que le protocole présente plutôt de nombreuses références phalliques.

Les identifications sont quasiment indétectables si elle ne sont pas clairement exposées et recentrées narcissiquement sur l'organe touché, autrement, il n'y en a pas, exception faite de quelques éléments phalliques donnés en général à l'enquête. Le corps est bien loin d'être érotisé, au contraire, il est dangereux, parcellisé. Le protocole ne comprend aucune mise en relation.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Les planches 4 et 6 montrent une érotisation des relations dans un contexte œdipien. La mise en commun témoigne d'une séduction portée par le personnage masculin et de la dimension d'indifférence qui rabroue l'affect et la jouissance provoqués par l'objet couple.

La planche 5 présente une figure maternelle anxieuse dans un contexte de restriction.

La 7 présente un lien d'opposition entre la fille et la mère plus qu'une rivalité qui serait conflictualisée. La figure maternelle est primaire, rendue à celle de « nourrice », de « bonne », s'élaborant donc autour d'une relation par étayage des besoins. Pour la 9, la rivalité n'est pas évitée, elle s'inscrit dans un contexte œdipien autour d'un tiers permettant d'exprimer un fantasme voyeuriste. Au final, la rivalité n'est pas évitée, elle est prise en charge dans des contextes œdipiens qui peuvent être dramatisés. Les figures maternelle / féminine ne sont pas exclusivement perçues dans un registre unique négatif ou positif, elles sont investies dans des registres variés.

A la planche 11, malgré les éléments dangereux peuplant son monde régressif, Danielle peut l'évoquer sans en être désorganisée.

Nous ne retrouvons pas la représentation attendue « d'une maison sous la neige » pour la planche 19.

Temps de passation 20min.

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont.	Phén. Part
I. ^ TL=0	1-je vois l'anatomie au féminin avec les ovaires et l'utérus	Les ovaires (Dd36x2) tout le côté qui relie les ovaires et les ganglions (?) le rectum (Dd31)	G élab	F-	Anat sexuelle et vicérale	
TI=3s	2-tout malade, tout gris		G imp	C'F	Anat.	Clob
II. ^ TL=1 1s	1-là je vois une opération chirurgicale	(G)	G arbitraire	F-	scèn	Choc au rouge
TI=6s	Avec un scalpel bloqué et des tâches de sang un peu partout	Le scalpel bloqué (D4) tâches de sang réparties un peu partout (C) « et le gris c'est pas une couleur joyeuse »	D	kob FC position	Obj sang	Mouvement stoppé rmq couleur tendance clob
III. ^ TL=6 s	1- Alors là je vois deux personnages reliés à un papillon au milieu, assis.	Les têtes (Dd21)	G contaminé	K+po	H/A	Scotome du rouge 2 ban (personnages et papillon) mouvement stoppé
	2-Avec les lustres sur les côtés	Les lustres (D19)	D	F+	Obj	Isolation de détail

	3- ah non ! En fait ils sont dans un bar et là c'est une table avec des repose pieds.	La table (D3) les dessous de pied (D7)	G élab	K+po	H	Hésitation entre interprétations figement
IV ^ TL=0	1- là je vois une colonne vertébrale, là la tête, là les jambes... en fait c'est un monstre	Colonne vertébrale (Dd5) la tête mal formée (D3) les bras (D18) les pieds (D15)	D/G	FClob	Anat osseuse/ Hd/(H)	
V ^ TI=0	1- là on dirait un papillon avec de très grandes ailes	Le corps (Dd7) les ailes (Dd16)	G élab	F+	A	Ban
VI ^ TL=0	Là on dirait un papillon sorti de sa chrysalide qui est prêt à s'envoler	Ça, ça ressort (D3) là la queue (?) et le reste (D1)	G élab	Kan- t. progres sive	A/ scèn	persévératio n
VII ^ TL=7 s	Là on dirait un jeu de mains avec les doigts	Les doigts on dirait des pouces (Dd21)	G élab	kp	Hd	
VIII. ^ TL=0	1- c'est plus coloré ! (rires)					Choc couleur
	2- on dirait des lézards, des animaux plein... en haut un crapaud, en bleu des poissons, au milieu un papillon et en haut on dirait un crocodile.	Des crocodiles avec les pattes là (Dd31x2) des lézards ou caméléons (D18) les poissons (Dd33x2)	D	F+ NC	A	Ban Persévératio n « papillon »

IX.^ TL=7 s	Alors là je vois que des taches. Je vois rien du tout.	Je vois que des taches, c'est de l'abstrait	G	F+/-	Frag	Refus réf culturelle
X^ TL=6 s	Alors là y a plus de couleur, on dirait une explosion de sentiments de joies, avec le gris de la tristesse... une explosion de sentiments.	Tâche explosée le gris pour un brin de sentiment négatif (D7)	G	C' tend kob	abst	Choc couleur mouvement violent

Choix positifs :

X= parce qu'il y a plein de couleurs chaudes

III= ça montre l'image d'un couple, un bar, assis.

Choix négatifs :

I= la première parce que c'est la première, ce gris foncé, on dirait l'anatomie après tout ce qu'il s'est passé...

II= le scalpel coincé, le sang.

,

Planche 1:

Une histoire ?...j'ai l'impression que c'est un petit garçon devant une assiette et qui a l'air blasé parce qu'il aime pas ce qu'il y a dedans.

Procédés : L'introduction par une question (CI-1) signe l'inhibition. La précaution verbale (A3-1) qui s'en suit pour introduire l'immaturité fonctionnelle, participe à la construction du récit autour d'une fausse perception (E1-3 assiette). La portée défensive permet d'exprimer le manque d'affect effectif à travers la lassitude (CN-1++) vis à vis de l'objet dévalorisé (CN-2). Cependant la projection est si massive qu'elle entraîne une régression orale (E2-3) avec l'expression d'un affect d'amour nié.

Problématique :

Si la problématique d'impuissance entraîne dans un premier temps un émoussement des sensations et des émotions à travers ce qui ressemble à l'indifférence, celle-ci ne tient pas et l'affect de « non-amour » (pour ne pas parler de haine) tente de tenir à distance la jouissance qui se cache derrière l'objet et dont on peut se lasser.

Planche 2:

(5) hé bé c'est une famille là. J'ai l'impression que c'est la mère (désigne la femme enceinte) qui vient voir le père en lui demandant si tout va bien ou pas. La fille (désigne le personnage féminin au premier plan) écoute les réponses.

Procédés : Inhibition (CI-1) et précautions (A3-1) introduisent les liens entre les personnages (B1-1) sous forme d'une mise en tableau (CN-3) (c'est une famille). Puis chaque personnage est désigné spécifiquement par sa place dans la famille avec mise en dialogue (B1-1) qui donne à voir une agressivité latente (A2-4) contre investie par une banalité (tout va bien ou pas?) (CF-1).

Problématique : Si le récit se déroule au départ dans un contexte factuel ayant pour visée de réprimer toute représentation gênante, la fin de l'histoire laisse émerger le fantasme de la scène primitive qui s'exprime au travers de la demande de la mère émise au père en présence de la fille qui « écoute » les réponses. Néanmoins l'élan pulsionnel est abrasé par l'opérationnalisation du récit.

Planche 3BM:

Là c'est quelqu'un qui va pas bien qui est effondré, qui a appris une mauvaise nouvelle... Qui s'est mis dans une pièce où personne la verra pour se cacher.

Procédés : La posture signifiante d'affects (CN-3) permet d'exprimer grâce au corps ce qui ne peut être pris en charge psychiquement (mauvaise nouvelle), être endossé via l'identification à un personnage qui demeure dès lors anonymé (CI-2), ou encore s'exprimer au travers d'un conflit qui reste non précisé (CI-2). Le déroulement du récit s'organise autour d'un repli narcissique important (CN-1++) et la massivité de la projection (E2-3) se retrouve notamment par l'emploi du « la » (E3-1) qui exprime timidement l'identification à un personnage féminin.

Problématique : La nouvelle semble relever de la sidération et le corps prend la relève pour dire la souffrance et l'impensable. L'interprétation semble contaminée par la situation actuelle (annonce de

la maladie) et face à la détresse exprimée sous la forme d'un effondrement plus narcissique que dépressif car Danielle ne peut faire appel à un objet, elle « préfère » se replier pour se protéger du regard (inquisiteur ?) des autres.

Planche 4:

(5) J'ai l'impression que c'est un homme à femme et que la femme qui est avec lui est éprise de lui et lui il s'en moque, il regarde quelqu'un d'autre. Elle essaie d'attirer son attention.

Procédés : Précaution (A3-1) et anonymisation (CI-2) des personnages contribuent à désérotiser la relation qui, malgré l'affect d'amour situé du côté de la femme (B1-3) (éprise), n'émerge pas. La description très narcissique de l'homme « homme à femme » (CN-2), qui indique son potentiel de séduction mais aussi un mépris pour le sexe féminin (donjuanisme), a lieu au détriment de celle, plutôt dévalorisée, de la femme (CN-2 - « il s'en moque »). Les affects sont contradictoires (éprise/s'en moque, B2-3) et impliquent l'intervention d'un autre personnage (anonyme sexuellement, on ne sait pas s'il s'agit d'un homme ou d'une femme) dans l'image (B1-2). Une légère confusion des identités intervient en fin de récit concernant les deux femmes évoquées (E3-1) en plus de la labilité des identifications au niveau de l'ensemble des personnages (B3-3).

Problématique : La représentation de relation entraîne un mouvement dépressif de dévalorisation du personnage féminin face à un homme infidèle et méprisant. Aussi, la dimension de couple n'apparaît pas face à ce personnage masculin peu fiable. La relation est perçue dans un contexte œdipien avec introduction d'une tierce personne qui pourrait provoquer la séparation, pourtant celle-ci ne mobilise aucun affect ou aucune angoisse particulière. Si l'ambivalence est perceptible dans la relation elle s'exprime néanmoins à travers une certaine répression pulsionnelle. L'anonymat du tiers qui participe du conflit souligne la difficulté de reconnaître une possible rivalité féminine accompagnée d'un fantasme homosexuel sous-jacent.

Planche 5:

J'ai l'impression qu'elle cherche quelque chose, elle a entendu un bruit et elle cherche quelque chose (qu'est-ce qu'elle cherche ?) son fils. (pourquoi ?) je pense qu'elle a entendu un bruit.

Procédés : Le récit est caractérisé par sa restriction (CI-1 ; A3-1 ; CI-2++ conflit non précisé : cherche quelque chose + personnage anonyme). L'appui sur le sensoriel « bruit » l'emporte sur le manifeste (CN-4) et la prise de position subjective dans la tentative de renforcement, voir la construction d'une enveloppe corporelle, attestant d'une fragilité des limites dedans/dehors. Le fantasme de scène primitive peine à s'exprimer (enlèvement dans la perception et le remâchage A3-1) et c'est un fantasme de curiosité sexuelle associée à une figure maternelle anxieuse qui émerge à travers l'introduction du fils dans l'histoire (B1-2). La seconde question du clinicien entraîne un remâchage (A3-1) du sensoriel et une inhibition (CI-2) qui empêche le déploiement de l'histoire.

Problématique :

Les sollicitations latentes sont trop angoissantes pour être prises en charge psychiquement et se trouvent tamponnées par les références sensorielles. Le récit s'organise autour de ce bruit inquiétant dont on ne connaît au départ ni l'origine, ni la fonction. Cependant, encouragée par le clinicien, Danielle s'empare de cet étayage et laisse entrevoir furtivement le fantasme de curiosité sexuelle sous-jacent, aussitôt contre battu par la défense obsessionnelle (remâchage). Si la curiosité sexuelle est sous-jacente, nous nous situons néanmoins sur un versant plus archaïque de perte, très anxigène, bloquant la possibilité de déploiement de l'histoire.

Planche 6 GF:

(3) Là l'homme essaie de charmer la femme en lui disant des mots doux et elle est un peu surprise par ces propos et on dirait qu'elle s'en moque tout à fait.

Procédés : Les personnages sont introduits dans une relation timidement libidinalisée (B3-2), caractérisée par des affects contrastés (B2-3 : l'homme charme/la femme s'en moque) et l'expression d'un désir et d'une défense dans l'enchaînement de représentation (A2-4). La relation est contre investie par les affects de surprise et de mépris afin de se défendre de la séduction (B3-1) et d'éviter la représentation par un jeu d'aller-retour entre interne et externe CL-3 : elle est un peu surprise/on dirait qu'elle s'en moque.

Problématique : En écho à la planche 4, on retrouve l'homme séducteur (essaie de charmer la femme), cependant, ici, la femme se défend farouchement de cette séduction en la niant (s'en moque) et en refoulant la représentation excitante (un peu surprise). La dimension conflictuelle est activement évitée : en premier lieu, par l'indifférence et le retrait de la femme, en second lieu, par l'évitement de la représentation du couple même si le désir va dans le sens de cette représentation (désir /défense). D'ailleurs on retrouve la dimension d'indifférence (planche 1 et 4) qui rabroue l'affect et la jouissance provoqués par l'objet couple.

Planche 7GF:

Celle-là... on dirait une bonne et une fille, la nourrice. La bonne lui raconte une histoire mais la petite fille n'écoute pas, elle est dans ses pensées. (à quoi elle pense ?) Elle pense qu'elle n'écoute pas du tout la bonne, faire autre chose par exemple, jouer avec la poupée qu'elle a dans les bras.

Procédés : Les rôles des personnages anonymés (CI-2) (articles indéfinis : une, la) sont télescopés (E3-1). Le mouvement identificatoire dirigé vers la petite fille est si mobilisateur qu'il entraîne une inhibition (CI-1). La question du clinicien vise à approfondir la rêverie (A2-1 « dans ses pensées ») donnant ainsi accès à l'indocilité de la fille (maintenue dans une position passive à cause de son immaturité, elle ne peut « agir » en conséquence). La levée de la défense conduit à une émergence des processus primaires en fin de récit (trouble de la syntaxe, E4-1) qui nous renseigne sur une projection identificatoire associée à la porosité des limites (CL-1) compensée par un accrochage à l'objet manifeste poupée (A1-1) et une banalisation (CI-2).

Problématique :

Ici, le lien ne s'organise pas autour de la rivalité mais plutôt autour de l'opposition. Dans un contexte d'agressivité latente difficilement assumé (émergence en processus primaires en fin de récit), la petite fille refuse la transmission des valeurs féminines maternelles, et s'extirpe fantasmatiquement de la relation pour se (re)trouver dans le « jeu » à l'aide de la poupée. Le refuge dans le monde de l'enfance à travers le « jeu » et la « poupée », peut être compris comme une régression nécessaire face à la pression éducative. La figure maternelle est évoquée dans une dimension très primaire, elle reste au stade de « bonne » et nourricière. De ce fait la relation n'est pas secondarisée malgré la tentative d'individuation et de différenciation. De ce fait l'accès à la place de femme et de mère est entravé.

Planche 9 GF:

(6) on dirait quelqu'un qui espionne la maîtresse de son mari. La maîtresse court rapidement pour pas qu'on la voit. L'autre, cachée, regarde comment elle est habillée, si sa robe est défectueuse, elle

regarde ça avec attention. La maîtresse à l'air inquiète et la femme en colère.

Procédés : Après un temps de latence relativement long (CI-1) le personnage voyeuriste et agressif est rendu anonyme (CI-2) tandis que l'autre est identifié comme étant la maîtresse du mari. Bien que ce dernier soit présent en filigrane, l'accent est mis sur la relation entre ces deux femmes (B1-1) dont les passages identificatoires de l'une à l'autre (CM-2) indique que Danielle incarne les deux femmes à la fois. La relation prend source dans le regard et les descriptions (insistance sur les contours, CN-4 ; Détails narcissiques (B3-2++); rendu vivante à travers la représentation d'une action (entraîné de courir (B2-4)). Chaque personnage est porteur d'un affect fort et contrasté (B2-3) (B2-2) tempéré en début et en fin du récit par une précaution verbale (à l'air A3-1).

Problématique : La rivalité féminine se noue autour d'un tiers qui sépare et qui provoque les mouvements pulsionnel d'agressivité et de fuite. Dans ce contexte œdipien, l'homme est responsable, et fait tiers entre la maîtresse et la femme. La relation féminine s'inscrit dans un registre voyeuriste évoquant un fantasme homosexuel. Dès lors l'agressivité semble s'inscrire dans une relation sado-masochiste exclusivement féminine qui écarte toute nécessité d'un choix identificatoire. Le séparateur joue difficilement son rôle devant l'émergence de défenses narcissiques qui servent le mouvement pulsionnel homosexuel qui l'emporte sur la rivalité féminine. Le corps appréhendé au travers des détails narcissiques à valeur de séduction est érotisé et exprime le fantasme sous-jacent.

Planche 10:

Là c'est un homme et une femme qui expriment leur amour en se collant, l'homme embrasse sa compagne sur le front pour lui montrer qu'il la protège. Et elle le ressent.

Procédés : L'entrée directe dans l'expression et la description indiquent l'ambiance dramatisée de la scène (B2-1). La relation évoquée est d'abord spéculaire (CN-5) puis d'étayage (CM-1), elle s'inscrit dans deux représentations isolées (A3-4) permettant de tenir à distance un fantasme sexuel qui apparaît pourtant en transparence (B3-2). Les personnages anonymes (un homme, une femme CI-2++) et le refoulement de la représentation de couple (B3-1), sont sous-tendus par la posture significative d'affect (CN-3: expriment leur amour en se collant) et l'affect d'amour évoqué (B1-3).

Problématique :

Le récit se déroule dans un contexte dramatisé. Il convoque à la fois : l'amour d'un homme et d'une femme, signifié par une posture inopportune pour exprimer cet affect ; et le réconfort d'un personnage paternel protecteur. Ces représentations contrastées instaure une ambiance magmatique et incestueuse dans laquelle la relation homme/ femme n'est pas clairement identifiée et la bienveillance paternelle agit comme un buvard pour éponger les débords sexuels.

Planche 11:

On dirait une chute d'eau à côté de rochers. Là il y a des animaux qui essaient de traverser un pont, ils essaient difficilement car il y a beaucoup de vent et l'eau éclate de partout.

Procédés : La description s'accroche aux détails (A1-1), puis l'introduction d'animaux permet d'émettre une action (B2-4) qui figure une situation angoissante mettant à l'épreuve les limites (CL-2 ; appui sur le sensoriel) et dont l'issue n'est pas évoquée à la fin du récit de la planche (CI-2). Celle-ci se termine par une craquée verbale (E4-1)

Problématique : Danielle est ici plongée dans un univers angoissant introduisant des éléments dangereux et non maîtrisables. La régression est possible mais le monde interne ne semble pas suffisant pour parer les attaques (vent, eau qui éclate). Le discours s'arrête sur un glissement vers les processus primaires, l'inhibition permettant probablement de maîtriser les débordements pulsionnels.

Planche 12BG:

(4) ça a l'air d'être le printemps avec les bourgeons, il a plu donc l'herbe a poussé, il y a une barque qui attend que quelqu'un vienne.

Procédés : Les précisions temporelles (A1-2), l'attachement aux détails (A1-1) ainsi que la mise en avant des perceptions sensorielles (CL-2) créent une ambiance rassurante renforcée par l'introduction d'un personnage (B1-2) qui demeure toutefois anonyme (CI-2). L'interprétation globale de la planche reste très factuelle (CF-1).

Problématique : Le support sensoriel (ambiance printanière et mouvements de la nature) est utilisé pour pallier la paralysie imaginaire causée par l'attente. Les descriptions jouent leur rôle anti-dépressif et la tentative de renforcement perceptif des objets internes devant la solitude bloque la construction d'un récit dans l'imaginaire. L'humanisation inappropriée de l'objet barque indique des angoisses abandonniques palliées par la création d'un lien et l'introduction d'une dimension objectale.

Planche 13B:

(6) là c'est un enfant seul... (5) qui se demande où sont passés tous les gens. Comme si il y avait eu quelque chose qui avait tout emporté jusqu'à ses chaussures. Il est pied nu. Il est pas triste, il réfléchit.

Procédés : (CI-1) Le temps de latence long qui précède à la réponse « un enfant seul » de même que l'arrêt dans le discours (CI-3), atteste l'impact anxiogène des sollicitations latentes de la planche et débouche sur une interrogation intra-personnelle (A2-4). Le récit se construit autour d'un mystère étrange (E2-2) organisé autour de l'action d'un mauvais objet (E2-3) qui aboutit défensivement à une perception détaillée (A1-1). L'impossibilité d'admettre l'affect de tristesse se traduit par une dénégation finale (A2-3).

Problématique :

La confrontation à la solitude ravive une angoisse à tonalité persécutive (E2-2) et un mouvement pulsionnel agressif qui ne peuvent être apaisés par un renfort des figures parentales (absentes) ni être contre investies par la référence au monde interne (questionnements sans réponse). Le fantasme d'abandon est présent en filigrane laissant l'enfant nu sans protection. L'affect de tristesse et la dimension dépressive qui se dessinent ne sont ni identifiés, ni reconnus, ils sont plutôt balayés par une inquiétude diffuse.

Planche 13MF:

Là c'est deux amants qui ont eu un rapport sexuel et lui qui regrette d'avoir fait... d'avoir eu un rapport et là il s'est vite habillé pour rejoindre sa femme, pour partir, et elle, elle est satisfaite de ce qu'elle a eu.

Procédés : La relation au départ de nature spéculaire (CN-5 : deux amants) est évoquée de manière plus érotique (rapport : B1-1) qu'érotisée (B3-2) puis se trouve annulée (A3-2. A2-4 aller-retour entre désir et défense). Le conflit intrapersonnel (A2-4) qui caractérise l'homme est porté par l'évocation du mauvais objet (E2-2) représenté par l'amante et l'introduction d'un troisième personnage (épouse, B1-2). L'hyperinstabilité des identifications (CM-2) sous-tend une exclusivité identificatoire féminine.

Problématique : La spécularité de la relation et sa dimension érotique évoquée au début du récit se déploient dans un premier temps en dehors de la différenciation des sexes. L'interdit outrepassé ici dans cette représentation inconcevable (s'agit-il de la peur d'entacher la relation maritale ou du fantasme homosexuel sous-jacent?) entraîne une culpabilité qui fini par s'inscrire dans une dimension œdipienne. L'interdit surmoïque est fort, sous-tendu par une angoisse de castration portée par la figure masculine. Le conflit intra-personnel de l'homme sous une forme ambivalente (agir> amante > mauvais objet/regret> épouse > bon objet) prend source dans une sexualité à trois.

Planche 19:

On dirait un train qui va dans l'au-delà, qui perce à travers des nuages noir et blanc. Y a quelqu'un qui l'espionne, qui le regarde, quelqu'un de noir, mauvais, derrière une tache blanche qui le protège.... comme si c'était des ailes.

Procédés : La représentation de l'action d'un train (fausse perception E1-3) qui marche (B2-4) et « perce » les nuages indique une instabilité des limites (CL-2). L'introduction d'un pennage (B1-2) mauvais (E2-2) et la persévération du thème du regard persécuteur (espionner E2-1) indiquent la massivité de la projection lorsque les capacités d'imagination sont sollicitées (E2-1, inadéquation du thème au stimulus). La précision spatiale (A1-2) et l'attachement au détail rare (E1-2ailes) à pour effet d'annuler la perception angoissante (A3-2).

Problématique : la problématique réactivée semble persécutive plus que dépressive et les limites se jouent entre bon et mauvais avec un accrochage au corps et aux limites sensorielles. Les frontières apparaissent ici comme étant perméables (action du train, percée de l'enveloppe), une menace plane mais l'influence du regard persécuteur est limitée par une protection céleste (des ailes). L'entremêlement bon/mauvais objet (nuages noirs/blancs) semble figurer une lutte entre pulsions de vie et de mort (au-delà)

Planche 16:

Le trouble. Le blanc. Léger. Quelque chose qui s'évapore.

Procédés : L'entrée direct et dramatisée (B2-1) Les associations courtes (E4-3) s'organisent autour du manifeste blanc (CF-1) et du sensoriel (CN-4).

Problématique :

Les capacités d'intériorisation sont peu effectives, la référence au monde interne n'est pas de mise et les divers recours au sensoriel et au mouvement attestent la porosité des limites. Le flou et l'indétermination (quelque chose), s'ils visent à éviter la confrontation à l'angoisse renvoient paradoxalement à celle-ci.

Doris,

« Le mot cancer c'est... ça vous.... partout quoi! Ça vous passe partout! »

« Après la consultation, le docteur m'a redonné confiance en me disant exactement ce que c'était, que c'était le cancer de l'utérus, que le col n'était pas atteint, mais l'utérus par lui-même. Moi, je n'ai pas le col touché, c'est-à-dire, bon, le col après, ça va un petit peu partout... ».

« On m'a dit que c'était bien l'utérus, que c'était bien localisé donc, on ne peut pas dire que ça m'a réconfortée, mais ça m'a donné plus confiance [...]. Que là, ce que les médecins m'ont expliqué c'est que c'était comme une carapace. Enfin, il peut y avoir des métastases, mais ça ne se reprend pas aussi rapidement que si il y a d'autres organes touchés ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Doris est une femme mariée d'environ soixante ans. Elle a depuis longtemps un fibrome qui impose un suivi de quatre rendez-vous par an avec son gynécologue. Suite à des saignements, le gynécologue a découvert une autre « grosseur ». Elle fait une biopsie puis demande un autre avis dans un institut spécialisé dans le cancer. En réaction à l'annonce du cancer, elle tente de faire accélérer la prise en charge car l'attente lui est insupportable. Au moment de notre rencontre, elle est hospitalisée pour une hystérectomie par cœlioscopie.

Lors de notre seconde rencontre, Doris m'apprend qu'elle a dû avoir de la radiothérapie suite à l'opération. Elle aura, au final, une séance de curiethérapie qui clôturera ses traitements.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Lorsque j'arrive dans le service d'hospitalisation pour présenter l'étude à Doris, les infirmières m'accueillent avec soulagement car elle est en pleurs dans sa chambre et rien ne peut la calmer. Elle accepte l'étude qu'elle entrevoit comme une possibilité dans sa quête de réconfort. Elle est extrêmement inquiète, agitée. Elle pleure beaucoup. Elle est aussi très régressive, elle réclame un étayage constant, une réassurance, elle me pose des questions, s'assure qu'elle a bien compris, doute... Elle est tellement alarmante dans la description de sa situation actuelle que j'en viens à m'interroger sur le pronostic que les médecins lui ont annoncé.

Doris se déprécie beaucoup, surtout concernant sa réaction face à l'épreuve de maladie. Elle pense qu'elle a moins de courage que d'autres, qu'elle est plus vulnérable.

L'entretien est très difficile car, malgré l'accueil encourageant qu'elle fait à ma démarche, elle ne dit pas grand chose. Elle a finalement beaucoup de mal à parler de son expérience et elle le reconnaît.

Elle se sent changée mais n'est pas en mesure d'élaborer quoi que ce soit à ce propos. L'idée de ce changement lui est insoutenable. Ses pensées sont envahies par l'annonce et par l'opération.

L'exercice de l'entretien est complexe : elle n'associe quasiment pas, ne se saisit pas de mes relances, répond souvent par oui ou non, fait des phrases très courtes et ne les finit pas, prise de fading.

La seconde rencontre se déroule dans une salle de consultation. Doris est toujours très émotive, sa voix tremble, elle semble au bord des larmes.

Je suis étonnée de ressentir peu de différences entre le second entretien et le troisième, à tel point que je me sens obligée de vérifier qu'il n'y a pas eu d'erreur et que trois mois se sont bien écoulés. Mais cela fait bien trois mois que nous nous sommes vues et Doris me donne l'impression que le temps s'est arrêté. Par cet immobilisme, je me rends également compte que les patientes changent rapidement de morphologie au fil de leurs prises en charge. Leur apparence n'est jamais identique d'un rendez-vous à l'autre. Doris, elle, n'a pas subi ce phénomène, elle est identique à notre première rencontre, et notre entretien l'est aussi en quelque sorte.

Nos analyses nous orientent vers un fonctionnement limite de la patiente.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Le mot cancer est un élément d'angoisse qu'elle ne peut prononcer sans penser « au décès », nous dit-elle, sans que ce décès puisse être associé à quelqu'un . Elle exprime parfaitement des angoisses de mort. Elle associe le cancer à la vieillesse et à la retraite avec un sentiment d'injustice et l'amertume que ce cancer se déclare au moment de la retraite : « après le travail, la maladie ».

Doris pense déjà aux métastases. Elle a peur que le chirurgien en trouve lors de l'opération.

C'est lorsque j'aborde le sujet de son couple que Doris s'effondre. Tout son être est emporté, elle a du mal à retrouver une pensée et elle pleure à gros sanglots. Lorsque je lui demande si elle sait ce qui la met dans cet état elle répond simplement : « la peur » . L'angoisse est extrême, sans nom. La seule manière que nous avons de saisir un tout petit peu ce qui se passe est le fait que la crise survient dès que nous abordons le sujet de son mari.

Il semble que ce soit l'objet d'amour qui réactualise l'angoisse, pourtant nous doutons qu'il s'agisse d'une angoisse de perdre l'amour de l'objet, il semble plutôt que ce soit sa propre mort qui soit soudain représentée lorsqu'apparaît la figure d'un autre narcissiquement investi. Doris se projette dans son mari. Celui-ci ne parle pas et n'exprime pas d'émotion, elle le décrit comme un miroir d'elle-même et, en tant qu'objet miroir, elle s'y projette. Il n'est « pas gai », il est « triste », il est « inquiet », voilà tout ce que peut voir Doris rien qu'en regardant son mari, sans en passer par les mots.

Aux prises d'une relation narcissique avec son mari sur laquelle elle déploie une identification projective, Doris finit par me dire qu'elle ne comprend pas complètement son attitude très attentive à son égard qui finit par la rendre suspicieuse : « je ne saurais pas vous dire pourquoi il fait, bon, il a toujours été attentif et pourquoi il est encore plus attentif, voilà c'est ça. Oui. Donc vous vous dites, bon, est-ce qu'il sait autre chose que je ne sais pas (silence+) ».

Elle n'imagine la mort qu'à travers les yeux de son mari, elle se projette et peut reconnaître cette angoisse chez lui comme si il savait quelque chose qu'elle ne peut savoir. La projection revient ici à imaginer sa propre mort vécue par l'autre objet d'amour.

Au TAT :

Planche 1:

Bah, un enfant rêveur qui pense à la musique je pense... enfin je.... Bah oui, je vois le violon je pense à ça.

Procédés : Le recours au rêve (A2-1) et l'abord de la planche en intra-personnel (A2-4) échoue suite à une porosité des limites (CL1) qui fait vaciller la pensée. Le doute (A3-1) surgit et nécessite un recours au percept (CL2). L'hétérogénéité du fonctionnement (CL3) apparaît dans un registre narcissique (CN1).

Problématique: malgré la tentative d'investissement de la réalité interne, l'angoisse se manifeste, affectant la possibilité de mise en relation avec l'objet. Les procédés limites témoignent d'une faible épaisseur fantasmatique qui réunit sur un même plan psychique la perception et la pensée (je vois, je pense).

La précarité des mécanismes d'intériorisation, qui atteste d'une difficulté à intégrer la perte, provoque une déliaison qui sépare les représentations et fait émerger l'agressivité en réponse à l'angoisse.

Les planches « couple » nous en disent long sur l'angoisse de perte de Doris. L'ambivalence est désorganisatrice et traitée par un recours important à un procédé antidépresseur CM2.

Planche 4:

(11) ça me fait penser à un couple mais dont la femme s'accroche... enfin comment dire... essaie de... de retenir un petit peu l'attention de l'homme, qu'il ne détourne pas son visage car son regard semble éloigné d'elle,... elle semble s'accrocher à lui, enfin, lui semble s'éloigner... elle fait en sorte d'attirer son attention mais il détourne son regard.

Procédés: Encore une fois, le temps de latence est long et on retrouve des silences intra-récit (CI-1). Les nombreux procédés A3-1 rendent le discours difficile d'accès dans sa continuité. Les personnages sont identifiés comme un couple portant des désirs contradictoires (B2-3). La potentialité de l'issue par la rupture à l'ambivalence entraîne l'insistance sur le percept et le sensoriel par l'investissement du regard de l'homme et de « l'accrochage » de la femme, de façon très projective (CL-2). Au final, les allers-retours entre les deux personnages témoignent d'une hyperinstabilité des identifications (CM2).

Problématique: Le récit est aconflictuel, sidéré par l'ambivalence et la potentialité de rupture. L'angoisse de séparation est traitée par un procédé antidépressif et le recours à l'importance du percept dans le sens premier du terme c'est-à-dire le regard.

D'ailleurs, pour la 6, le mouvement fusionnel fait fi de toute différence, sexe et génération, pour ne présenter, dans un premier temps, qu'une entité dont le « un » propre à l'unification entraîne l'annihilation des mouvements propres à la relation. La tentative de différenciation échoue dans une relation spéculaire d'étayage. La façon de procéder de Doris nous rappelle le mythe de Platon au sujet de l'amour. Le « un » qui unit les sexes dans l'amour jusqu'à la confusion est au-delà du spéculaire et de l'étayage. L'arrache en deux parties que tente d'effectuer Doris, d'abord est coûteuse pour elle, et puis ne peut qu'échouer à l'étape suivante de la différenciation qui est celle du choix d'objet par étayage dans une relation spéculaire, qui reconnaît timidement la différence des sexes, et surtout cherche toujours à retrouver l'autre pour fusionner à nouveau. La preuve supplémentaire en est de la planche 10 qui, après avoir proposé la représentation englobante de « l'amour », régresse par dénégarion du courant sensuel au courant tendre plus primaire. « L'affect convoque les personnages dans une relation hétérosexuelle. Il s'ensuit une dénégarion (A2-3) qui supprime la charge sexuelle pour la remplacer par un investissement tendre (B2-3) ».

Toute sollicitation renvoyant à la perte : solitude, abandon, étayage maternel, rapprocher œdipien, sont des problématiques qui sont très fortement évitées, entraînant des défenses importantes qui permettent de nier les sollicitations latentes en mettant en avant une image idéalement heureuse sans conflitualisation. Le TAT montre de solides défenses évitantes qui font fi de toute situation de conflit en les contre-investissant au contraire dans une démesure idéalisée.

La planche 13MF corrobore encore une fois cette hypothèse, faisant émerger la massivité de la problématique dépressive dans la projection elle-même :

Planche 13MF:

(10) Je ne sais pas. Ça me fait penser à quoi ? (8) Je ne sais pas, ça me fait penser à une femme seule qui me semble triste. Cet homme me fait penser, je ne sais pas... Un homme qui rentre tard, non, je ne sais pas trop.

Procédés: Cette planche est sous la coupe de l'inhibition (CI-1). La thématique dépressive est massive, entraînant une inadéquation (E2-1) avec une tendance première au scotome du personnage masculin (tendance E1-1). Finalement les représentations sont isolées (A3-4) et l'interprétation au sujet de l'homme entraîne un découragement narcissique (CN1). La tentative qui s'en suit d'un recours factuel (CF-1) échoue dans un refus (CI-1).

Problématique: Devant la massivité de la projection, le rapprochement des personnages ne peut advenir et les représentations ne peuvent se lier, montrant des capacités d'historisation défailantes. Encore une fois les sollicitations sexuelles et agressives sont soigneusement évitées, il ressort à la place une thématique dépressive liée à la solitude.

La régression de la planche 11 révèle un fantasme de dévoration générateur d'une grande angoisse qui semble traitée par l'émergence de défenses primaires comme la dissociation de l'affect :

Planche 11:

(4) C'est particulier ça. Ces insectes... ça me paraît... non c'est pas des insectes... pour moi une cascade et un insecte... enfin pas un insecte, comment on pourrait dire, une petit bête poursuivie par un autre insecte plus grand, enfin, ça me paraît triste.

Procédés: La planche est introduite par la restriction (CI-1) et un commentaire à propos du matériel qui signe l'inquiétude (B2-1). La fausse perception (E1-3) d'insectes est remâchée (A3-1) puis annulée (A3-2), enfin la tentative d'accrochage au percept échoue (A1-1) dans sa fonction de maîtrise d'une perception qui, finalement s'impose (E2-1). Doute, hésitation, annulation (A3-1). Enfin un conflit émerge dans une action de poursuite (B2-4) mais l'instabilité des objets (E3-2) atteste des difficultés à contenir un fantasme sadique porté par l'action. L'élaboration échoue de façon brutale entraînant l'expression d'un affect dépressif (B1-3/CN-1), dans une logique personnelle (E3-3), proche d'un symbolisme hermétique (E2-1).

Problématique: Les objets internes sont insécures, proche de la persécution, en tout cas à la fois effrayants et tristes. La régression est extrêmement désorganisée. Le recours au monde animalier ne joue pas son rôle rassurant puisque le choix de la perception d'insectes est relativement effrayante. L'émergence d'un fantasme sadomasochiste mettant en scène des « bêtes » petites et grosses, dont il lui est impossible de préciser plus avant la forme, se joue dans une poursuite dont l'issue impossible à élaborer est probablement la dévoration et la mort. L'affect est délié de sa représentation et semble presque inadéquat face à la description d'un monde effrayant et dangereux qui solliciterait plutôt des affects de peur.

Ce dérapage primaire ne signe pas l'émergence d'un fonctionnement psychotique dans la fin de la passation. Au contraire, il est le déclencheur d'un renforcement défensif qui utilise l'idéalisation (CN2) forcée pour nier l'impact négatif des planches qui aura cours jusqu'à la fin du protocole.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

C'est la sexualité qui alerte Doris de douleurs anormales suivies de saignements. Celle-ci est immédiatement désinvestie : « Ben, c'est-à-dire, les symptômes. Pour les rapports, j'avais comme des douleurs, si vous voulez (silence+). Et puis, bon j'ai eu ces saignements. Alors ça a commencé par ces saignements et puis après bon, c'est sûr que quand vous avez des saignements, vous n'avez pas envie d'avoir des rapports ».

Nous traitons la planche 7 au TAT dans la thématique du corps car l'interprétation révèle des difficultés patentes avec le rapprocher corporel dans la relation mère fille allant jusqu'à une désorganisation des repères identitaires. De plus, la solution adoptée, bien que non dégagée des processus primaires, convoque le corps par la sensation pour tenter de mettre en place un espace (transitionnel) pour, à défaut de penser, ressentir, évoquant là une quête régressive importante tout à fait corrélative de l'hypothèse de la dépression.

Planche 7GF:

(7) Là, la mère ou la grand, ou la mère et... je ne sais pas non, mère et fille, enfin, très proches, très... (4) oui c'est... la grand -mère qui fait la lecture à sa petite fille qui doit avoir un petit chat sur les genoux. C'est doux.

Procédés: Après un temps de latence (CI-1), le récit débute sur l'hésitation au sujet du personnage féminin le plus âgé (A3-1), finalement une première interprétation est donnée centrée sur la relation mère fille (B1-1) mais le récit s'enlise autour de la proximité des personnages (CL-1), débouchant sur une instabilité des objets (E3-2). Malgré la possibilité d'une description du contenu manifeste, le rapprocher trop excitant fait émerger un une fausse perception (E1-3) assortie d'une perception sensorielle (E1-3).

Problématique: La relation mère / fille désorganise les identifications. Les places de mère et de grand-mère sont ici confuses et la proximité avec la génération suivante, « la fille », trouble la perception. Le déplacement sur l'objet chat et la perception de douceur permet de se dégager de la relation. Nous pensons à un déplacement de l'investissement de l'objet maternel vers un objet de substitution évoquant une quête régressive intense vers la douceur.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Lorsque je demande ce que le cancer a bouleversé dans sa vie, Doris se met à se décrire comme quelqu'un de « secret » qui n'aime pas parler d'elle-même. Transférentiellement je me sens soudain très intrusive. Elle décrit comment les autres femmes dans son travail parlent d'elles-même, se racontent : « Comme toutes ces jeunes, bon maintenant, elles racontent leur vie. Moi ça m'a toujours choquée si vous voulez [...] Tout les problèmes, enfin. [...] Je ne sais pas. Moi, ça m'a toujours choquée. Moi j'ai toujours été, j'ai toujours tout gardé pour moi. C'est pas mieux d'ailleurs je pense. (silence+) Enfin, c'est mon caractère. » C'est sans doute cela que le cancer vient bouleverser pour Doris, il effracte son intimité, l'obligeant à montrer

quelque chose de son intériorité qu'elle voudrait cacher, que d'habitude elle cache. Comme si ce cancer était honteux. D'ailleurs, elle me livre rapidement sa crainte des métastases, donc de la contagion, d'un intérieur infecté.

La planche 2 du TAT fait état d'une image féminine négative qui surveille et domine :

Planche 2:

(10) Elle me semble toujours rêveuse cette jeune femme avec les livres. (9) Et cette autre femme semble surveiller, enfin je ne sais pas, oui surveiller, vu son attitude, la personne qui travaille dans les champs.

Procédés : Temps de latence long et silence intra-récit (CI-1) accompagné de doutes et de précautions (A3-1). L'introduction par le rêve (A2-1) est une persévération de la planche précédente (E2-1) entraînant une désorganisation temporelle avec l'emploi de « toujours » (E3-3). Le personnage féminin est désigné par un détail manifeste (A1-1) et isolé des deux autres (A3-4). L'intérêt porté ensuite au second personnage féminin enceinte (CI2) après un temps intra-récit long déclenche l'évocation d'un mauvais objet (E2-2). Le remâchage (A3-1) conduisant à la perception d'une attitude arbitraire (E2-2) se résout dans la mise en relation (B1-1) avec le personnage masculin, ici anonymé sexuellement (CI2), désigné par son action et sa position spatiale (A1-2). La relation s'installe autour d'un fantasme sadomasochiste (surveiller / travailler / torturer). Hétérogénéité des modes de fonction entre inter et perceptif (CL3)

Problématique: La triangulation est barrée par la mise en place de procédés rigides servant à isoler la fille. Face à la représentation d'un couple, la relation s'installe autour d'un fantasme sadomasochiste (surveiller / travailler / torturer). La représentation féminine / maternelle est celle du contrôle de l'autre, de la surveillance, induisant un manque de confiance pour on ne sait quelle raison puisque le conflit ne s'élabore pas.

Il nous semble percevoir un fantasme sadomasochiste sous-jacent à cette configuration qui reprend la relation anonyme, même sexuellement, de la femme qui « surveille » avec « la personne » qui « travaille ». Notons, pour notre réflexion, que l'étymologie latine du terme travailler est « instrument de torture ». C'est le personnage maternel / féminin qui est mis dans la position d'agir son sadisme (surveiller/punir).

Mis à part le fantasme de dévoration qui apparaît à la planche sollicitant une imago maternelle archaïque, il n'y aura aucune autre représentation féminine de cet acabit.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Doris démarre notre entretien sur les chapeaux de roues, elle entre directement dans le vif du sujet. Peu importe le thème de la recherche, je suis psychologue et cela suffit à Doris. Elle commence par l'annonce, apeurée, imprécise, fragile, la voix tremblante. Elle me retrace son parcours thérapeutique jusqu'à son hospitalisation d'aujourd'hui. L'annonce représente pour elle une suspension traumatique du temps. Depuis qu'elle sait, elle ne vit plus, elle a des pertes de mémoire, une confusion temporelle, elle fait des cauchemars, elle pleure tout le temps, elle n'arrive plus à

penser, bref elle présente une symptomatologie traumatique. « Ah ben écoutez, je rêve de médecins, d'opérations, de souffrir, de ça, de... Je fais des cauchemars. Alors que, bon, ce n'est pas mon tempérament, hein. Enfin bon, je ne fais pas de cauchemars d'habitude mais alors il y a des nuits, des soirs je m'endors, je m'endors très très bien. Par exemple, avant-hier je suis, je n'y ai pas pensé. Mais alors hier soir, puis ça change ».

Elle a en tête le souvenir d'une collègue qui lui a raconté son expérience des traitements pour un cancer du sein qui, apparemment, la hante et lui fait peur. Le souvenir d'autres personnes décédées du cancer refait également surface, envahissant sa pensée : « Non, puis ça me fait penser, bon, à des personnes qui sont décédées de mon âge que je connaissais, si vous voulez, très bien. Puis, du jour au lendemain, alors, je ne sais pas si plus jeune j'aurais eu (silence+), j'aurais eu cette crainte, bon. Je l'aurais eu peut-être le cancer, mais j'aurais peut-être moins pensé. Tandis qu'arrivée à mon âge, toutes ces personnes qui sont parties comme moi à la retraite depuis, trois quatre ans. Vous vous dites, bon, (silence+) vous travaillez, vous arrivez à la retraite, vous vous prenez ça, c'est fini quoi. La vie c'est fini (silence+) ».

Elle pense que l'annonce l'a complètement transformée mais ne peut pas dire comment ni pourquoi.

« Quelqu'un qui est toujours, qui a toujours quelque chose, qui est tout le temps malade, toujours. Peut-être qu'il attend d'avantage qu'une personne qui est en bonne santé si on veut. »

L'ensemble du protocole de TAT témoigne des difficultés symboliques de Doris qui confond les registres perceptif et projectif. L'emploi massif des procédés CI indique la faible épaisseur du préconscient qui rend le fonctionnement perméable aux processus primaires et montre la sensibilité de Doris aux stimuli externes, quasiment directement effractée, elle présente un manque flagrant de pare-excitant. De ce fait, Doris laisse régulièrement transparaître une agressivité paradoxalement couplée à une fragilité émotionnelle dépressive qui se manifeste par une voix tremblante, les larmes aux yeux, une recherche d'approbation, l'association des deux états rendant son attitude parfois discordante et transférentiellement difficile à cerner. Le clinicien ne peut pas vraiment savoir s'il elle est excédée ou étayée.

L'entièreté du protocole se déroule dans une grande passivité de l'action, non pas par figement pulsionnel (CN3), mais par un fort mouvement de restriction apparenté à un retrait dépressif et caractérisé par l'absence de verbe.

Pourtant, l'analyse du mouvement montre aux planches 5, 9, 11 et 16, l'érotisation d'une action (B2-4) malgré la restriction qui l'accompagne. Celle-ci émerge lorsqu'une figure maternelle est convoquée dans une proximité corporelle suffisamment éloignée pour ne pas entraîner de glissement (cf. 7). Alors, l'investissement du corps sert à minima à extérioriser un sadisme (« poursuivre ») ou encore une fuite : « partir vers quelque chose » (9).

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

La pensée de Doris va très vite. Malgré leur manque d'épaisseur fantasmatique, les idées s'enchaînent avec agitation autour d'une angoisse intense qui accompagne encore sa situation. Elle ne peut se dégager de cette rencontre traumatique avec la maladie. Elle remâche l'événement sans pouvoir y donner un sens, sans pouvoir mettre en place un travail de la maladie. Alors la question étiologique reste en suspend, « je me demande comment... comment j'ai pu avoir ça! », entraînant une compulsion de représentations jamais satisfaisante.

Il persiste aussi un doute sur quelque chose qu'elle ne pourra jamais vérifier par elle-même, sur son intégrité intérieure qui se manifeste par une impossibilité de croire complètement l'autre au sujet de la maladie : « je pense qu'on est bien soigné quand même, finalement ça ne me plaît pas de venir mais j'ai plus confiance, je ne regrette pas d'être venue ici plutôt que d'être restée à X, j'aurais peut-être eu un doute... alors qu'ici je ne l'ai pas... enfin si je l'ai un peu! C'est vrai qu'il y a toujours une angoisse, vous vous dites, bon, ça réussit, et si... à nouveau... se mettre ailleurs... est-ce que le traitement...? Bah, est-ce que le traitement est efficace ? »

Au Rorschach, l'indice d'angoisse est supérieur à 12%, attestant une anxiété importante concernant le vécu corporel. La seule réponse anatomique, « appareil génital », maintient une indifférenciation entre les organes génitaux qui composent cet « appareil » (le terme choisi renvoyant au fonctionnel, n'est pas anodin), attestant de la confusion qui règne sur la représentation de l'intérieur génital et permettant de maintenir une cohésion corporelle de cette zone devant la diffusion de l'angoisse. La réponse projective donnée à la dernière planche pastel après deux refus aux planches pâles précédentes, signe une menace imminente d'effraction dans la séparation d'avec le test ainsi que la résonance, particulièrement forte, d'un vécu actuel qui peine à être pensé et élaboré mais qui, néanmoins, émerge timidement. La perception de la planche VIII, première planche pastel renvoyant à l'angoisse devant l'étranger, s'ensuit d'une sidération (temps de latence long), qui ne permet pas une reprise de la mobilité psychique (refus). Nous mettons cette réaction en lien avec l'interprétation de la planche IV, sous-tendue par un fantasme de pénétration, et ce que nous percevons de l'effraction provoquée par la rencontre projective. L'effraction est synonyme de pénétration pour Doris et celle-ci est dangereuse. Nous percevons là la double effraction psychique et corporelle ; la première dans la somme d'excitation ingérable par la psyché capable de faire vaciller les limites, la seconde dans l'attribut phallique démesuré, capable, dans le registre fantasmatique, de disloquer le corps féminin.

Au regard d'un indice d'angoisse élevé, de la caractéristique opératoire de la production, de la présence de défenses archaïques (projection, déni, répression affective) et de l'exclusivité des modes d'appréhension globaux qui signent un refus de la passivité (limites poreuses et peu établies), en raison d'une forte demande d'étayage lors de la passation et de l'abrasion de toute pulsion (pas d'érotisme, pas de représentation de relations etc.), nos premières observations s'orientent vers une angoisse de morcellement. Si en effet, le traitement des angoisses fait appel à un ensemble de mécanismes primaires, il me semble que la régression importante imposée par le Rorschach est responsable de l'émergence de ces potentialités psychotiques. De même, le désert pulsionnel qui fait rage dans ce protocole est à nuancer par l'entretien qui montre qu'un investissement libidinal a eu lieu avant la maladie et que le retrait des investissements pulsionnels dans une dimension dépressive est un mouvement concomitant de l'annonce du cancer.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Suivant le chemin libidinal tracé par l'investissement progressif d'une géographie du corps, l'érotisme reprend petit à petit ses droits sur une place désertifiée. Malgré sa pudeur pour le dire, que je ne brusquerai pas tant Doris a besoin de cette part secrète sur laquelle elle a planté le décor de notre relation (voir T1), la tendresse est en train de revenir, « une autre envie », plutôt que le vide sensoriel auquel elle était confronté. Ce lien qu'elle renoue avec ses sensations et éprouvés du corps la conforte sur l'évolution favorable d'un « retour à la normale ».

Au Rorschach, tout mouvement libidinal est gelé, aucune réponse couleur n'est relevée, l'angoisse est telle qu'elle paralyse la capacité d'associer. Par ailleurs, perception et projection se confondent, et le brouillage des frontières entre réalité et fantasme semble submerger la patiente.

La régression se révèle impossible, notamment aux planches pastel qui la sollicitent et favorisent l'advenue de l'affect. Doris ne passe que peu de temps à analyser les planches, elle en élude le contenu latent tant elles semblent génératrices d'angoisse. La patiente est comme happée par l'actuel de la passation sans pouvoir accéder à la secondarisation (symbolisation et élaboration), ni pouvoir se référer à son intériorité.

Pas d'estompage, pas de couleur, aucune référence à la sensorialité (TRI coarté). Doris demeure en difficulté pour investir la dimension sensorielle, notamment au travers des représentations de relations (non perçues aux planches II, III, VII et VIII).

Elle présente des difficultés à percevoir la symétrie des planches (cf. épreuve des choix : « c'est à peu près symétrique même si le reste aussi, la légèreté ») et propose un découpage horizontal de la VII, ne se

projetant que dans la partie inférieure. De plus, malgré la quasi exclusivité de ses réponses globales, elle montre une capacité à supprimer de sa perception un élément manifeste de la planche à l'enquête : « ça, ça n'existe pas » ou encore à projeter une image altérée du corps : « dépecé », nous mettant sur la voie de ses difficultés à projeter une image corporelle unitaire ou intègre.

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Doris propose une ébauche d'un travail de la maladie. L'événement ne prend pas sens mais s'inscrit dans une pensée transgénérationnelle et le fantasme d'une cause génétique qui mettrait la lignée des femmes en jeu, émerge timidement : « je pense justement que c'est peut-être génétique justement... Je ne sais pas, je ne sais pas du tout... Non, justement je suis la première. (silence) Toutes les personnes du côté maternel, ma mère... elle a de nombreuses cousines germaines et qui ont toutes été, on leur a toutes enlevé l'utérus... la totale comme on disait autrefois, mais aucune si vous voulez n'a eu de cancer, ou alors c'était peut-être cancéreux, mais bon... mais ça n'a pas été décelé quoi, il n'y a pas la même recherche qu'il y a maintenant ».

Doris entretenait des fantasmes avec l'annonce du cancer qui n'émergent que maintenant : « Le mot cancer c'est... il m'a dit... ça vous... partout quoi! Ça vous passe partout! Quand on vous le dit, ça... c'est le mot par lui-même qui... ».

L'envahissement tangible du corps agité par la mort est contrebalancé par l'annonce d'un cancer de l'utérus et non du col. La circonscription de la maladie à l'intérieur de l'utérus est rassurante pour Doris. Le cancer est limité par cet organe capable de contenir, dont le rôle fonctionnel est d'ailleurs celui de contenant. À l'inverse, le col est représenté comme une porte ouverte sur l'intérieur du corps. Ces images sont celles liées à la grossesse et l'accouchement.

« Non, maintenant c'est plus pareil, au moins... Après la consultation le docteur m'a redonné confiance... bon, en me disant exactement ce que c'était, que c'était le cancer de l'utérus, que le col était pas atteint... ça m'a quand même... Mais non! Mais l'utérus par lui-même, moi j'ai pas le col touché, c'est-à-dire, bon, le col, après ça va un petit partout...voilà c'est tout. Donc le fait qu'il m'ait dit que c'était juste l'utérus par lui-même qui était malade, que les cellules n'était pas allées ailleurs, tout ça m'a quand même redonné confiance si vous voulez ».

Au Rorschach, si l'on s'en réfère à une analyse des planches à symbolisme sexuel, on remarque que Doris est un peu plus prolixe, en dépit du peu de réponses produites et de la rigidité des réponses formelles de bonne qualité (F+, IV et VI). La réponse de la planche IV, très ambiguë, dévoile un fantasme de pénétration, annulé à l'enquête (« ça n'existe pas »). La réponse de la planche VI dévoile une passivité s'exprimant dans un registre agressif d'attaque du corps (dépeçage).

Il n'y a que trois émergences fantasmatisques dans le protocole de Doris et les deux premières se font lorsque la bisexualité est sollicitée : à la planche IV, elle émascule un singe avec un attribut « très gros ».

2- Un singe, quelque chose de très gros.	Ça c'est trop large pour être un singe, ça n'existe pas (D8).
--	---

À la planche VI, elle perçoit une peau qui a été retirée à un corps puisqu'elle est dépecée, autre forme de castration.

1- J'ai l'impression de voir une peau d'animal à plat, juste une peau.	C'est bien à plat. Les pattes (D9). C'est dépecé.
--	---

À la planche X, elle perçoit la zone génitale sans distinction de sexe : « parfois j'ai l'impression que ça représente un peu un appareil génital ».

Malgré sa très forte restriction, il nous semble que ce sont les choses importantes qui tentent d'émerger chez Doris. Les défenses abolissent les tentatives d'identification, neutralisent les références masculines ou féminines, contaminées par un fantasme de castration (accompagné d'angoisses de pénétration et de morcellement), pour faire apparaître, non pas une bisexualité assumée, mais une négation de la différence des sexes dont l'appareil génital en est la représentation.

La perception de la bilatéralité se révèle impossible aux planches qui la sollicitent (pas de K ou de H), rendant difficile notre analyse des identifications. Aux planches rouges, l'envahissement par la couleur supplante la perception de la bilatéralité, qui vient contaminer la capacité d'associer de Doris, et à la planche VIII, suggérant l'angoisse devant l'étranger, aucune bilatéralité n'est repérée. Lors de l'épreuve des choix, Doris fait part de ses difficultés à percevoir la symétrie et à s'y accrocher : « c'est à peu près symétrique même si le reste aussi ».

La planche VII (féminine), en raison de sa résonance fantasmatisque, donne lieu à un déterminant formel de mauvaise qualité, illustratif d'un dérapage de la perception (qui se mue en projection) lorsque le corps est sollicité dans sa dimension féminine. Doris est interpellée sensoriellement (remarque couleur) à la planche IX (utérine), mais l'affect ne peut être lié à une représentation.

La première planche nous renseigne sur l'effraction produite par la situation du test. La réponse « tâche d'encre » fait état de la forte passivité avec laquelle Doris se plie à la passation. La capacité dont elle fait preuve d'un recours au manifeste et à la banalité pour répondre aux sollicitations de la première planche s'effondre complètement devant l'introduction du rouge. Le rouge déclenche un blocage total des capacités de penser par un refus net aux deux planches successives II et III. La centration sur la couleur est telle que la planche III est perçue identique à la II dans un déni de la forme : « toujours la même ». La reprise de l'interprétation ne pourra se faire qu'à la planche IV avec la disparition de la couleur.

Concernant la passivité, si, comme nous l'avons dit, la tâche d'encre est une image passive, l'appréhension exclusivement globale lutte contre une passivité qui s'avérerait mortifère. Doris ne peut se laisser entièrement pénétrer par le test et les projections qui l'effracteraient de manière trop désorganisée. Cette passivité est un risque de pénétration pour Doris et non une possibilité malléable de recevoir sans se morceler. A la planche VIII, la réponse « peau », dans un fantasme de dépeçage, nous indique à quel point la passivité contrainte pour Doris lui est pénible et morbide, la privant de toute protection pare-excitante.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Doris est toujours happée par les effets du trauma. Elle a développé une crainte de type phobique de se rendre sur les lieux des traitements. L'effraction du pare-excitant la laisse démunie face au moindre achoppement.

L'interprétation du protocole du Rorschach est coûteuse pour Doris et la verbalisation est restrictive. Les modes d'appréhension, exclusivement globaux, interrogent la possibilité pour Doris de faire appel à sa créativité et à son monde interne. La couleur (rouge ou pastel), véritablement sidérante, engendre une inhibition massive pour se préserver de l'effraction. Les couleurs pastel induisent une régression dangereuse et aucune défense suffisamment efficace n'est en mesure de protéger contre la menace imminente. Si le cortège de mécanismes primaires est indéniable, nous nous interrogeons cependant sur le recours en même temps à des procédés rigides typiques d'un fonctionnement obsessionnel comme l'annulation, les précautions verbales et l'isolation.

La pulsionnalité n'est pas celle d'Éros, l'émergence en processus primaire atteste plutôt d'une désintérioration pulsionnelle à l'œuvre. Le corps n'est pas érotisé, il est le domaine de la pulsion de mort

qui jaillit sous le coup d'angoisses morbides (dépecer, pénétrée par un membre « trop gros »), mais le fantasme ne jaillit pas beaucoup et c'est la restriction, le refus et la banalité qui se montrent majoritairement comme les avatars de la désintrinsication.

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN :

3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Doris tente d'anticiper sur son corps une possible récurrence de la maladie. Pour cela, elle a mis en place comme le font beaucoup une hyper-attention cénesthésique basée sur une connaissance subjective de soi et plus particulièrement de sa physiologie gynécologique. « Je me dis, est-ce que l'examen sera bon ? Parce qu'il se peut que je puisse avoir des saignements, donc il y a toujours un petit quand même, vous pensez toujours à quelque chose enfin (rires) moi je le fais du moins. Bon, c'est juste avant, sinon j'y pense plus ».

3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

« Ah oui, après la radiothérapie terminée, j'ai fait vingt et une séances, comme ça se passait très bien, bon j'avais lu qu'on pouvait avoir un tas de problèmes, enfin bon, la fatigue, des diarrhées, devoir suivre un régime alimentaire, tandis que là, j'ai vécu, moi, tout à fait normalement. Je n'ai pas eu de symptômes, je n'ai pas été fatiguée, je n'ai rien eu. Donc ça, déjà ça m'a réconfortée. Et après, bon, la curiethérapie j'en ai eu qu'une. Si, il y a quand même, physiquement, je ne sais pas si c'est la tumeur qui me provoquait une fatigue, je ne sais pas si c'est moi qui ai réagi comme ça, je suis nettement moins fatiguée. Avant j'étais plus, comment dire ? Lasse parfois. Tandis que, maintenant, j'ai retrouvé, je ne sais pas. J'ai l'impression d'être plus dynamique que je n'étais avant, alors qu'avant j'étais un peu (inspire). Ou alors est-ce que c'est le fait d'avoir arrêté de travailler ? Le travail quand même, il faut avancer. Alors le fait de m'être retrouvée comme ça, à la maison sans activité, je ne pense pas quand même parce que ça fait trois ans et demi que j'ai arrêté de travailler. J'ai été opérée trois ans à peu près après ». Ce passage de l'entretien de Doris nous interpelle d'abord quant à la confusion temporelle qui y règne, mais également pourquoi cette confusion s'installe. La confusion concerne son départ à la retraite, un sujet qu'elle aborde déjà lors de notre premier entretien, et la situation de maladie. Il semble qu'un parallèle se fasse entre les deux, une superposition qui agit sur le pivot de l'inactivité, comme si la passivité imposée par la maladie réactualisait les difficultés ressenties (consciemment ou non) lors du départ à la retraite.

L'intérieur féminin est toujours protégé par la localisation du cancer, l'utérus jouant son rôle fantasmatique de contenant : « Non. On m'a dit que c'était bien l'utérus, que c'était bien localisé, donc ça, déjà ça m'a enfin, on peut pas dire que ça m'a réconfortée, mais ça m'a donné plus confiance que si j'avais eu un autre organe de touché, ça aurait pu compliquer d'avantage quoi. Que là, ce qu'ils m'ont expliqué, les médecins, c'est que c'était

comme une carapace. Enfin, il peut y avoir des métastases, mais ça ne se reprend pas aussi rapidement que (silence+), s'il y a d'autres organes touchés ».

3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Elle ressasse encore l'annonce qu'elle me conte une énième fois. Ces rêves récurrents au sujet de l'hospitalisation ont cessé après la fin des traitements.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

« Maintenant j'ai plus cette envie de... de sortir, de partir, de faire un tas de choses quoi. Il y a des jours ça va, d'autres où je n'ai plus envie de rien faire ». Doris présente clairement un désinvestissement de la libido d'objet dans un registre dépressif. Elle a perdu le goût de faire les choses.

Doris s'effondre toujours lorsqu'elle pense à son mari. Elle ne peut pas penser à sa relation de couple sans être débordée par ses affects tristes comme si cette seule pensée était synonyme de mort. Il nous semble que c'est bien la séparation d'avec l'objet d'amour qui est ici synonyme de mort. La relation d'objet est narcissique, spéculaire, un narcissisme primaire centré sur la relation d'étayage. Cette relation d'objet, renforcée par la maladie, est probablement proche de la relation primaire avec l'objet d'amour et permet l'identification projective de la femme à son mari. Dans ce tableau, la perte réelle de l'un des deux est comme un arrachement narcissique d'une part de soi et imaginer l'autre seul revient à se représenter sa propre mort.

Doris raconte que ses envies sont en train de revenir progressivement. Petit à petit, depuis l'arrêt de la radiothérapie, qui marque la fin des traitements lourds et l'annonce d'une séance de clôture de curiethérapie, sa libido d'objet fait retour sur ses anciens investissements, réintroduisant le désir tourné vers l'extérieur plutôt qu'un investissement essentiellement auto-conservateur.

« Oui, oui, oui, Non mais j'ai quand même repris... parce qu'avant d'être opérée, avant les soins j'avais plus envie de, si vous voulez, de quoi que ce soit. [...] Je sais pas, de m'habiller d'avantage, de... par exemple j'ai refait du jardinage alors que j'en avais pas fait depuis je ne sais combien de temps, un tas de choses comme ça. [...] Et non, parce que là, avec cette radiothérapie, ça me... gênait, ça me... et là, le docteur m'a dit, la curiethérapie, et bon faut aussi, il y a un délai de 10 jours, mais enfin je redeviens plus proche... je peux pas dire plus proche de mon mari, mais j'ai une autre envie qu'à un moment donné je... je n'avais vraiment plus. Fallait pas me (rires)... ».

Du plaisir de manger au plaisir génital de la sexualité en passant par celui de sortir, il semble que le réinvestissement libidinal suive le chemin progrédient des phases psychosexuelles.

Au T3, les réinvestissements libidinaux en sont toujours au même point. Elle semble reprendre ses activités « d'avant » et mettre une volonté à cela. Mais le fait de refuser tout changement par rapport à ce qu'elle était et faisait avant la maladie participe de l'immobilisme créé par la maladie. En dehors de ces moments où elle est obligée de revenir sur le lieux des soins pour sa surveillance, Doris dit qu'elle ne pense plus à la maladie. Son corps n'est plus souffrant et avec les dernières séquelles corporelles (douleurs, mobilité changée...) qui disparaissent, le déni s'installe. Un déni qui ressemble fort à une annulation rétroactive. Tout est normal comme si la maladie n'était pas passée par là, rien n'a changé : « Le fait de vivre comme avant quoi. Le fait de ne pas se dire j'ai eu ça donc faut pas que je fasse si, que je fasse ça ».

Il existe quand même un changement flagrant pour Doris, elle peut à présent aborder son couple sans s'effondrer, sans être débordée par ses affects dépressifs. Elle explique d'ailleurs pourquoi le comportement de son conjoint lui renvoyait sa propre mort. Celui-ci, en adoptant une attitude très gentille et surtout très compliante avec elle, annule tout conflit et toute possibilité d'emprise de l'agressivité de Doris dans son couple. Elle n'a plus d'impact sur l'autre, il n'y a plus d'« accrochage » comme elle le dit, son agressivité n'a plus de prise et sa pulsion ne trouve à se satisfaire. La désintrication qui s'accompagne de l'aconflictualité est une mort psychique pour Doris.

« Au début, comment vous dire ? (silence+) Je voulais pas qu'il ressentie comme de la pitié vis-à-vis de moi. (inspire) Non mais là bon maintenant.... Mais si, je vais vous dire (rires), au début bon, vous êtes malade, dans un couple il y a des fois, on s'accroche. Tandis que là, il y a une période où tout était (bruit de bouche), où tout était parfait, si vous voulez il supportait tout. Parce que je sais qu'après l'opération on peut être un peu exigeant. Donc j'ai l'impression qu'il supportait tout, tandis que là bon, on revit comme avant si vous voulez.

E : On s'accroche ?

D : Voilà. Bon, si vous n'êtes pas d'accord, il vous dit non. Tandis qu'à un moment donné, bon je pense que la maladie ça fait ça aussi quand lui il ne savait pas ni rien, ben vous dites oui, vous acceptez tout si vous voulez en quelque sorte. Enfin le conjoint je pense. Puis bon on revit comme on vivait avant. Bon sans se disputer, il faut pas non plus (rires) non je veux pas, c'est pas le cas, on s'entend bien mais on est pas d'accord sur tout tout le temps.

Je pense pas que ce soit le cas pour tout le monde. La personne est malade, le conjoint ne veut pas non plus (inspire) lui dire non, accepte beaucoup de choses. Tandis que là, attention hein. Vous dites je veux ceci, bon ben d'accord».

Ainsi, Doris retrouve maintenant une possibilité de conflictualiser et d'exprimer son agressivité dans son couple.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Nous repérons une atteinte de l'unité corporelle (décrite dans les représentations du corps).

Dans ce paysage aride, nous ne repérons qu'une seule image centrée réellement sur l'intérieur du corps, « l'appareil génital », et celle-ci s'attache justement à se dégager de toute référence féminine ou masculine. Il n'y a donc pas de représentation sexuelle directe malgré les émergences pulsionnelles fortes aux planche IV et VI.

Les deux seules représentations qui ponctuent le protocole sont symboliques du corps, l'une est partielle, masculine, perçue dans un registre effrayant (sadique) relevant de défenses rigides ; l'autre est féminine, entière, perçue dans un registre passif (masochique).

Aucune relation ni aucune kinesthésie ($k=0$) ne sont visibles dans ce protocole, rendant l'étude des identifications et de la sexualité pratiquement impossible. Le corps n'est pas érotisé, au contraire il est le lieu de l'angoisse. Le primat de Thanatos s'accompagne de fantasmes morbides autour du corps et d'une restriction.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Malgré la mise en relation, la 4 n'est pas réellement érotisée. Il domine une ambivalence qui enkyste le discours et demande un renfort coûteux des limites en passant par le corps et plus particulièrement le sens de la vue. La 6 témoigne de procédés de lutte contre la fusion. Dans les deux planches, les procédés antidépressifs luttent contre l'émergence de l'érotisme.

La planche 11 entraîne une désorganisation suite à la mise en scène d'un fantasme de dévoration sadique. La planche 9 ne supporte pas la représentation attendue, elle est traitée dans un registre factuel.

Temps de passation 20min.

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont.	Phén. Part
I. ^ TL=0	1- Je n'en sais rien					Refus
	2- Une tache d'encre		G	F+/-	Frag.	Réponse défensive
	3- Une chauve-souris		G	F+	A	Ban
II. ^ TL= 10"	1- je sais pas... Moi : consigne. Non...					Refus
III. ^ TL=0	1- Toujours la même (silence très long) non.					Refus
IV ^ TL=6''	1- je sais toujours pas vous dire.					Refus
	2- Un singe, quelque chose de très gros.	Ça c'est trop large pour être un singe, ça n'existe pas (D8).	G	F+ t. FClob	A	Clivage à l'enquête en raison de la massivité de la projection « quelque chose de très gros »
V ^ TL=10 ''	1-pfffff, un papillon.		G	F+	A	Ban
VI ^ TL=4''	1- J'ai l'impression de voir une peau d'animal à plat, juste une peau.	C'est bien à plat. Les pattes (D9). C'est dépecé.	G	F+ t. FE (dépecé)	A t.kpo	Condensation passif/actif
VII ^ TL=10 ''	1- un papillon non ?....	Ça, ça me fait penser à un papillon (D6+Dd11+DD bl26+Dd27), le corps (D4). Et ensuite...(geste de la main qui montre le reste vers le haut.)	Gconf.	F-	A	Clivage horizontal
VIII. ^ TL=10 ''	1- je sais pas.					Refus

IX. [^] TL=0	1- je suis pas plus inspirée, j'aime les couleurs c'est tout.					Commentaire couleur Refus
X [^] TL= 40"	1- parfois j'ai l'impression que ça représente un peu un appareil génital.		G	F-	Anat.	Projection

Choix positifs : pour la couleur surtout

IX= c'est à peu près symétrique même si le reste aussi, la légèreté.

X= la légèreté des motifs

Choix négatifs : I et IV c'est triste, plus lourd, la noirceur.

Planche 1:

Bah, un enfant rêveur qui pense à la musique je pense.... enfin je.... Bah oui, je vois le violon je pense à ça.

Procédés : Le recours au rêve (A2-1) et l'abord de la planche en intra-personnel (A2-4) échoue suite à une porosité des limites (CL1) qui fait vaciller la pensée. Le doute (A3-1) surgit et nécessite un recours au percept (CL2). L'hétérogénéité du fonctionnement (CL3) apparaît dans un registre narcissique (CN1).

Problématique: malgré la tentative d'investissement de la réalité interne, l'angoisse se manifeste, affectant la possibilité de mise en relation avec l'objet. Les procédés limites témoignent d'une faible épaisseur fantasmatique qui réuni sur un même plan psychique la perception et la pensée (je vois, je pense).

Planche 2:

(10) Elle me semble toujours rêveuse cette jeune femme avec les livres. (9) Et cette autre femme semble surveiller, enfin je ne sais pas, oui surveiller, vu son attitude, la personne qui travaille dans les champs.

Procédés : Temps de latence long et silence intra récit (CI-1) accompagné de doutes et de précautions (A3-1). L'introduction par le rêve (A2-1) est une persévération de la planche précédente (E2-1) entraînant une désorganisation temporelle avec l'emploi de « toujours » (E3-3). Le personnage féminin est désigné par un détail manifeste (A1-1) et isolé des deux autres (A3-4). L'intérêt porté ensuite au second personnage féminin enceinte (CI2) après un temps intra récit long déclenche l'évocation d'un mauvais objet (E2-2). Le remâchage (A3-1) conduisant à la perception d'une attitude arbitraire (E2-2) se résout dans la mise en relation (B1-1) avec le personnage masculin, ici anonymé sexuellement (CI2), désigné par son action et sa position spatiale (A1-2) La relation s'installe autour d'un fantasme sadomasochiste (surveiller travailler/torturer). Hétérogénéité des modes de fonction entre inter et perceptif (CL3)

Problématique: La triangulation est barrée par la mise en place de procédés rigides servant à isoler la fille. Face à la représentation d'un couple la relation s'installe autour d'un fantasme sadomasochiste (surveiller travailler/torturer). La représentation féminine/maternelle est celle du contrôle de l'autre, de la surveillance induisant un manque de confiance pour on ne sait qu'elle raison puisque le conflit ne s'élabore pas.

Planche 3BM:

(3) ça me fait penser à une personne triste qui... pour moi ça représente une personne triste. (vous alliez dire qui...?) qui pleure, enfin je vois,... de toute façon étant donné qu'elle est de dos.

Procédés: La représentation ne peut se dégager de l'affect (B3-1), remâché (A3-1) qui restreint le discours (CI-1). La question du clinicien tente de lever la défense et provoque un vacillement identitaire avec une perte de la conscience d'interpréter « elle est de dos » (CL1) qui témoigne de l'impossibilité de se décoller du percept (CL-2).

Problématique: Ici l'affect de tristesse n'est pas lié à une représentation. Les limites vacillent indiquant un mécanisme d'identification projective.

Planche 4:

(11) ça me fait penser à un couple mais dont la femme s'accroche..... enfin comment dire.... essaie de..... de retenir un petit peu l'attention de l'homme, qu'il ne détourne pas son visage car son regard semble éloigné d'elle,....elle semble s'accrocher à lui enfin, lui semble s'éloigner.... elle fait en sorte d'attirer son attention mais il détourne son regard.

Procédés: Encore une fois le temps de latence est long et on retrouve des silences intra récit (CI-1). Les nombreux procédés A3-1 rende le discours difficile d'accès dans sa continuité. Les personnages sont identifiées comme un couple portant les désirs contradictoires (B2-3). La potentialité de l'issue par la rupture à l'ambivalence entraine l'insistance sur le percept et le sensoriel par l'investissement du regard de l'homme et de « l'accrochage » de la femme, de façon très projective (CL-2). Au final les allée retour entre les deux personnages témoignent d'une hyperinstabilité des identifications (CM2).

Problématique: Le récit est aconflictuel, sidéré par l'ambivalence et la potentialité de rupture. L'angoisse de séparation est traitée par un procédé antidepressif et le recours à l'importance du percept dans le sens premier du terme c'est-à-dire le regard. Les affects sont portés par les limites sensorielles du corps permettant d'inhiber le mouvement d'ambivalence.

Planche 5:

(17) ça me fait penser à une femme, je sais pas, qui ouvre la porte de chez elle, qui me semble gaie, les fleurs... là, sur la table, la lampe... (8) une pièce gaie, des livres, des fleurs, la lampe.

Procédés: Malgré un temps de latence de plus en plus long et toujours une grande précaution verbale(A3-1), et la tentative de factualisation (CF1), le mouvement (B2-4) provoque une désorganisation du discours (E3-3) et on ne sait plus à qui ou quoi se rapporte l'adjectif « gaie ». L'énumération de détail (A1-1) vient en lieu et place de l'histoire (CF1)

Problématique: Le fantasme est dénié, aplati par les défenses qui privilégient l'accrochage à la réalité externe jusqu'au factuel. Pourtant l'émergence d'un mouvement accompagné d'un processus primaire témoigne du fantasme sous-jacent.

Planche 6 GF:

ça me fait penser à un couple uni, enfin uni, un homme et une femme attentifs l'un à l'autre.

Procédés: L'introduction est un remâchage de la planche 4 (A3-1). Le couple est d'abord perçu comme une entité. Puis la reconnaissance des personnages (CI-2) entraîne une relation spéculaire (CN5), basée sur l'étayage mutuel (CM-1).

Problématique: Le mouvement fusionnel fait fit de toute différence, sexe et génération, pour ne présenter, dans un premier temps, qu'une entité dont le « un » propre à l'unification entraîne l'annihilation des mouvements propres à la relation. La tentative de différenciation échoue dans une relation spéculaire d'étayage.

Planche 7GF:

(7) là la mère ou la grand, ou la mère et.... je sais pas non, mère et fille, enfin, très proche, très... (4) oui c'est....la grand -mère qui fait la lecture à sa petite fille qui doit avoir un petit chat sur les genoux. C'est doux.

Procédés: Après un temps de latence (CI-1) le récit débute sur l'hésitation au sujet du personnage féminin le plus âgé (A3-1), finalement une première interprétation est donnée centrée sur la relation mère fille (B1-1) mais le récit s'enlise autour de la proximité des personnages (CL-1) débouchant sur une instabilité des objets (E3-2). Malgré la possibilité d'une description du contenu manifeste, le rapprocher trop excitant fait émerger un une fausse perception (E1-3) assortie d'une perception sensorielle (E1-3).

Problématique: La relation mère /fille désorganise les identifications. Les places de mère et de grand-mère sont ici confuses et la proximité trouble la perception. Le déplacement sur l'objet chat et la perception de douceur permet de se dégager de la relation. Nous pensons à un déplacement de l'investissement de l'objet maternel vers un objet de substitution évoquant une quête régressive intense vers la douceur.

Planche 9 GF:

(11) ça me fait penser enfin bon deux femmes superbes qui semblent heureuses de partir vers quelque chose de très gaie.

Procédés: Relation spéculaire (CN-5) avec détails narcissique (CN-2). L'affect de bonheur (B1-3) est mis en lien avec une représentation de mouvement (B2-4). La restriction bloque toujours l'élaboration (CI-1/CI-2).

Problématique: La rivalité féminine est niée. La force du détail narcissique aurait pu avoir une valeur de séduction s'il avait été pris dans une relation. Le fantasme d'un rapprocher incestueux dans une relation homosexuelle (déjà pré-sentie à la 7GF), bloque la possibilité de mise en relation et donc de conflictualisation.

Planche 10:

ha! ça représente l'amour pour moi d'un homme et d'une femme.... enfin pas l'amour, la tendresse plutôt.

Procédés: L'entrée dans la planche se fait par une exclamation (B2-1) suivie d'une intellectualisation (A2-2) d'allure narcissique (CN-1). L'affect convoque les personnage dans un relation hétérosexuelle. Il s'en suit une dénégation (A2-3) qui supprime la charge sexuelle pour la remplacer par un investissement tendre (B2-3).

Problématique: Amour et tendresse oscillent dans le couple. La relation reste cependant précaire, la tendresse venant probablement contre investir un fantasme sexuel.

Planche 11:

(4) c'est particulier ça. Ces insectes..... ça me paraît.... non c'est pas des insectes.... pour moi une cascade et un insecte... enfin pas un insecte, comment on pourrait dire, une petit bête poursuivie par un autre insecte plus grand, enfin, ça me paraît triste.

Procédés: La planche est introduite par la restriction (CI-1) et un commentaire à propos du matériel qui signe l'inquiétude (B2-1). La Fausse perception (E1-3) d'insectes est remâchée (A3-1) puis annulée (A3-2), enfin la tentative d'accrochage au percept échoue (A1-1) dans sa fonction de maîtrise d'une perception qui, finalement s'impose (E2-1). Doute, hésitation, annulation (A3-1). Enfin un conflit émerge dans une action de poursuite (B2-4) mais l'instabilité des objets (E3-2) atteste des difficulté à contenir un fantasme sadique porté par l'action. L'élaboration échoue de façon brutale entraînant l'expression d'un affect dépressif (B1-3/CN-1), dans une logique personnelle (E3-3),

proche d'un symbolisme hermétique (E2-1).

Problématique: Les objets internes sont insécures, proches de la persécution en tout cas à la fois effrayants et tristes. La régression est extrêmement désorganisée. Le recours au monde animalier ne joue pas son rôle rassurant puisque le choix de la perception d'insectes est relativement effrayante. L'émergence d'un fantasme sadomasochiste mettant en scène des « bêtes » petite et grosses, dont il lui est impossible de préciser plus avant la forme, se joue dans une poursuite dont l'issue impossible à élaborer est probablement la dévoration et la mort. L'affect est délié de sa représentation et semble presque inadéquate face à la description d'un monde effrayant et dangereux qui solliciterait plutôt des affects de peur.

Planche 12BG:

Alors pour moi c'est une image très gaie, un pommier en fleur enfin un pommier oui je pense, très gaie, la barque, le bateau....

Procédés: doute et hésitation (A3-1) ainsi que remâchage (A3-1) de l'affect « gaie » (B1-3) mis en avant au détriment de la représentation (B3-1) avec énumération des détails manifestes (A1-1) entoure une représentation connotée positivement (CN2).

Problématique: La dimension dépressive est écrasée par les défenses au profit de l'affect joyeux. Pourtant celle-ci nous laisse une impression factice.

Planche 13B:

Un petit garçon rêveur au soleil.... J'aime beaucoup, c'est très gaie aussi.

Procédés: utilisation du rêve (A2-1) et d'une précision spatiale (A1-2) qui éloignent la problématique de solitude et d'abandon. Le Commentaire personnel sur la planche (CN1) colore la projection positivement (CN2) avec une tendance à la persévérance (tendance E2-1) de l'adjectif utilisé à la planche précédente. Pas de conflictualisation, pas de récit, tendance à la restriction (CI-1).

Problématique: encore une fois solitude, abandon et étayage maternel sont des problématiques qui sont très fortement évitées, entraînant des défenses importantes qui permettent de nier les sollicitations latentes en mettant en avant une image idéalement heureuse sans conflictualisation.

Planche 13MF:

(10) Je sais pas. Ça me fait penser à quoi ? (8) je sais pas, ça me fait penser à une femme seule qui me semble triste. Cet homme me fait penser, je sais pas pffff... Un homme qui rentre tard, non je sais pas trop.

Procédés: Cette planche est sous la coupe de l'inhibition (CI-1). La thématique dépressive est massive entraînant une inadéquation (E2-1) avec une tendance première au scotome du personnage masculin (tendance E1-1). Finalement les représentations sont isolées (A3-4) et l'interprétation au sujet de l'homme entraîne un découragement narcissique (CN1). La tentative qui s'en suit d'un recours factuel (CF-1) échoue dans un refus (CI-1).

Problématique: Devant la massivité de la projection, le rapprochement des personnages ne peut advenir et les représentations ne peuvent se lier, montrant des capacités d'historisation défaillantes. Encore une fois les sollicitations sexuelles et agressives sont soigneusement évitées, il ressort à la place une thématique dépressive liée à la solitude.

Planche 19:

(16) Je sais pas, ça me fait penser à un tableau (6) je sais pas un genre de tableau moderne contemporain, je sais pas exactement.

Procédés: Tendance à la restriction (CI-1) et au doute (A3-1). Mise à distance par une mise en tableau (CN3) et une Intellectualisation (A2-2).

Problématique: La problématique sous-jacente est écrasée par les défenses. La régression n'a pas lieu et la pulsionnalité est verrouillée.

Planche 16:

Une simple feuille blanche sur laquelle on pourrait écrire ou dessiner. (qu'est ce que vous pourriez écrire ou dessiner?) fleur, nature, dessin d'enfant très gaie.

Procédés: le premier accrochage au percept reprend la consigne pour se l'approprier comme une réponse (CF1). La relance permet une énumération de choses connotées positivement et idéalisées (CF2) qui viennent en lieu et place du vide.

Problématique:

Doris comble son vide interne, d'objets idéalisés, sans être en capacité de les lier à une représentation unifiée.

Isabelle,

« Il m'a dit : « Ou alors, je ne vous l'enlève pas mais ça sert à rien, il est cramé ».

Donc... il sera cramé. »

Qu'est ce que vous imaginez à ce propos ?

« Qu'il sert à rien. Qu'il est mort, qu'il est inactif. Ça sert à rien de le garder. Justement, il m'a dit ça par rapport à la question de mon conjoint sur les enfants. De là, il m'a dit « je vais vous dire le terme cramé sans vouloir vous brusquer », il m'a bien dit clairement : « je veux pas vous brusquer, mais il sera cramé ». »

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Isabelle est une jeune femme âgée de moins de trente ans. Elle a un enfant en bas âge issu d'une première union. Elle nous raconte qu'elle s'est séparée du père de l'enfant, notamment suite à une perte de plaisir sexuel. Quelques mois avant la découverte de son cancer, elle a rencontré un nouveau compagnon. Ils avaient le projet de faire un enfant ensemble lorsque le cancer du col de l'utérus s'est déclaré, bouleversant ce projet. Isabelle est d'emblée informée qu'elle ne pourra pas avoir d'enfant suite aux traitements qu'elle va subir. Son parcours thérapeutique a la particularité de proposer une radiothérapie adjuvante à l'hystérectomie. De ce fait, lorsque nous nous rencontrons les deux premières fois, Isabelle n'a pas encore été opérée.

Finalement, entre les deux entretiens, Isabelle a fait des séances de radiothérapie, de chimiothérapie et une séance de curiethérapie qui a duré vingt heures. Elle est à présent en attente de l'hystérectomie qui devrait clôturer ses traitements.

Lors de notre dernière rencontre, Isabelle m'apprend qu'elle a eu des complications suite à l'intervention chirurgicale. Elle a eu une fistule de la vessie et a dû rester hospitalisée trois semaines. Elle a dû garder durant deux mois et demi une sonde urétrale et une sonde vésicale qu'on lui a enlevées environ un mois avant notre dernier entretien. Depuis, elle est incontinente et doit porter des couches. Elle et son conjoint respectent toujours une abstinence médicale.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Isabelle est la deuxième jeune patiente de cette étude. Elle a donc environ mon âge et sa problématique autour de la stérilité me touche particulièrement. Isabelle s'exprime aisément. Malgré un premier temps factuel d'entrée dans la relation, elle est capable de se détendre et se laisse aller à l'exigence de l'entretien. Les deux premiers entretiens me laissent une impression de constance plaisante, peut-être un peu trop par rapport aux épreuves que vit Isabelle. Le troisième temps de l'étude s'avère plus compliqué. Malgré un investissement évident de sa coquetterie, je trouve

Isabelle fatiguée. Je suis surprise de la trouver ainsi alors que ses traitements sont terminés et qu'elle est considérée comme étant en rémission. Les entretiens précédents étaient agréables pour moi tant Isabelle était capable d'associations et montrait une envie de parler d'elle, faisant appel à des capacités de représentations et de figurations fantasmatiques. Celui-ci est différent, Isabelle se montre inhibée, elle remâche des images sidérées en lien avec l'opération. L'entretien est fantasmatiquement pauvre, elle ne se saisit pas de mes relances comme elle m'en avait donné l'habitude.

Les analyses cliniques et projectives signent le caractère névrotique du fonctionnement psychique d'Isabelle.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

L'angoisse d'Isabelle est contrebattue par une factualisation importante. Les défenses opératoires ciblent la maladie et les traitements. Le parcours thérapeutique est décrit avec clarté et simplicité. Seul persiste un achoppement au mot « cancer » lui-même, qu'elle évite de prononcer.

« Il y a des hauts et des bas quand même depuis 3 semaines que je le sais, parce que pour moi c'est uniquement le mot qui est lourd, le mot cancer en fait, c'est lourd. » La représentation associée au mot est en discordance avec une banalisation des traitements. Ce mot condense comme un objet phobique les représentations liées à la mort.

L'activité d'un quotidien investi narcissiquement comme un « travail à responsabilités », qui fait d'elle autre chose qu'une « femme au foyer », lui permet de ne pas penser. La pensée est devenue équivalente d'un effondrement depuis l'annonce de la maladie. « Je suis responsable d'une boutique. (silence) Donc c'était dur pour moi de quitter le travail. Je ne l'ai pas quitté du jour au lendemain de toute façon parce que les médecins voulaient m'arrêter, j'ai demandé si c'était obligé, parce que l'hospitalisation n'était pas encore programmée, le reste était programmé, les rendez-vous étaient programmés, donc j'ai demandé à travailler jusqu'à une semaine avant l'hospitalisation. De façon à me reposer aussi une semaine avant l'hospitalisation et pas la veille. Donc ça fait une semaine, une semaine et demie que je suis arrêtée. Sinon (rires) je crois que le mental aurait pris un coup de rester à la maison et de ressasser cette attente. Déjà là, les deux-trois jours avant l'hospitalisation c'était pour moi suffisant de rester à la maison parce que je suis pas une femme au foyer. Donc, de rester comme ça trois semaines avant, non ! C'était, pour moi, pas possible. Par contre, le jour où j'ai arrêté c'est vraiment moi qui ai pris la décision. J'ai dit la maintenant stop ! ça sert à rien... ».

Au fur et à mesure de l'entretien, il se dégage une angoisse de type claustrophobique, c'est-à-dire une difficulté à se sentir liée par la contrainte physique que peut représenter un enfermement. « Si

c'est une journée, tout va bien je me repose. Si c'est deux jours, je vais en profiter pour ranger des choses et tout, mais le troisième jour, il va falloir que je sorte prendre l'air. J'ai du mal à rester à la maison toute seule, l'ennui prend le dessus. (silence) ». L'investissement du mouvement d'un corps qui bouge, qui s'agite, lutte contre le vide, la passivité, l'ennui. L'enfermement n'est pas permis dans ces conditions, il renvoie à la mort par inactivité corporelle, peut-être seule garante de la vie face à l'inactivité de penser.

Au TAT, l'actuel de la situation transparaît dès la planche 3BM à travers l'émergence d'un procédé E qui lie l'affect de désespoir à une représentation de personnage malade et alité.

Planche 3BM:

Une femme désespérée. Enfin de dos c'est une femme pour moi, désespérée contre un lit, peut-être qu'il y a quelqu'un je ne sais pas. (Vous pouvez imaginer pourquoi elle est désespérée?) Si elle est au chevet d'un lit d'une personne malade.

Procédés: Débute par un affect titre (CN-3). L'identification proche du personnage (CN-1) est soulignée alors que l'affect fort (B2-2/B3-1) associé à la posture (CN-3) est remâché (A3-1). Introduction avec précaution (A3-1) d'un autre personnage non figurant sur l'image (B1-2) qui provoque immédiatement l'arrêt du discours (CI-3). La question du clinicien tente de lever l'inhibition (CI-2) permettant la liaison de l'affect à une représentation. La projection est altérée par les événements actuels : « personnage malade » (E1-4).

Problématique: Le récit se déroule dans un contexte de position dépressive convoquant l'actualisation de la perte et du deuil. Représentation et affect se lient grâce à l'intervention du clinicien (objet extérieur) qui favorise l'évocation d'une image actuelle de personne malade et alitée (passation en chambre d'hospitalisation). Ici l'image est en suspens, la reconnaissance de la perte et de l'affect de désespoir paralysent les associations et les pensées, la liaison et le travail psychique sont coûteux et laissent entrevoir une sidération. Le refoulement (B3-1) est à l'œuvre, il participe d'une restriction du récit, sous-tendue par des défenses narcissiques.

Pour parer à des angoisses de pertes indéfectibles ravivées par les fantasmes d'abandon, Isabelle se tourne vers l'extérieur et l'accrochage à un objet réel, ici le clinicien.

La planche 13MF fait à nouveau émerger massivement une thématique de mort associée à la maladie qui sidère les mouvements pulsionnels.

La planche 5 nous semble indiquer l'angoisse de pénétration à l'œuvre dans le rapprocher avec un autre qui impose à Isabelle de recourir à des limites concrètes d'enfermement pour maîtriser le danger.

La constellation des procédés fait apparaître un système défensif évitant, narcissique et rigide en lutte contre l'effondrement dépressif, dans un travail de renoncement qui en passe par le recours à l'objet externe.

Les planches 11, 19 et 16 (les plus régressives) présentent toutes la tentative d'introduire une figure en lieu et place du vide représentationnel laissé par l'abstrait, témoignant de la tentative d'accrochage au réel du vivant pour lutter contre une régression dépressive dont la déliaison est synonyme de mort.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Le corps d'Isabelle est douloureux. Plus précisément encore, c'est son ventre dont elle parle et qui souffre. « Alors j'ai très mal au ventre depuis la dernière biopsie et bizarrement depuis le jour où j'ai su que j'avais ce cancer. Mais bon, il y a eu une biopsie le jour même aussi donc, voilà les douleurs elles sont venues à partir de ce jour. Après non, j'ai pas eu d'autre symptôme, non ».

La figuration de l'intérieur du corps et notamment de la sphère gynécologique est induite par le chirurgien. Celui-ci emploie le terme « cramé » pour parler de l'utérus d'Isabelle à Isabelle. Imaginer cet utérus dévasté par le feu n'est pas possible pour elle. Le terme choisi est à l'image de la fantasmagorie qui s'ensuit, abrasée. D'ailleurs, comme la technique de la terre brûlée, rien ne poussera dans cet utérus, la création du féminin est close par le sens du terme qui soutient la représentation : ni fœtus, ni désir, ni fantasme... du moins pour le moment.

« Oui. Ou alors il m'a dit je vous l'enlève pas mais ça sert à rien, il est cramé. Donc. Oui donc il sera cramé.

E: qu'est ce que vous imaginez à ce propos ?

Qu'il sert à rien (rires). Qu'il est mort quoi, qu'il est inactif. Ça sert à rien de le garder. Justement il m'a dit ça par rapport à la question de mon conjoint sur les enfants. De là, il m'a dit, je vais vous dire le terme cramé sans vouloir vous brusquer, il m'a bien dit clairement, je veux pas vous brusquer mais il sera cramé. Donc il sert à rien quoi. Même s'il me le laisse, il m'a dit, même si je vous le laisse il sert à rien quoi. Voilà (silence) ».

La suite de l'entretien s'oriente naturellement sur la sexualité. Si l'intérieur du corps maternel d'Isabelle est brûlé, elle ressent pourtant toujours des choses et elle s'inquiète de ses autres désirs, ceux qui appartiennent à la femme érotique qu'elle est également.

« C'est tellement petit dans le corps en fait, enfin tout est ciblé là, que, non, je m'imagine pas, avec ou sans je sais même pas si ça fera une différence en fait.

E: une différence ?

Ouais, même sexuellement avec mon conjoint, je me suis même posé la question (rires) si il y allait avoir des changements par la suite quoi. Et ça, c'est une question que je voulais poser justement au chirurgien. (silence)

[...] Ah non! Je vais pas vous cacher que comme c'est du plaisir maintenant, puisque j'étais avec quelqu'un avec qui je n'avais plus de plaisir, et que j'ai retrouvé du plaisir justement avec cette personne là et ben tout bêtement je me suis dit y a pas longtemps tiens, est-ce que ça restera toujours.... toujours pareil quoi? »

Isabelle n'a pour l'instant pas désinvesti l'érotisme génital. Elle est toujours désirante et ressent toujours du plaisir sexuel avec la personne avec qui elle est. L'histoire qu'elle nous conte de sa libido génitale perdue puis retrouvée contre toute attente avec un nouvel amant, nous fait penser à l'effraction de la femme qui paradoxalement la reconnecte à son féminin et à la jouissance. Isabelle a perdu, un temps, suite à son accouchement, son plaisir sexuel et son désir pour son compagnon, le père de son enfant. Les relations sexuelles perdurent mais espacées : « pour lui ». Avec l'homme qu'elle a rencontré récemment elle ressent à nouveau ce désir et ce plaisir qui perdurent au-delà des saignements et de l'annonce du cancer et qui lui permettent d'avoir des relations sexuelles érotiques malgré la maladie pour le moment. « Non. Non pas du tout. Non c'est vraiment, en plus j'aime vraiment cette personne et c'est... non ça n'a rien changé du tout, au contraire je dirais même au contraire ça me permet de... de me dire

que c'est pas parce qu'il y a ça qu'il faut tout arrêter à côté quoi. Ça aurait pu, je dis pas que le premier soir on était en relation mais heu... non, ça a pas mis de frein du tout ».

Au TAT, Isabelle fait très souvent référence au corps pour porter la décharge pulsionnelle (B2-4) ou encore repousser l'affect sur l'enveloppe externe (CN3). Bien que l'intériorité (le féminin) soit mise à mal, contradictoire avec la fin en passant par l'expression corporelle, la sensation, la sollicitation et le renforcement des enveloppes (de la féminité?) (CN4/CL2). Quoi qu'il en soit, au TAT, Isabelle donne à voir un corps toujours érotique, même peut-être d'autant plus investi qu'il devient le porte-parole du désir et lutte contre l'impact émotionnel de l'effraction actuelle qui lui impose, rappelons-le, un deuil de ses capacités procréatrices. La 13BM et la 3BM représentent l'exemple type de ce que nous avançons quant aux protocoles d'Isabelle. Si l'émotion y émerge de façon relativement dysphorique (minimisée, ou exagérée), elle est aussitôt relayée par le corps et plus précisément par l'enveloppe externe du corps qui prend en charge de présenter l'affect qui ne peut être représenté. Les perceptions internes sont ainsi muselées, suspendant les mouvements pulsionnels. Cette suspension du mouvement est un ancrage dans la voie passive qui semble contradictoire avec le recours au mouvement utilisé par ailleurs (B2-4). Cette oscillation pour répondre au fantasme sadomasochique (enfermement, fuite, punition, mort) nous semble indiquer le conflit actif / passif à l'œuvre chez Isabelle luttant contre une emprise (le cancer?), mais toujours à travers le langage du corps. Quoi qu'il en soit, l'intérieur n'est plus mobilisable et, que ce soit dans le mouvement ou l'immobilisme, c'est bien l'extérieur qui est convoqué, dont le corps se fait l'étendard.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Isabelle débute notre entretien par le thème de la stérilité qui sera induite par les opérations chirurgicales qu'elle va subir. Sa réponse à ma question ouverte place donc son intérêt sur un féminin maternel menacé de castration.

Ce désir d'enfant comme elle le dit, « elle l'a toujours eu », elle ne voulait pas qu'un seul enfant.

La découverte du cancer gynécologique chez Isabelle se fait grâce à une connaissance intuitive, innée de son corps et de ses sensations cénesthésiques. L'attention qu'elle porte à sa féminité, comme les saignements, lui permet de se situer dans une normalité subjective la conduisant, en dehors de toute douleur, à consulter :

« Par des saignements. Par des saignements inhabituels et... de là j'ai pris rendez-vous de suite chez le gynéco. Et après j'ai donc eu mes règles et là mes règles elle étaient hémorragiques on va dire donc... y avait forcément quelque chose qui était pas du tout normal puisque ça m'était jamais arrivé. Même après l'accouchement de mon fils j'ai jamais eu de grosses règles perturbées ou des choses comme ça jamais, jamais, jamais... »

Dans sa détresse concernant son féminin interne et maternel, Isabelle s'accroche au percept et notamment aux transformations de son corps. L'esthétique intacte du corps féminin est un soulagement sur lequel peuvent s'inscrire une négation et un refoulement partiel de la maladie et de ses traitements :

« Bah c'est bête mais je compare (rires) à quelqu'un qui a une grippe ou quelque chose comme ça, qui est couché quoi je veux dire. Alors que moi pour l'instant, après je sais pas comment ça va se passer, au niveau des traitements et tout, dans quel état je vais être après de la radiothérapie, parce que je sais pas ce que c'est, mais je me dis que oui pour l'instant c'est pas marqué sur mon front quoi. (silence) Donc c'est plus dans ma tête en fait ».

Encore une fois, la femme atteinte dans son féminin voit sa libido se retourner sur un moi corporel qui investit le corps par le mouvement. En écoutant Isabelle décrire son activité sociale gratifiante et sa volonté de rester travailler le plus longtemps possible avant l'entrée en hospitalisation, nous pensons au féminin social qui accompagne le féminin érotique et maternelle selon J. Schaeffer.

Le corps esthétique est très important pour Isabelle. Elle accorde un grand intérêt à relever tout ce qui ne s'inscrit pas perceptiblement sur le corps de la symptomatique cancéreuse : « Le cancer, ça se voit pas ». Isabelle est rassurée par le caractère invisible de ce cancer. L'absence de forme perceptive lui permet de ne pas élaborer de travail de représentation. Isabelle est habituée à fonctionner par étayage sur la réalité externe. Elle n'est pas perturbée dans son système défensif puisque si l'intérieur est malade, cela ne vient pas contaminer ses repères externes et elle peut continuer à s'accrocher au percept du monde visible : « Alors moi, quand on me parle de cancer, c'est la perte des cheveux. C'est bizarre mais j'ai pensé tout de suite à ça. Par la chimiothérapie, donc moi je sais que je vais pas avoir cette perte de cheveux. Ça m'a presque limite donné le sourire. De savoir que j'allais pas perdre mes cheveux parce que c'était une question d'esthétique et je pense que le mental il y joue quand on se voit perdre ses cheveux, je pense que quand on se regarde dans le miroir c'est pas du tout la même chose ». Ce monde du visible, c'est la féminité par excellence et nous verrons au fur et à mesure de nos rencontres qu'Isabelle y accorde une grande importance.

Isabelle se pose clairement la question du devenir de son plaisir suite à l'ablation des organes génitaux : « je pense qu'il y aura pas le même orgasme quoi ».

Au TAT, les nombreux procédés anti-dépressifs CM tournés vers le clinicien témoignent de la tournure passive de l'attitude d'Isabelle. Elle se plie au test pour se ranger au désir de l'autre et procède de façon à maintenir l'objet et la relation à tout prix. La planche 2 nous donne l'exemple d'une complaisance masochique qui répond aux attentes du clinicien malgré sa non concordance avec des capacités narcissiques mises en échec : « Moi je suis pas trop inventive, qu'est-ce que je pourrais vous

inventer ? »

La Planche 5 propose la figuration d'un dedans « dérangeant », qu'Isabelle s'emploie à maîtriser par le recours au mouvement, à l'enfermement, relatant encore une fois d'un fantasme de relation sadomasochiste, mis en branle dans le dégageant d'une situation passive dans laquelle l'autre pourrait être dangereux. La séparation mise en acte par renforcement des limites spatiales lutte contre le rapprochement trop excitant.

Planche 5:

(4s) Donc là, cette femme est venue fermer la porte de son salon ou bureau pour ne pas être dérangée par la personne qui est dedans.

Procédés: Cette planche entraîne, par rapport aux autres, un léger temps de latence (CI-1). Une petite histoire peut être élaborée autour des détails manifestes insistant sur le faire (CF-1), qui met à distance la fantasmagorie voyeuriste. L'histoire est centrée sur le personnage féminin (CN-1) et ses éprouvés. L'introduction d'un personnage sexuellement anonyme (CI-2), non figurant dans l'image (B1-2), sert le récit qui se déroule autour du dedans / dehors dans une tentative de délimiter et de tenir à distance le fantasme sexuel (B2-4 « fermer la porte de son salon ») de manière tout de même relativement transparente (B3-2). Les motifs et les relations ne sont pas précisés (CI-2).

Problématique: Les sollicitations de la planche sont interprétées dans le registre de la séparation, de l'individuation entre soi et un autre. On relève ici une lutte contre l'angoisse de pénétration à travers le renforcement des limites, la délimitation des espaces et l'enfermement de l'objet « dedans ». Le personnage féminin ne veut pas être « dérangé » par la possibilité que la personne « qui est dedans » ne réveille ses fantasmes sexuels, et lutte ainsi contre l'émergence fantasmagorie de la sexualité.

La planche 7GF est extrêmement projective, signant l'importance de la problématique actuelle de stérilité qui brouille les identifications et fait émerger l'agressivité à l'encontre de personnages portant la fonction maternelle. Ce sont les capacités de maternage (portage) qui sont décriées avec force, indiquant la défaillance d'une mère primaire des soins corporels.

Planche 7GF:

(5) Une jeune femme qui porte un nouveau-né dans ses bras, qui le porte très mal à mon goût et une femme derrière, je ne sais pas ce qu'elle fait, ce qu'elle regarde, mais elle n'a pas l'air d'accord.

Procédés: Après un temps de latence long (CI-1), elle introduit le discours par une exclamation (B2-1) qui porte l'accent sur un détail narcissique (CN-2) de l'un des personnages et notamment sur son âge qui semble être un point d'ancrage à l'identification (la patiente a 28 ans). La fausse perception du nouveau-né (E1-3) et la référence personnelle négative (CN-2/CM-1) à propos du personnage (CN-1) signent un vacillement dans la conscience d'interpréter (CL-1). Le nouveau-né est isolé sans affiliation avec les personnages féminins (A3-4). Le second personnage est plus anonyme (CI-2), sans lien avec le premier (A3-4), et décrit par sa place sur l'image (A1-2), ce qui permet une mise à distance identificatoire. Cependant, les commentaires personnels à son propos (CN-1) et l'interprétation de son attitude (CN-3) nous mettent sur la voix d'une hyper-instabilité des identifications (CM-2). La patiente semble lutter contre cette identification à cette place de mère mais la distance est difficilement prise en charge et échoue dans une confusion entre narrateur et sujet de l'histoire (CL-1), lui permettant d'exprimer à nouveau son désaccord. La projection est massive (E2-3).

Problématique: La différence de génération n'est pas marquée distinctement, floutée par la massivité de la projection. Les identifications instables signent la difficulté d'accéder à la représentation de mère, hautement défendue (presque désorganisant). Aucune ne sait faire avec le nourrisson évoqué. D'ailleurs, cette fausse perception vient signer

l'importance de la fantasmagorie actuelle autour de la stérilité qui impose une place identificatoire à la patiente encore mal acceptée. Les identifications instables et l'agressivité tangible pour ces personnages et cette relation, soulignent l'actualité d'une problématique d'ambivalence identificatoire pour cette patiente.

La planche 9GF dévoile elle aussi un fantasme sadomasochiste qui n'est pas porté par une relation entre les personnages manifestes mais par l'introduction d'une menace extérieure qui lie les personnages autour d'une action de fuite. De « l'enfermement » pour la 5 à « s'échapper » pour la 9GF, il plane dans le protocole une lutte contre une emprise inquiétante et aliénante.

Nous nous arrêtons sur la planche 11 que nous analysons entièrement en regard de la théorie sur la sexualité féminine, donc de la situation actuelle d'Isabelle :

Planche 11:

(5) Alors pour moi c'est très morbide, je ne vois rien du tout, il manque juste un aigle noir au fond (rires). C'est noir, c'est profond, il n'y a rien, c'est... une catastrophe.

Procédés: Après un temps de latence plus long que la moyenne (CI-1), la massivité de la projection (E2-3) oscille avec un refus perceptif (CI-1/CL2 : voir). Sous couvert d'humour (CM-3), une représentation à symbolisme hermétique (E2-1) est ajoutée à l'image (E1-3). La thématique est remâchée (A3-1) et l'élément catastrophique met fin au discours (CI-3).

La régression est nettement désorganisée. L'angoisse est palpable à travers des images fortes d'absence, de vide... de trou « noir » et « profond ». Les angoisses qui sont ici réveillées tiennent de la destruction interne, et la « catastrophe » fait table rase de toute consistance interne, du féminin, de la pulsionnalité. Suite à l'échec de la perception (castration féminine ravivée), la défense maniaque tente en dernier ressort de placer un symbole phallique dans ce vide, « l'aigle noir », permettant de ne pas y être entièrement aspirée. Un symbole phallique, certes, mais plutôt du côté du mauvais objet, l'introjection du mauvais pénis qui reste seul maître des lieux après l'avoir effractée et vidée. Face à la régression, il s'agit bien de la castration qui est évoquée, renvoyant à des angoisses de destruction interne, de vide, de vertige et de mort. De plus, le recours au procédé CN4 qui jalonne la courte projection nous indique un effort coûteux pour délimiter corporellement un espace qui semble sans fond, infini, rappelant l'espace interne féminin toujours mal délimité ainsi que le fantasme de s'y perdre. Notons tout de même que dans notre cadre de recherche nous pouvons y voir une belle représentation du cancer gynécologique pelvien : un aigle noir dans un trou noir ; certes plus morbide (mélancolique?) que le nénuphar dans le poumon, mais la poésie n'est pas toujours lyrique. La passivité est à nouveau la thématique de l'histoire racontée à la planche 13B :

Planche13B:

(rires) Alors là, ce petit garçon il a l'air tout triste, en plus il n'a pas de chaussures, il attend devant une grange mais je sais pas ce qu'il attend, peut-être il est puni.

Procédés: le rire qui introduit le discours apparaît en totale inadéquation avec l'affect évoqué dès le début. L'affect est mis au service du refoulement de la représentation (B3-1) suivi d'un détail (CN-2) évoqué dans une logique personnelle (E3-3). L'action passive est donnée dans une référence spatiale (A1-2) suivi d'un commentaire signifiant l'incapacité à élaborer le conflit (CI1/CN-1) qui sera finalement lié (A3-1) à une action extérieure sans pour autant motiver l'histoire (CI-2).

Problématique: La solitude entraîne un affect de tristesse ainsi qu'une passivité qui semble imposée par une autorité extérieure. La lutte anti-dépressive convoque des défenses dans un registre narcissique.

C'est la contrainte extérieure, surmoïque et, qui plus est, la punition qui impose l'attente passive à l'enfant.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Il n'y a pas d'annonce du cancer dans le roman de la maladie d'Isabelle, il y a une annonce de stérilité qui agit comme un recouvrement de la maladie. Celle-ci semble se résumer aux potentialités maternelles mises en échec. C'est un réel deuil auquel va devoir se confronter Isabelle. Le travail de la maladie s'annonce du côté du désinvestissement du désir d'enfant, un désir participant chez Isabelle d'une identité. Dans un premier temps, elle n'a pas pu en parler avec son entourage tellement le sujet était sensible. Au moment où nous nous rencontrons elle peut en parler mais elle a l'intuition qu'elle « ne s'est pas fait une raison » et qu'elle ne pourra réellement le réaliser que plus tard. Elle imagine qu'elle se remettra à penser après les soins. Pour le moment, elle présente un fonctionnement opératoire défensif dont elle a une conscience fine, la conduisant à redouter un moment plus difficile à gérer lorsque qu'elle ne sera plus tenue par l'activité des soins.

Ce sont les capacités motrices du corps qui sont interrogées. Isabelle fait un parallèle avec la grippe et se trouve rassurée de ne pas être aux prises de symptômes contraignants « qui couchent ». Si la grippe est moins grave, pourtant elle maintient au lit, privant le sujet de ses capacités de mouvement, comme un premier pas vers une victoire de la pulsion de mort qui tend au repos organique.

La déliaison entre affect et représentation est salutaire pour aborder une épreuve aussi lourde que celle des traitements que va subir Isabelle. Lorsqu'elle nous raconte son parcours, sa situation et ce à quoi elle se prépare à faire face, je suis moi-même soulagée qu'elle ait autant de défenses à son service pour appréhender l'épreuve sans défaillir. La répression des affects qui indique la

désintrinsication pulsionnelle est quasiment de l'ordre d'un réconfort et on ne peut qu'être admiratif devant l'apparente sérénité d'Isabelle lors de ce premier temps (un état qui finira par céder suite à l'intervention chirurgicale).

Au moment de ce premier entretien Isabelle commence déjà à imaginer ses projets futurs. Le travail de la maladie est déjà à l'œuvre malgré un point de butée autour de son désir d'enfant encore très fort qui provoque la montée des larmes en fin d'entretien devant l'irréalisable.

Au TAT, les mouvements pulsionnels sont ponctuellement repérables tout au long du protocole et particulièrement aux planches « couple » (4, 6GF, 10). Malgré des procédés hystérisés, l'ambivalence dans le couple est constamment rabattue par l'angoisse de perte qu'elle promet. La déliaison porte avec elle la restriction et l'inhibition dans les mises en relation.

Concernant la planche 7GF, peut-on y voir une figuration de la pulsion de vie prise dans un mouvement de désintrinsication décriée, rejetée, traitée par l'agressivité relative aux difficultés actuelles que connaît Isabelle ? Une interprétation : cette figuration c'est la mère qui porte l'enfant. Pour soigner son ambivalence identificatoire douloureuse car impossible dans ces conditions de deuil de la procréation, Isabelle fait un travail de désinvestissement de l'imgo maternelle qui « porte », au profit d'une pulsion d'agressivité qui délie de l'emprise et rend les possibilités de vie par déprivation du besoin et donc du désir. Ce travail d'individuation à l'œuvre chez Isabelle lui impose le renfort d'un objet extérieur étayant (ceci étant, il s'agit d'une lecture par métaphore de la désintrinsication pulsionnelle. La lecture plus projective de cette planche, autour de l'ambivalence et des identifications a été travaillée dans la thématique du féminin).

Les planches 5 et 9GF font état du recours à l'action par le mouvement pour porter un désir d'individuation d'avec un autre menaçant. Ce processus nous fait penser à une émergence pulsionnelle de mouvement (notons que l'historisation laisse planer un fantasme sadomasochiste) qui lutte par sa nature même contre une passivité (la liaison par emprisonnement) synonyme de pénétration et, par extrapolation du contenu des histoires, synonyme de destruction (interne pour la 5). Si ce n'est dans un registre d'individuation, la décharge pulsionnelle par l'action se retrouve au contraire dans un mouvement de collage (relation spéculaire de la planche 10) entendu comme un étayage indifférencié. Ceci confirme notre point de vue au sujet d'une pulsion érotique inscrite dans une relation d'objet par étayage entraînant une fusion dangereuse pour le narcissisme.

Les investissements pulsionnels à ce temps sont narcissiques, tournés vers le corps, investis comme tout entiers phalliques, soit à travers sa capacité de mouvement, soit au contraire à travers son immobilisme.

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

La crainte principale d'Isabelle, ce sont les conséquences de l'ablation de l'utérus sur sa sexualité. Déjà assurée d'une castration de ses potentialités procréatrices, elle est à présent rivée sur son plaisir génital, retrouvé depuis peu avec son nouvel amant. « Ouais, c'est toujours pareil. Ça n'a pas changé, le plaisir est toujours le même, la demande aussi et (silence+) voilà. Tout ce que je me demande surtout c'est après. Je n'en ai pas parlé avec le médecin pour savoir comment ça allait se passer après mais peut-être parce que j'ai pas envie de l'entendre. J'ai peur que ça change quelque chose alors je me dis que peut-être mentalement ça (inspire), ça changera rien ». La perspective de l'ablation de ses organes internes actualise un fantasme de castration de l'ordre d'une perte de jouissance (renvoyant à l'aphanisis, E. Jones) sous le coup d'une menace de destruction interne. Sa crainte est celle de ne plus jouir.

L'intériorité du corps est aux prises avec l'informe. La représentation n'a plus cours, bloquant les capacités de délimitation d'un espace interne, entraînant une confusion des organes concernés ou non, résumés à l'appareil génital, voire l'intériorité. Pour Isabelle, l'opération, en réalisant une castration, provoque une angoisse extrême qui ne trouve pas (encore?) d'issue dans un travail de maladie qui ferait le lien entre organe et plaisir. Non, pour elle, l'utérus n'entre pas en jeu dans la relation sexuelle, elle ne le sent pas habituellement et pourtant elle craint de perdre ses capacités de plaisir érotique suite à son ablation. « Non. En plus jusqu'au jour où on me l'a annoncé comme je dis, où on m'a annoncé la tumeur, jusqu'à maintenant je m'étais jamais non plus attardée sur l'anatomie de mon sexe quoi. Déjà d'une je ne savais pas comment était fait l'utérus mais même avec les dessins des gynécos tout ça, je m'étais jamais attardée sur ça donc. [...] Je sais, j'ai rien découvert de spécial, je me demande juste, comment dire, comment c'est la grosseur ? Enfin comment l'utérus est fait ? La grosseur ? Et puis voilà. Surtout, est-ce que je vais le ressentir après, le fait de plus l'avoir ? C'est surtout ça ».

On repère au Rorschach un mouvement dans l'émergence et le traitement de l'angoisse qui nous pousse à présenter le protocole en deux séquences, d'abord de la I à la V puis la planche VI comme pivot vers un autre mode d'interprétation pour la séquence VII, VIII, IX et X.

Les deux premières planches sont marquées par la persévération et l'utilisation de la couleur pour signifier le déplaisir. La seconde, notamment désignée comme planche la moins appréciée à cause de son contenu sang, entraîne un refoulement à la planche suivante. Le refoulement de la représentation sexuelle à la planche III sera levé à l'enquête mais, lors de la passation, laisse émerger l'inquiétude. L'interprétation de la planche IV paie le prix de la montée de l'angoisse à

travers l'expression d'un sentiment de peur accompagné de défenses intellectuelles et maniaques peu efficaces. L'angoisse infiltre les représentations aux planches IV et V dans un registre suspicieux concernant le matériel et le clinicien.

I. ^ TL=0	1- je vois une chauve-souris.	Je la vois en noir (G) les ailes (D2x2) le corps (D4)	G	F+	A	Ban Tendance C'
	2- donc c'est noir !			NC		Choc au noir
II. ^ TL=0	1- je vois toujours cette chauve-souris, un peu plus colorée,	Tête de la chauve-souris (D4) les ailes (D1x2)	D	FC-	A	persévération
	2- ça me fait penser à du sang.	Le sang (D9)	D	C	Sang	
III. ^ TL=0	3- j'imagine un homme même image des deux côtés comme s'il y avait un miroir au milieu un homme nu, un homme un peu bizarre (rires).	Un homme nu (G) Un miroir (axe de symétrie) Sexe de l'homme (Dd26)	G	K-	H/Hd	Choc sym Nudité sexe masculin bizarrerie défense maniaque specularité
IV ^ TL=0	1- ça me fait penser à un monstre (rires) qu'on pourrait voir dans des dessins animés ou des films fantastiques	Homme de dessin animé ou bestiole (G) les bras (D18) les pieds (D15) tout son corps une tête d'oiseau (D3)	G	FClob +-	(H)	Réf culturelle déf maniaque
	2-Un personnage très gros, toujours plus grand que la moyenne.		G	K+	H	Tend clob
V ^ TL=3s	1-là je vois un papillon...	Les antennes (D8) les ailes (Dd16)	G	F+	A	Ban
	2- même si je sens que tous ces dessins ils sont en rapport avec le vagin. Ça ressemble aux dessins qui représentent un vagin que le médecin m'a montré auparavant.	(refoulement)	G	F-	Sexe	Critique de l'objet (intuition) réf (actuelle) personnelle sexe féminin (dessin) Réponse projective

La planche VI est un pivot dans la réceptivité au test d'Isabelle. La levée des défenses avec l'acceptation d'un laisser-aller à la passivité conduisant à la séquence suivante : VII, VIII, IX, X, autorisant l'expression de la préoccupation angoissante autour du corps, de son intériorité et des organes génitaux féminins.

VII. [^] TL=0	1- ça me fait penser à l'intérieur du corps de la femme	L'entrée du vagin (Dd33) sur le côté tout le reste du corps de l'utérus pas bien détaillé (D2)	G	F+/Hd	Sexe/anat/ interieur du corps	Sexe féminin intériorité du corps. Réf précises d'anat restriction (diminution du nombre de réponses) tend choc au gris.
VIII. [^] TL=0	1- toujours pareil l'intérieur du corps	Même chose en couleur(D9) avec plus de précision : le col de l'utérus (Dd16) l'utérus (D5) l'entrée du vagin (D7bas)	D	F-/Hd	Anat/ réponses interieur du corps	à l'enquête le travail de liaison peut advenir malgré la persévération d'une projection arbitraire massive
	2- malgré sur les côtés comme des animaux suspendus.	(D18)	D	Kan+/kop	A	Ban
	« en couleur c'est plus agréable ».					Rmq couleur critique de l'objet
IX. [^] TL=0	1- toujours le corps de la femme...	Même image en plus élargie :	G	F-	Anat	persévération
	2-enfin, la partie intime qui remonte un peu plus jusqu'au col de l'utérus	le col de l'utérus (Db18)	Db1	F-/Hd	Sexe/anat viscérale	
X. [^] TL=0	1- là on est toujours dans le corps de la femme	Toute la partie intime. Le col (D11) l'entrée du vagin (D10)	G	F-	Anat/ interieur du corps	persévération

	2- avec les ovaires sur les côtés	Les ovaires (D1x2)	D	F-	Sexe/ anat vicérale	
--	-----------------------------------	--------------------	---	----	---------------------	--

Que l'angoisse soit latente, tangible ou clairement émergente, elle concerne toujours l'intériorité du corps (anat. viscérales). Le plaisir accompagne cette vision ressassée, remâchée (épreuves des choix : X= « représente vraiment les dessins de l'organisme. Ça m'explique plus comment est fait mon corps, ça me rassure ». VIII= « plus approfondi, représente plus mon problème, col, utérus, plus ciblé ».) d'une tentative de délimitation, de structure d'un intérieur qui n'existe plus. Le trou laissé par l'ablation interroge les limites pour circonscrire un espace interne féminin. Isabelle le dit elle-même, pouvoir représenter, projeter son appareil génital interne la « rassure », mais cette projection dénie l'attaque du corps et l'absence des organes inhérente à la chirurgie. La possibilité d'extérioriser une représentation lui permet probablement de lutter contre les angoisses internes de destruction et de vide qui l'assaillent.

Le taux d'angoisse est très élevé, 75 %, dû essentiellement aux perceptions de parties du corps en anatomie interne. Les réponses anatomiques viscérales (ovaires, vagin, utérus) sont à la fois l'indicateur d'un travail de liaison qui peut advenir à l'enquête malgré la persévération d'une projection arbitraire massive, et la traduction de l'effraction des limites dedans-dehors corroborée par les réponses intérieur du corps aux planches pastel qui témoignent nécessairement de l'effraction des barrières psychiques et que nous avons associée à des angoisses de pénétration et de destruction devant le vide plus qu'à des angoisses de morcellement. Enfin, les réponses Hd anatomie, répétitives et consécutives, témoignent d'une angoisse majeure du vécu corporel de l'ordre d'une préoccupation hypocondriaque concernant la santé psychique en lien avec la réalité actuelle d'Isabelle que nous avons détaillée par ailleurs.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Pour débiter le deuxième entretien je rappelle à Isabelle le sujet de la recherche car elle ne s'en souvient pas. Elle se saisit immédiatement du mot sexualité pour dire qu'elle est abstinent depuis la curiethérapie. Isabelle a su conserver une sexualité durant la majorité des traitements, si elle n'en a plus aujourd'hui c'est parce qu'elle est observante de la recommandation médicale d'abstinence : « Oui parce que le docteur m'a dit qu'il valait mieux éviter tout ce qui était rapport sexuel après la curiethérapie jusqu'à l'opération donc je l'écoute. Voilà ».

Elle décrit un plaisir et un désir identique qui n'ont pas subi les affres des traitements. D'ailleurs, sa crainte est plutôt liée à l'opération, elle se demande si l'ablation de l'utérus va changer quelque chose à ses ressentis de plaisir liés à la sexualité. La question est celle de l'investissement érotique du génital.

Avec la description d'une séance de curiethérapie, Isabelle décrit un clivage du corps par désétayage pulsionnel de l'économie érotique. La fonction a repris ses droits sur l'érotisme : « manger pour se nourrir ». Nous entendons le désinvestissement libidinal qui a eu lieu entre nos deux entretiens, découvrant une pulsion d'auto-conservation qui maintient le corps en vie.

Au Rorschach, l'émergence de l'affect lorsqu'il est osé dans les premiers temps du test est immédiatement narcissiquement défendu par un accrochage aux bordures et des tentatives de renforcement corporel. Cependant, ces défenses narcissiques progressent vers une persévération opératoire (nous l'appelons ainsi pour le moment), factuelle et terriblement projective, ne laissant la place qu'aux mauvaises formes anatomiques à partir de la planche VII.

Isabelle est très réceptive aux sollicitations latentes des planches. C'est bien la planche maternelle VII qui résonne avec le deuil de ses capacités procréatrices. La sollicitation latente est prise alors au pied de la lettre, signifiant donc malgré tout la factualisation à l'œuvre. Le collage, à ce moment-là, aux sollicitations latentes signe une perte d'articulation massive entre perception et projection, elle voit ce qu'elle est censée voire.

Les réponses anatomiques intérieur du corps qui gouvernent les planches pastel signent les préoccupations hypocondriaques à l'organe malade qui empêchent l'accès aux identifications. D'ailleurs, une seule H, « j'imagine un homme », est donnée en première intention à la planche rouge, très vite parcellisée en « sexe d'homme », comme pour les autres réponses anatomie, nous indiquant la teneur partielle des pulsions.

La réponse progressive de la forme vers le sensoriel comme une loupe nous indique progressivement comment la projection s'étend à l'ensemble du corps pour ne plus y voir que l'organe malade. Ce processus nous indique deux choses : d'abord la contamination ou contagion de l'effraction qui s'étend au corps comme la goutte imbibe le buvard, puis comment l'ouverture à la sensorialité nous propulse dans la sensation quasiment anatomique, nous faisant passer du dehors au dedans, de la forme au réel à travers une membrane poreuse comme un buvard. Le passage de cette planche aux persévérations suivantes serait alors la métaphore paroxystique de l'effraction corporelle et de ses effets psychiques de la contamination à la porosité jusqu'à la centration

narcissique mais surtout sidérée (compulsive?) sur la partie manquante.

Cette analyse est également à remettre dans un contexte de sexualité féminine où l'actualité de la menace de castration réactualise le travail du féminin fait à propos de la blessure narcissique, c'est une représentation toujours globale dans un premier temps puis détaillable dans le second temps de l'enquête qui tente de battre en brèche le vide représentationnel. La représentation qui est mise en place ici et sa répétition nous posent la question d'une compulsion de représentation.

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

« Le fait d'être allongée, de vraiment, vraiment pas pouvoir bouger tout le bas du corps quoi. C'est vraiment, c'est impressionnant quoi. Je me suis mise à la place malheureusement d'un handicapé. Je me suis même dit : « tiens, enfin, c'est pas du tout douloureux, mais alors c'est vraiment très handicapant de pas pouvoir bouger comme ça ». Vraiment à partir du bas du ventre jusqu'aux pieds quoi. Donc c'était très gênant. Pas du tout douloureux mais très gênant. Pour moi c'est quelque chose qu'il faut vraiment prendre sur soi parce qu'on dort mal forcément puisqu'il y a l'appareil qui se met en route toute les demi-heures et puis, voilà, de ne pas bouger quoi.[...] Je me suis mise à la place d'un handicapé quoi. De pas pouvoir bouger, qu'on s'occupe de lui, à la limite de lui faire sa toilette enfin des choses comme ça c'est (silence+). Moi pour moi vingt heures c'était suffisant quoi ».

La situation imposée par la curiethérapie est insupportable pour Isabelle. C'est une situation de passivité corporelle reléguant les soins du corps à un autre, actualisant donc la relation maternelle primaire. Cette passivité n'est pas celle du féminin qui permet de recevoir, elle est vécue comme un « handicap sensoriel » qui prive donc des ressentis au lieu de les accueillir. C'est le lieu de la mort, le repos organique.

Durant la curiethérapie, la libido se retire complètement « on a pas du tout de plaisir durant ces deux jours là ». Plus qu'une régression, la libido ne trouve plus d'objet pour se satisfaire, elle est comme en suspens, gelée sans que nous ne puissions repérer une fixation, une nouvelle distribution.

Isabelle compare sa situation post-curiethérapie avec son état corporel post-accouchement. Les sensations ne sont pas douloureuses. Elle renoue contact avec ses éprouvés en les inscrivant dans l'expérience du corps. La convocation d'une expérience corporelle ancienne comparable signe le premier pas vers une relibidinalisation du corps bien que celle-ci soit d'abord perçue par Isabelle comme un frein pour sa sexualité. « Enfin, je dis faible en parlant de voilà, je sens mes muscles du vagin, je sens que tout est faible quoi. Je sens qu'il y a comme un travail, comme une femme qui a accouché en fait. On a le périnée relâché, on est voilà. [...] Oui puisque comme moi j'ai eu un accouchement, enfin de compte ça me rappelle un peu ça. Le fait que tout soit détendu, dont le périnée ». D'ailleurs, elle me dit travailler son périnée toute seule

comme on lui a appris, suite à l'accouchement, lors de la rééducation. La réappropriation de son corps en passe donc par une phase active de ressenti par le mouvement, la sollicitation musculaire, même interne.

Dans l'ensemble de l'expérience d'Isabelle concernant ses traitements, nous observons une balance à l'œuvre dans les investissements libidinaux oraux et génitaux. Au cours des traitements elle perd le plaisir de manger, les aliments la dégoûtent. « C'était donc quand j'étais malade, c'était avoir très froid, pas envie de manger. (silence+) C'était des gros problèmes avec l'alimentation justement. C'était un dégoût total. Il y avait rien qui pouvait passer, même une soupe. Donc voilà, c'était vraiment un dégoût total de toute l'alimentation et pour moi c'était ça être malade quoi. Parce que ça ne me l'a pas fait tout les jours ». Dans ce même temps qui atteint l'oralité, la génitalité pourtant est toujours investie d'érotisme et mise à l'œuvre malgré les recommandations médicales : « Non. Pas du tout. Malgré que là aussi l'infirmière, enfin, la radiothérapeute m'avait dit pas de rapport sexuel tout le long de votre radiothérapie et honnêtement je ne l'ai pas écoutée. Et après c'était mon problème comme je dis, parce que c'était une question d'infection. Elle avait peur que je fasse des infections, des choses comme ça, et j'ai eu aucun problème. Donc voilà ». Isabelle nous raconte donc que depuis la curiethérapie la tendance s'est inversée, elle retrouve petit à petit l'appétit alors que son désir sexuel est en berne, la sphère gynécologique ayant été plus malmenée par la curiethérapie que par les autres traitements. « Mais à côté de ça, depuis quinze jours, trois semaines, j'ai retrouvée vraiment de l'appétit. Je dis pas que je me goinfre mais j'ai plus de plaisir à manger des choses qui m'ont écoeurée pendant deux mois. Donc je me fais plus plaisir ».

Aussi, Isabelle a investi masochiquement sa perte de poids comme un bénéfice secondaire de la maladie. Ce masochisme est ici salutaire de sa capacité à ne pas perdre de vue un idéal du moi malmené par le cancer qui atteint la féminité du côté de l'esthétique de la femme. Ce masochisme érotise une perte de poids autrement mortifère permettant de garder le corps érotique. « Mais moi en fin de compte, c'était un mal pour un bien, parce que cette radiothérapie m'a fait perdre du poids. Donc déjà pour moi je me sens mieux. Même si malheureusement comme je dis ça n'a pas été une bonne perte de poids parce que c'était le fait de pas manger donc voilà. Mais, en fin de compte, ça m'a permis d'être mieux aussi dans mon corps de passer par cette étape, d'avoir perdu du poids et (silence+), parce que j'osais pas toujours dire mon poids à mon conjoint, donc là je me sens déjà mieux vis-à-vis de lui, un peu plus à l'aise aussi (racle la gorge). [...] Mais sinon je me sens peut-être mieux que (silence+), qu'avant la radiothérapie ».

Au Rorschach, nous retrouvons très peu de mouvements accompagnent l'absence d'identification féminine, mise à part à une partie du corps féminin : son sexe. Le protocole est pulsionnellement figé dans le narcissisme. Aucune relation n'est représentée dans ce protocole de Rorschach mais elle garde la capacité à représenter le clinicien comme objet d'étayage pendant la passation.

La planche VI permet d'observer des représentations de passivité et de réceptivité devant l'émergence de la sensorialité (FE+, kobE, Gimp). Isabelle se laisse pénétrer fantasmatiquement par l'effraction, par ses projections, par le test. Le traitement de la planche VIII nous informe également sur les capacités de passivité d'Isabelle :

VIII.^ TL=0	1- toujours pareil l'intérieur du corps	Même chose en couleur(D9) avec plus de précisions : le col de l'utérus (Dd16) l'utérus (D5) l'entrée du vagin (D7bas)	D	F-/Hd	Anat/ réponse intérieure du corps	à l'enquête le travail de liaison peut advenir malgré la persévération d'une projection arbitraire massive
	2- malgré sur les côtés comme des animaux suspendus.	(D18)	D	Kan+/kop	A	Ban
	« en couleur c'est plus agréable ».					Rmq couleur critique de l'objet

La VIII est à nouveau charnière dans le sens d'une tentative de dégagement et d'une faible émergence pulsionnelle (kan+) qui s'avère finalement renforcer la passivité à la projection. Cette planche semble annoncer l'incapacité du sujet à maîtriser ses productions et ses pensées et sa passivité renforcée (kpo) devant ses propres projections « un temps suspendues ». La suspension du temps est évidemment la marque du traumatisme et cette kinesthésie de position nous montre une défense que l'on pourrait dire désespérée devant la force qui contraint Isabelle. Celle-ci tente d'éviter la passivité qui transparaît tout de même, elle se débat contre le deuil et les renoncements que lui imposent les traitements. D'ailleurs, son premier contact avec le test relate de cette effraction (Choc au noir).

Elle ne voit que ce qu'elle n'a plus, ce qui a été mis en dehors d'elle par l'opération est rendu théoriquement accessible à la perception. La planche IX atteste de cette impossibilité de fantasmer ces organes génitaux, les résonances avec les sollicitations latentes sont absentes, écrasées par le réel : la planche utérine engendre une projection de l'utérus.

La planche V (la plus aisée perceptivement) permet à Isabelle de livrer son intimité dans le transfert. Elle s'appuie sur le banal pour parler de sa perception, mécanisme récurrent et toujours plus actif dans le protocole : le global et le recours aux limites sont un tremplin pour entrer dans le corps parcellisé. Pourquoi dans le transfert ? Si elle accepte de donner une banalité, elle me fait part en suivant d'une intuition à propos du matériel qui semble vouloir dévoiler mon intention à travers le test (que je ressens ainsi), une intention replacée dans le contexte actuel des traitements, lui permettant par projection, de livrer sa véritable perception comme une intimité dissimulée jusque-là. Elle garde donc, pudiquement cachée par des banalités (il n'y en aura plus ensuite), une partie d'elle-même qu'elle ne pourra livrer qu'une fois inscrite dans le transfert par le biais de la planche V.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

La passivité corporelle est donc vécue comme un « handicap » sensoriel qui la prive d'une satisfaction pulsionnelle par le mouvement entraînant une désintringation donc une régression repérable dans la perte des plaisirs. La libido, retirée de la sphère génitale, représentée par « tout le bas », dans l'incapacité d'investir le corps alité (la contrainte de l'immobilité ne permet plus que l'érotisme soit porté par le corps) qui n'est donc plus la scène du désir, finit par désinvestir la sphère orale et Isabelle perd le goût de manger.

« Oh ben moi j'avais pas envie de manger. J'avais pas de plaisir quoi je vais dire. De manger presque allongée c'était se nourrir pour se nourrir quoi. Il n'y avait pas du tout de plaisir pendant ces deux jours là. Bon, par contre, on a une très bonne récupération, enfin moi personnellement je me suis sentie comme l'avant-veille de l'opération au moment où je me suis levée quoi. Je veux dire il n'y avait pas de souci. On récupère très bien. On récupère très bien. C'est pas une opération quoi. Donc c'est pas mal dans la tête en fait j'ai trouvé ».

Nous voyons là que la régression est possible sans désorganisation et la subversion libidinale peut reprendre ses droits sur le chemin progressif. La réintringation pulsionnelle rend au corps ses sensations lorsque la contrainte s'arrête.

Encore une fois au cours des traitements, la contrainte physique qui réduit les capacités de mouvements est mal vécue. Isabelle sans emprise sur son corps se sent inutile : « Moi c'était le fait de pas, d'être malade quoi en fait. J'ai pas eu trop de baisse de morale. C'est surtout le fait d'être malade on sert à rien. Moi j'ai eu des moments où je me suis dit ça me prend la tête je sers à rien ».

Au Rorschach, le sujet se laisse gagner progressivement par une passivité et une perméabilité aux stimuli sensoriels de la planche, s'éloignant peu à peu du cadre formel et perceptif qu'elle maintenait

défensivement jusqu'alors : les réponses sont plus nombreuses. Ce protocole et l'ensemble des passations sont très transférentielles. Isabelle nous guide dans ses perceptions, elle propose un fil et on la suit jusque dans l'intérieur du corps. Elle se met progressivement à nu.

Le protocole se déroule sous notre lecture comme un processus chronologique dans lequel chaque planche s'articule à la suivante pour permettre la pénétration du sujet par la projection / l'effraction / le transfert. Le Gimp en est la porte d'entrée, la planche VI joue en effet un rôle charnière entre deux modes projectifs et définit parfaitement l'effraction corporelle qui s'étend / contamine l'ensemble du corps avant de se centrer sur la partie malade et manquante à la planche suivante.

Pour moi, c'est un Gimp car le buvard est la planche et la tâche est la réponse qui ne peut exister sans le support. Les deux s'interpénètrent. Les réponses évoluent de la forme à un estompage, témoignant du fait que la projection prend le pas sur la perception. Il y a un laisser-aller à la passivité, contrairement aux réponses du début qui étaient beaucoup plus défensives et allaient dans le sens d'un renforcement des limites (F).

La centration narcissique qui se ressert au fur et à mesure des projections à l'organe touché jusqu'à « nous » situer tout entier dans l'intérieur du corps, résumant l'investissement pulsionnel aux préoccupations hypocondriaques.

Répétition, persévération avec sidération et effraction des sollicitations latentes du test nous mettent sur la voie du trauma.

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN :

3.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Étonnamment apparaissent à ce temps des défenses beaucoup plus opératoires. Isabelle est prise avec son corps troué, le fantasme a disparu avec les affects, laissant la place à des figurations du corps, crues et persistantes. La sidération maintient et remâche des images d'un corps désincarné, machinisé, difficile à regarder pour Isabelle : « oui. Parce que c'était dur quand même. C'était une lourde opération quand même parce qu'ils m'ont ouvert le ventre alors que jusqu'à aujourd'hui j'y avais échappé on va dire, parce qu'il y avait les coelio. Donc là il y a eu l'ouverture du ventre, la grande cicatrice, les poches urétérales à droite, à gauche il y avait la, comment ils appellent ça ? (silence+) Mince. Ah ben je l'ai dit tout à l'heure mais je m'en rappelle plus. Bon, je m'en rappelle plus. Enfin, il y avait encore un autre truc qui sortait de l'autre côté, enfin c'était lourd quoi. C'était vraiment, psychologiquement à regarder, tous les jours avoir les soins et voir ces trucs qui sortent du corps, c'était un peu impressionnant quoi. A garder comme ça deux mois c'était... ».

La déliaison vient annuler le travail du symbolique, laissant place à une compulsion de représentation.

3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Isabelle semble plus atteinte qu'aux deux premiers temps. C'est bien l'intervention chirurgicale qui fait office de point de rupture, surtout suite à l'accumulation des complications qui semblent empêcher le corps de cicatriser et avec lui la psyché.

L'opération, en tant qu'ouverture du corps sur l'extérieur, est vraiment venue fragiliser l'intégrité corporelle d'Isabelle. Les organes gynécologiques internes sont devenus l'objet d'une angoisse exprimable. Le vagin est clairement l'endroit de la crainte suite à l'image d'une cicatrice fragile qui symbolise une potentielle ouverture sur l'intérieur du corps. « Oui parce que ça sert à rien de (inspire). Trop peur. De toute façon moi j'aurais trop peur que ce soit pas agréable alors qu'au fond de moi je sais que la cicatrisation vaginale elle est pas encore terminée, faut vraiment être prudent quoi. C'est de la prudence. Donc oui, pour nous c'est pas le besoin primordial quoi ».

On entend ici la transparence psychique qui permet que se superposent des images du corps et des représentations de la psyché : « au fond de moi », « la cicatrisation vaginale ». Les limites vacillent avec cette cicatrice fragile.

L'érotisme génital a cédé devant la répétition de ces effractions au profit d'une crainte de la pénétration. Une pénétration qui pourrait être synonyme de douleur, certes, mais également de déchirure au fond, d'une ouverture vers l'irreprésentable du corps (l'intestinal?) D'ailleurs celui-ci ne retient déjà plus les urines, établissant une continuité avec l'hospitalisation qui met dans une situation proche de celle du nourrisson.

Le clivage corporel entre un corps érotique et un corps biologique à soigner, un clivage opérant qui permettait à Isabelle de garder des investissements libidinaux portés par le sexe malade, a fini par céder sous le poids de l'effraction corporelle.

3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Suite au retrait des sondes, Isabelle est toujours incontinente, et se voit contrainte de mettre des couches depuis maintenant un mois. Cette « régression », comme elle le dit elle-même, l'atteint fortement dans sa féminité. Celle-ci était pourtant investie lors du second temps. La libido a de nouveau déserté le corps, féminité et sexualité génitale ne représentent plus les bastions gardiens de

l'investissement libidinal d'Isabelle. « Je dis c'est pas très sexy on va dire une femme avec des couches ».

« C'est vraiment ce système de couches pour adulte qui me dégoûte on va dire, voilà. D'avoir ça sur moi, même si ça se voit pas, moi je le sais et puis, au niveau de la féminité ça me touche beaucoup. »

Isabelle le dit d'elle-même, la contrainte de devoir mettre des couches, malgré le caractère transitoire de l'épreuve et tout ce qu'elle vient de vivre, est ce qui finit par la bouleverser et atteindre durablement ses investissements libidinaux. « Mmm, que ça se voit. (silence+) Comme je dis, j'aurais quatre-vingt ans ça me gênerait pas je crois mais à trente ans c'est... c'est vraiment... faut le surmonter quoi. Pour moi hein. Après comme je dis, jusqu'à aujourd'hui j'ai vécu plein de choses difficiles et je crois que ça, ben malgré tout, ça fait partie d'une des choses aussi vraiment difficile. Peut-être plus dure que d'autres choses qui ont été beaucoup plus dures en fait mais psychologiquement c'est ce qui me touche le plus ».

La dysfonction corporelle à travers la perte de la maîtrise sphinctérienne annihile le clivage du corps, entraînant l'arrachement pulsionnel du génital qui ne peut plus prendre sa source dans la fonction physiologique mise à mal : ni besoin, ni plaisir. Alors que le plaisir de manger est toujours investi et revenu avec force pour Isabelle, le corps lui est anesthésié.

« De toute façon mon corps ne ressent pas, j'ai l'impression que j'en ressens pas le besoin de toute façon dans l'immédiat. Je sors juste de ces sondes, il y a encore les incontinences, je me sens pas nette en fait ».

Nous entrevoyons également un fantasme d'incurie par contamination de l'extérieur par l'intérieur, du vaginal par l'intestinal. La féminité est rabattue par un féminin devenu intestinal dont les fluides s'échappent sans barrière.

3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Suite à l'accumulation des effractions corporelles, Isabelle semble prise dans un temps suspendu qui n'a plus de durée réelle. Elle me fait part du retrait de ses sondes ainsi : « J'avais des sondes urétérales et une sonde vésicale, donc on vient juste de me les retirer », puis quand je lui demande de préciser elle dit : « Voilà, ça va faire un mois que les sondes ont été retirées totalement et je devais avoir des incontinences, des petits problèmes pendant une quinzaine de jours, mais ça fait un mois que ça dure ».

L'opération chirurgicale qui laisse une cicatrice au fond du vagin et les complications qui laissent une incontinence urinaire provoquent de nouveaux mouvements désintriants conduisant à une nouvelle distribution pulsionnelle.

La perte de la maîtrise sphinctérienne place le sujet face à une régression importante et d'autant plus désorganisée qu'elle dure dans le temps.

Le travail de la maladie concerne pour Isabelle sa stérilité suite à l'opération. Elle doit faire face au deuil d'un désir d'enfant qui était très vif chez elle et son compagnon. Ce sujet réveille des affects dépressifs chez elle mais le travail de la maladie est en cours et nous pouvons l'entendre lorsqu'elle envisage l'adoption comme une option à envisager dans l'avenir.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

Au T1, les investissements libidinaux sont toujours dirigés vers la sexualité, c'est d'ailleurs un domaine très investi comme celui du social. Isabelle ne semble pas subir de remaniements libidinaux particuliers. La désintringement qui lui permet d'aborder la maladie sans affect dans un registre opératoire, favorisant dans le même élan l'émergence d'une pulsion de mouvement, ne concerne pas les investissements génitaux qui trouvent toujours à s'exprimer.

Au T2, le corps est toujours la scène des investissements / désinvestissements libidinaux. L'autre n'est pas absent mais il est pris dans la possibilité ou non de jouissance. À ce temps ce n'est que du corps dont on parle, l'interne, l'externe il recouvre l'objet, et les investissements sociaux du premier temps. La centration narcissique est à l'œuvre, prenant à la fois les sensations de l'intériorité et l'esthétisme de l'extériorité comme socle.

T3 : l'objet d'amour est investi et présent, représenté comme un étayage face à l'épreuve de la maladie. Le lien amoureux est donc mis en avant, cette fois au détriment d'un corps dont les ressentis abandonnent, sur lesquels on ne peut plus compter. On voit à ce temps réapparaître les investissements intellectuels et les projets ainsi que le travail de deuil devenir plus prégnant quant au désir d'enfant.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Nous pensons que l'épreuve actuelle perturbe grandement la passation d'Isabelle qui présente une centration itérative traumatique à l'image de l'intérieur féminin, bloquant ses capacités de production de relations de de projections identificatoires. Puisque nous prenons cliniquement en compte le contexte, nous n'interprétons pas le test comme la marque d'une atteinte identitaire mais bien comme une atteinte de l'unité corporelle relative aux traitements.

Nous pouvons également mettre en lien ses réponses centrées sur l'intérieur du corps avec ses questionnements actuels concernant ses capacités procréatives. Par contre, notons que cette thématique n'est pas celle de la planche I et n'inscrit pas la castration dans la problématique relationnelle ou transférentielle de cette planche, le fantasme de castration actualisé réveille des angoisses en lien avec la blessure narcissique.

Intérieur du corps et organes sexuels féminins sont deux figurations de la sexualité féminine représentés dans ce protocole (5 planches sur 10). Ces réponses sont directement sexuelles et parcellaires du corps. Notons une réponse de sexe masculin à la planche III, émergence pulsionnelle d'un fantasme sexuel cru tout à fait adéquat avec les questionnements d'Isabelle sur sa sexualité.

Nous ne trouvons pas de représentation symbolique du corps. Ici l'absence de variété dans le registre sexuel et les projections unisexuées (soit masculines, soit féminines) sont notables. Aucune représentation de relation et aucune figuration de l'image féminine. Le corps féminin n'est pas érotisé bien qu'il soit décrit de façon anatomique.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

La planche 4 montre une érotisation du couple qui peine à se lier à une autre représentation signant une difficulté à prendre en charge l'ambivalence concernant la relation à l'objet d'amour. La planche 6 relève d'une restriction du mouvement érotique.

Concernant les planches 5, 7 et 9, le protocole d'Isabelle confirme l'étude témoin. On y retrouve une image féminine / maternelle négative essentiellement pour la 5 et la 7. La 9, au contraire, montre une relation spéculaire qui permet de déplacer la menace à l'extérieur. Dans toutes, la rivalité est effectivement évitée mais plutôt au travers de l'isolation que de l'évitement.

La planche 11 présente bel et bien une figuration d'une image maternelle archaïque. Par contre, on ne retrouve pas à la planche 19 la représentation « une maison sous la neige ».

Isabelle

Temps de passation 12min, TL insignifiant.

	Passation	Enquête	Loc	Dét.	Cont.	Phén. Part
I. ^ TL= 0	1- je vois une chauve-souris.	Je la vois en noir (G) les ailes (D2x2) le corps (D4)	G	F+	A	Ban Tendance C'
	2- donc c'est noir !			NC		Choc au noir
II. ^ TL= 0	1- je vois toujours cette chauve-souris, un peu plus colorée,	Tête de la chauve-sourie (D4) les ailes (D1x2)	D	FC-	A	persévération
	2- ça me fait penser à du sang	Le sang (D9)	D	C	Sang	
III. ^ TL= 0	3- j'imagine un homme même image des deux côtés comme s'il y avait un miroir au milieu un homme nu, un homme un peu bizarre (rires).	Un homme nu (G) Un miroir (axe de symétrie) Sexe de l'homme (Dd26)	G	K-narcissique	H/Hd	Choc sym Nudité sexe masculin bizarrerie défense maniaque specularité La réponse homme va crescendo dans la description jusqu'à la bizarrerie ce qui montre à quel point la projection via la rouge et ce qu'elle réactive peut être désorganisée

IV ^ TL= 0	1- ça me fait penser à un monstre (rires) qu'on pourrait voir dans des dessins animés ou des films fantastiques	Homme de dessin animé ou bestiole (G) les bras (D18) les pieds (D15) tout son corps une tête d'oiseau (D3)	G	FClob+-	(H)	Réf culturelle déf maniaque
	2-Un personnage très gros, toujours plus grand que la moyenne.		G	K+	H	Tend clob
V ^ TL= 3s	1-là je vois un papillon...	Les antennes (D8) les ailes (Dd16)	G	F+	A	Ban
	2- même si je sens que tous ces dessins ils sont en rapport avec le vagin. Ça ressemble aux dessins qui représentent un vagin que le médecin m'a montré auparavant.	(refoulement)	G	F-	Sexe	Critique de l'objet (intuition) réf (actuelle) personnelle sexe féminin (dessin) Réponse projective
VI ^ TL= 0	1- ça me fait penser à un tapis,	S'intéresse à la symétrie et demande des explications sur pourquoi les taches sont toutes symétriques ?	G	F+	Obj.	Remarque symétrie

	2- à une peau de vache ou de mouton,	Une peau de bête : Le contour (Dd34) de la découpe, une coupure (Dd38)	G	FE+	A	Ban intéressée par les bordures, renfort des limites et des contours devant l'émergence de la sensorialité
	3- à quelque chose comme un buvard		G	FE+	obj	
	4- une goutte qui se serait étalée sur un buvard		G imp .	kob E position	Scèn.	Mouvement suspendu
VII [^] TL= 0	1- ça me fait penser à l'intérieur du corps de la femme	L'entrée du vagin (Dd33) sur le côté tout le reste du corps de l'utérus pas bien détaillé (D2)	G	F+/Hd	Sexe/ anat/ interi eur du corps	Sexe féminin intérieurité du corps. Réf précises d'anat restriction (diminution du nombre de réponses) tend choc au gris.
VIII. [^] TL= 0	1- toujours pareil l'intérieur du corps	Même chose en couleur(D9) avec plus de précision : le col de l'utérus (Dd16) l'utérus (D5) l'entrée du vagin (D7bas)	D	F-/Hd	Anat/ répon se interi eur du corps	à l'enquête le travail de liaison peut advenir malgré la persévération d'une projection arbitraire massive
	2- malgré sur les côtés comme des animaux suspendus.	(D18)	D	kan+/ kpo	A	Ban mouvement suspendu
	« en couleur c'est plus agréable ».					Rmq couleur critique de l'objet

IX.^ TL= 0	1- toujours le corps de la femme...	Même image en plus élargie :	G	F-	Anat	persévération
	2-enfin, la partie intime qui remonte un peu plus jusqu'au col de l'utérus	le col de l'utérus (Dbl8)	Dbl	F-	Hd Sexe/ anat viscé rale	
X^ TL= 0	1- là on est toujours dans le corps de la femme	Toute la partie intime. Le col (D11) l'entrée du vagin (D10)	G	F-	Anat/ interi eur corps	persévération
	2- avec les ovaires sur les côtés	Les ovaires (D1x2)	D	F-	Hd/ Sexe/ anat vicér ale	Termine sur la globalité de sa projection qui se déploie entièrement intégrant l'ensemble des organes génitaux féminins internes.

Choix positifs :

X= représente vraiment les dessins de l'organisme. Ça m'explique plus comment est fait mon corps, ça me rassure.

VIII= plus approfondi, représente plus mon problème, col, utérus, plus ciblé.

Choix négatifs :

IV = j'aime pas trop ce genre de film. Rien à voir avec le rest des planches. Le fait que ça me vienne en premier.

II = le fait qui y ait ce rouge qui représente le sang. Même si le sang me fait pas peur, une autre couleur aurait été mieux.

Planche 1:

Un petit enfant qui boude. Mais en fait non qui réfléchit comment faire marcher son violoncelle je sais pas, peut être qui boude pas en fait.

Procédés: L'immaturité fonctionnelle est reconnue (A1-1) portant sur l'âge en dépit de l'identité sexuelle CI2 : anonymat, La posture signifiante de l'affect (bouder) (CN-3) sert la mise à distance de l'affect suggéré par une attitude négative. Centration sur le personnage (CN-1). Une seconde proposition est donnée sous forme d'annulation de la première (A3-2) accompagnée d'un doute (A3-1) d'une hésitation (A3-1) et d'un remâchage, signifiant le conflit intra-personnel (A2-4).

Problématique: L'immaturité fonctionnelle entraîne une attitude de retrait narcissique. Cependant l'annulation débouche sur l'émergence d'un conflit dans la mise en relation avec l'objet et la tentative d'investissement de cet objet qui prend le pas sur le retrait narcissique. Néanmoins le conflit ne se déploie pas et s'enlise dans des procédés rigides qui bloquent l'historicisation.

Planche 2:

Moi je suis pas trop inventive, qu'est ce que je pourrais vous inventer ?
Je vois un homme au travail et une dame qui attend son homme et une autre dame plutôt catholique!

Procédés: Débute par un commentaire personnel d'échec narcissique face à la capacité d'imaginer (CN-1) suivie d'un appel à la relation au clinicien (CM-1). Malgré la tentative de mise en relation érotisée « son homme » de deux personnages (B3-2) le récit reste très restrictif (CI-1), anonymes (CI-2), signifiant la réelle difficulté de fantasmatisation. La restriction est telle qu'elle engendre une confusions des identités (un homme et une dame qui attends son homme E3-1). Le dernier personnage est isolé (A3-4) et accompagné d'un détail bizarre sans justification (E1-2), introduit par une précaution (A3-1) nous indiquant en dernier ressort par symbolisme transparent (B3-2) le fantasme retenue.

Problématique: Dans un contexte œdipien le couple parental est timidement représenté et érotisé. L'interdit est signifié de manière ferme par l'isolation du second personnage féminin et son caractère « catholique » qui la préserve du désir érotique et du fantasme de séduction, évitant ainsi la possibilité d'une rivalité. La fille est interdite d'excitation devant le fantasme de scène primitive et l'interdit est posé de façon massive.

La restriction de l'interprétation et son ton déterminé ne laisse pas de place à une négociation du conflit ou à l'émergence d'une ambivalence intra-récit, palliée cependant par une ambivalence transférentielle (CM).

Planche 3BM:

Une femme désespérée. Enfin de dos c'est une femme pour moi, désespérée contre un lit, peut être qu'il y a quelqu'un je sais pas. (Vous pouvez imaginer pourquoi elle est désespérée?) Si elle est au chevet d'un lit d'une personne malade.

Procédés: Débute par un affect titre (CN-3). L'identification proche du personnage (CN-1) est soulignée alors que l'affect fort (B2-2/B3-1) associé à la posture (CN-3) est remâché (A3-1).

Introduction avec précaution (A3-1) d'un autre personnage non figurant sur l'image (B1-2) qui provoque immédiatement l'arrêt du discours (CI-3). La question du clinicien tente de lever l'inhibition (CI-2) permettant la liaison de l'affect à une représentation. La projection est altérée par les événements actuels : « personnage malade » (E1-4).

Problématique: Le récit se déroule dans un contexte de position dépressive convoquant l'actualisation de la perte et du deuil. Représentation et affect se lient grâce à l'intervention du clinicien (objet extérieur) qui favorise l'évocation d'une image actuelle de personne malade et alitée (passation en chambre d'hospitalisation). Ici l'image est en suspens, la reconnaissance de la perte et de l'affect de désespoir paralysent les associations et les pensées, la liaison et le travail psychique sont coûteux et laissent entrevoir une sidération. Le refoulement (B3-1) est à l'œuvre, il participe d'une restriction du récit, sous-tendue par des défenses narcissiques.

Planche 4:

Alors un couple qui s'aime. (rires) Lui il a pas l'air très amoureux. Cette femme retient son mari dans un contexte.... je sais pas dans un endroit public on dirait.

Procédés: Entrée directe dans l'expression (B2-1) par une mise en tableau comprenant le couple comme une entité associée à un affect (CN-3/B1-1). Un aller-retour timide entre désirs contradictoires (B2-3) signifie l'ambivalence dans le couple ainsi qu'une relative labilité dans les identifications (B3-3). L'abord par le rire (CM-3) permet la distance affective avec les représentations de séparation que cette seconde proposition impose. Le conflit émergent ne peut être pris en charge, il est court-circuité par une précision spatiale (A1-2), des précautions (A3-1), un refus (CI-1) qui permet de mettre la scène à distance (CI-2/CI-1).

Problématique: Le contexte œdipien n'est pas du tout évoqué, jusqu'à l'évitement dans un premier temps de la différence sexuelle déniée : couple, l'histoire n'est pas élaborée. L'ambivalence est possible mais l'angoisse de séparation attenante entraîne des défenses rigides et évitantes.

Planche 5:

(4s) donc là cette femme est venue fermer la porte de son salon ou bureau pour ne pas être dérangée par la personne qui est dedans.

Procédés: Cette planche entraîne par rapport aux autres un léger temps de latence (CI-1). Une petite histoire peut être élaborée autour des détails manifestes insistant sur le faire (CF-1), qui met à distance la fantasmagorie voyeuriste. L'histoire est centrée sur le personnage féminin (CN-1) et ses éprouvés. L'introduction d'un personnage sexuellement anonyme (CI-2) non figurant dans l'image (B1-2) sert le récit qui se déroule autour du dedans/ dehors dans une tentative de délimitation et de tenir à distance le fantasme sexuel (CN-4 « fermer la porte de son salon ») de manière tout de même relativement transparente (B3-2). Les motifs et les relations ne sont pas précisés (CI-2).

Problématique: Face aux sollicitations de la planche dans le registre de la perte on relève ici une lutte contre l'angoisse de perte de l'objet dans un registre narcissique à travers le renforcement des limites, la délimitation des espaces et l'enfermement de l'objet « dedans ». Dans un autre registre, le personnage féminin ne veut pas être « dérangé » par la possibilité que la personne « qui est dedans » ne réveille ses fantasmes sexuels, et lutte ainsi contre l'émergence fantasmagorique de la sexualité.

Planche 6 GF:

Donc un homme qui... donc un homme qui accoste une femme et elle elle a l'air surprise de cette accroche.

Procédés: Entrée direct dans l'expression (B2-1) accompagné d'un remâchage (A3-1) du début de l'histoire. Pas de lien érotisé entre les personnages et pas de motif (CI-2). Pas de mise en histoire la description factuelle (CF-1) s'en tient à la surprise de la femme (B3-1).

Problématique: Pas de différence des générations et pas d'évocation de fantasme séducteur. La sollicitation latente de la planche et simplement abrasée par la restriction et le refoulement.

Planche 7GF:

(5) Une jeune ! Femme qui porte un nouveau né dans ses bras, qui le porte très mal à mon goût et une femme derrière je sais pas ce qu'elle fait ce qu'elle regarde mais elle a pas l'air d'accord.

Procédés: Après un temps de latence long (CI-1) elle introduit le discours par une exclamation (B2-1) qui porte l'accent sur un détail narcissique (CN-2) de l'un des personnages et notamment sur son âge qui semble être un point d'ancrage à l'identification (la patiente a 28 ans). La fausse perception du nouveau né (E1-3) et la référence personnelle négative (CN-2/CM-1) à propos du personnage (CN-1) signe un vacillement dans la conscience d'interpréter (CL-1). Le nouveau né est isolé sans affiliation avec les personnage féminin (A3-4). Le second personnage est plus anonyme (CI-2), sans lien avec le premier (A3-4), et décrit par sa place sur l'image (A1-2), ce qui permet une mise à distance identificatoire. Cependant, les commentaires personnels à son propos (CN-1) et l'interprétation de son attitude (CN-3) nous mettent sur la voix d'une hyperinstabilité des identifications (CM-2) des identifications. La patiente semble lutter contre cette identification à cette place de mère mais la distance est difficilement prise en charge et échoue dans une confusion entre narrateur et sujet de l'histoire (CL-1) lui permettant d'exprimer à nouveau son désaccord. La projection est massive (E2-3).

Problématique: La différence de génération n'est pas marquée distinctement, floutée par la massivité de la projection. Les identifications instables signent la difficulté d'accéder à la représentation de maternelle, hautement défendu (presque désorganisant). Aucune ne sait faire avec le nourrisson évoqué. D'ailleurs cette fausse perception vient signer l'importance de la fantasmagie actuelle autour de la stérilité qui impose une place identificatoire à la patiente encore mal acceptée d'où les identifications instables et l'agressivité tangible pour ces personnages et cette relation qui souligne l'actualité d'une problématique d'ambivalence identificatoire pour cette patiente.

Planche 9 GF:

(5) deux femmes au bord d'un lac qui ont l'air un peu perturbées comme si elles s'échappaient de quelque part. (d'où par exemple?) je sais pas, ça me paraît tellement des vieux personnages qu'elles pourraient s'échapper d'une... (vous alliez dire ? D'une?) d'une chambre de bonne.

Procédés: Les deux personnages sont reconnues dans une relation spéculaire (CN-5) qui permet d'éviter le conflit au même titre que l'absence de mise en histoire et la banalisation des personnages (CI-2). L'expression d'affect/attitude « perturbées » (B2-1/CN-3) et en lien avec une représentation

d'action (B2-4) qui entraîne un arrêt dans le discours (CI-3) deux fois malgré l'étayage du clinicien. Finalement, la banalisation (CI-2) assortie d'un commentaire à propos des personnages (CN-2) « vieux » minimisant leur impact érotique, décharge l'histoire de toute fantasmagorie dans un contexte inoffensif et permet d'introduire une précision spatiale (A1-2) pour compléter l'histoire sans pour autant motiver le conflit (CI-2).

Problématique: le conflit n'est pas précisé et ne se déploiera pas même avec l'étayage du clinicien. Le mouvement érotique qui émerge porté par le corps dans une action de fuite ne peut être pris en charge et convoque d'importantes défenses narcissiques et évitantes. La rivalité est d'abord soigneusement évitée grâce à la spécularité mais le danger reste palpable à travers le choix de l'action. Enfin, les processus psychiques terminent leur travail de sape et abrase les mouvements pulsionnels en déchargeant les personnages et l'action de leur charge fantasmagorie.

Planche 10:

Donc là pour moi c'est un homme et une femme qui s'enlacent avec beaucoup de sentiment. (3) Peut être y a une peine derrière de la part d'un des deux, ils se consolent.

Procédés: Anonymat des personnages (CI-2). L'accent est porté sur l'action (B2-4) au détriment de l'affect minimisé (A3-4). Au final c'est un affect de tristesse qui est exprimé (B1-3) immédiatement intégré à une relation d'étayage (CM-1) spéculaire (CN-5).

Problématique:

Le mouvement libidinal est porté par le corps qui devient porte parole du désir. L'érotisme est rapidement associé à la peine et le couple se rassemble en une entité consolante renforcée par l'anonymat sexuel en fin de récit.

Planche 11:

(5) Alors pour moi c'est très morbide je vois rien du tout, il manque juste un aigle noir au fond (rires). C'est noir, c'est profond, il y a rien, c'est... une catastrophe.

Procédés: Après un temps de latence plus long que la moyenne (CI-1), la massivité de la projection (E2-3) oscille avec un refus perceptif (CI-1/CL2 : voir). Sous couvert d'humour (CM-3) une représentation à symbolisme hermétique (E2-1) est ajoutée à l'image (E1-3). La thématique est remâchée (A3-1).

Problématique: (analysée en regard de la théorie du féminin)

La régression est nettement désorganisante. L'angoisse est palpable à travers des images fortes d'absence, de vide... de trou « noir » et « profond ». Les angoisses qui sont ici réveillées tiennent de la destruction interne, la « catastrophe » réalisée qui fait table rase de toute consistance interne, du féminin, de la pulsionnalité. Suite à l'échec de la perception (castration féminine ravivée), la défense maniaque tente en dernier ressort de placer un symbole phallique dans ce vide permettant de ne pas y être entièrement aspirée. Face à la régression il s'agit bien de la castration qui est évoquée renvoyant à des angoisses de destruction interne, de vide, de vertige.

Planche 12BG:

Donc là un joli parc d'automne avec une vieille barque je sais pas si il y a un ruisseau dessous ou pas mais on dirait une vieille barque abandonnée à l'automne.

Procédés: accrochage au percept (CL-2) assortie de détails narcissiques (CN-2) « jolie », « vieille ». Le registre nostalgique entraîne une inhibition (CI-1) et une tentative de renforcement de l'enveloppe corporelle (CN4) qui permet d'exprimer dans le doute (A3-1) et le remâchage une représentation de l'abandon .

Problématique: réactivation d'une problématique d'abandon dans un paysage à tonalité mélancolique.

Planche 13B:

(rires) Alors là ce petit garçon il a l'air tout triste en plus il a pas de chaussures, il attend devant une grange mais je sais pas ce qu'il attend peut-être il est puni.

Procédés: le rire qui introduit le discours apparaît en total inadéquation avec l'affect évoqué dès le début. L'affect est mis au service du refoulement de la représentation (B3-1) suivi d'un détail (CN-2) évoqué dans une logique personnelle (E3-3). L'action passive est donnée dans une référence spatiale (A1-2) suivi d'un commentaire signifiant l'incapacité à élaborer le conflit (CI1/CN-1) qui sera finalement lié à une action extérieure sans pour autant motiver l'histoire (CI-2).

Problématique: L'opérationnalisation ne permet pas que se déploie la problématique. La solitude entraîne un affect de tristesse ainsi qu'une passivité qui semble imposée par une autorité extérieure. La lutte anti dépressive convoque des défenses dans un registre narcissique.

Planche 13MF:

Alors là malheureusement je pense que sa femme derrière ou elle est malade ou elle est décédée et qu'il vient de la découvrir (6) forcément parce qu'il se cache le visage comme si il voulait pas voir sa femme comme ça.

Procédés: L'affect minimisé (A3-4) introduit l'hésitation entre deux interprétations fortes (A3-1). Le personnage féminin est mis dans une relation de couple (CN-1) alors que le personnage masculin reste anonyme (CI-2). C'est la posture qui signifie l'affect (CN-3) celui-ci n'émerge pas.

Problématique: La planche n'est pas perçue dans un contexte œdipien. C'est la répression des affects qui s'impose face à des représentations fortes (et actuelles) de maladie et de mort. La désertification de l'érotisme comme de l'agressivité nous met sur la voix d'une abrasion pulsionnelle.

Planche 19:

Alors ça pour moi on dirait des dessins pour dessins animés, il manque plus que les petits personnages.

Procédés: référence culturelle (A1-4), fausse perception (E1-3) et restriction (CI-1).

Problématique: La régression est abordée dans une dimension infantile à travers une image de réassurance.

Planche 16:

Je préfère regarder cette page parce qu'elle est blanche plutôt que commenter du noir et du blanc, c'est trop triste pour moi. (qu'est-ce que vous pourriez imaginer à partir de cette page blanche?) Des dessins de mon fils en couleur (rires) de la couleur. Quelque chose de plus gai.

Procédés: commentaire personnel à propos de la couleur (CN-1/CN-2) lié à un affect de tristesse (B1-3). Introduction d'un personnage (B1-2) et insistance sur la couleur (CN-4). Affect contrastés (B2-3).

Problématique: On trouve la capacité à faire appel à un objet externe pour pallier le vide sensoriel. La sensation est mise en avant, liée de manière assez sommaire à des affects simples et contrastés (la tristesse pour le noir et blanc, la gaieté pour la couleur). La possibilité de s'extraire des sollicitations manifestes (donc du test) semble perçue comme un soulagement mais aucune histoire ne peut être élaborée.

Juliette,

« Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Juliette a la soixantaine, qu'elle porte avec dynamisme. Elle est encore active professionnellement dans un métier à responsabilités et vit en couple avec une femme. Elle est alertée par des pertes et des saignements qui dérangent sa vie quotidienne et qui la poussent à consulter. Suite aux premières analyses, sa gynécologue lui annonce un cancer de l'utérus qui doit être opéré. Au moment où je rencontre Juliette pour le premier entretien en chambre d'hospitalisation, l'intervention est prévue pour le lendemain par cœlioscopie pour une hystérectomie possiblement élargie à d'autres organes, en fonction de l'avis des chirurgiens lors de l'opération elle-même.

Lors de notre seconde rencontre, trois mois après le début des traitements, elle commence l'entretien par le dilemme du protocole par tirage au sort : les médecins lui ont laissé le choix entre un soin expérimental comprenant de la chimiothérapie et un soin classique de radiothérapie. Finalement, elle explique qu'elle refuse de s'exposer au hasard du tirage et préfère ne pas faire partie du protocole, elle n'aura donc que de la radiothérapie. Suite à notre entretien, elle doit encore bénéficier de quelques séances de radiothérapie et d'une séance de curiethérapie.

Ce second entretien n'apporte pas beaucoup d'eau à notre moulin en raison de la grande banalisation qui y règne. Les résistances sont élevées et le refus est patent, elle débute l'entretien par : « rien, rien de particulier à dire (silence) ».

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Lorsque je rencontre Juliette pour lui proposer l'étude, elle se situe immédiatement comme un « cas particulier » pour mon sujet sur la sexualité, du fait de sa relation homosexuelle avec une femme avec qui elle vit. Néanmoins, elle est une femme en couple et débute prochainement les traitements pour un cancer gynécologique pelvien, je lui propose donc une rencontre, qu'elle accepte.

L'entrée en matière est difficile pour moi, elle me pousse à être très directe et adopte une attitude moqueuse. Juliette est très difficile d'accès, son assurance et sa rigidité relèvent du contrôle qu'elle tente d'exercer avec force sur notre entretien. Elle me renvoie ma jeunesse et par là son expérience avec agressivité. Elle installe une atmosphère de rivalité qui la rend relativement *impénétrable* à l'exercice de l'entretien. De fait, toute tentative d'élaboration reste bloquée par des convictions

fermes qui verrouillent l'émergence d'affects sur un mode défensif extrêmement élevé. Cette *fermeture psychique* rend donc le travail associatif de l'entretien difficile et s'accompagne d'une agressivité à mon égard.

Trois mois après notre première rencontre, le registre n'a pas changé, l'entretien est toujours très difficile. Nous nous rencontrons cette fois dans un bureau. Elle est très soignée, dynamique, un peu sèche et sur la défensive. Elle me semble toujours condescendante avec moi. L'entretien est pénible à mener et même à réécouter. Elle tape sur la table pour ponctuer ses phrases, adoptant une gestuelle qui vient signifier « l'évidence » et donc l'inutilité de notre rencontre, de mes questions et de la recherche. Je ne suis pas vraiment surprise lorsqu'elle refuse le troisième entretien.

L'analyse de ses passations atteste du fonctionnement narcissique de Juliette.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Alors qu'elle décrit l'opération qu'elle va subir le lendemain, la confusion surgit à propos des organes qui vont être retirés. « Qu'est ce qu'ils peuvent retirer de plus ? » « ils enlèvent quand même énormément de chose ». Comme elle insiste sur ce qu'ils peuvent enlever de plus, le fait « d'aller plus loin », je questionne le fantasme. Celui-ci est à la fois massif, fait de projections crues: « coupures », « sutures », « trous », qui renvoient à l'intériorité corporelle et à la castration, et tenu à distance par un accrochage au factuel du quotidien. C'est-à-dire que l'évocation de l'intériorité corporelle provoque une recrudescence quasi instantanée de défenses factuelles qui replacent l'opération dans ses conséquences sur le quotidien. « C'est pas la question de comment on vit physiquement après, mais plus à partir de quand je vais pouvoir faire de la voiture, à partir de quand je vais pouvoir me balader (rires) à partir de quand je vais... ». Penser l'intérieur semble ne pas la laisser indifférente, contrairement à ce qu'elle semble penser.

Une importante centration narcissique se fait sur l'utérus. Elle décrit cet organe comme dérangent et « inutile » pour la femme, n'apportant que des « ennuis ». Il est très clairement assimilé au mauvais objet, il est « l'organe susceptible d'avoir une maladie ».

Le corps et les organes sont convoqués par son système défensif qui s'appuie sur la délimitation anatomique et la fonction physiologique pour parer à un défaut représentationnel. Le travail du symbolique est défaillant, ne permettant pas l'accès au corps autrement que par la voix du biologique. Le sensuel est mis tout à fait à l'écart, il est dénié. Les contours et les limites ont une importance considérable dans cet entretien, le souci principal du sujet étant de délimiter au mieux les choses, souvent grâce à l'intellect et par les actes.

La dénégation est également très forte dans cet entretien ainsi que la répression d'affect. Les traces d'une fantasmagorie surgissent ponctuellement à travers des thématiques actuelles comme la maladie grave, la mort ou la sexualité.

Elle dit ne pas avoir d'angoisse mais le discours est difficile, fait d'association courtes, les défenses sont élevées de manières rigides et factuelles. Elle dit organiser sa maladie comme elle organise sa vie et son travail, ce qui lui permet de contrôler de manière intensive ses affects.

Au TAT, nous percevons à la première planche un désir fortement ambivalent qui demande un aménagement par la dénégation et la tiercéisation pour être assumé. Le désir pour l'objet réveille une angoisse de castration contraignant à la dénégation du désir, porté par un autre indéfini et inscrit dans une relation de contrainte.

Planche 1:

(8) C'est un petit garçon il a... j'en imagine 3 (rires) ça peut être un petit garçon qui a trouvé un violon dans son grenier il aimerait bien en jouer mais il ne sait pas comment s'y prendre. Ou alors c'est un petit garçon qui trouve un violon dans sa maison et il connaît ou pas la personne à qui il appartenait et il s'interroge sur la personne à qui il appartenait, il imagine. Ça peut être un petit garçon, on l'oblige à apprendre à jouer du violon il n'a pas envie et il boude devant l'objet de son supplice.

Procédés : l'isolation de trois représentations (A3-4) se trouve mise au service du clivage de l'objet « violon » qui passe d'objet du désir à objet du « supplice » (CL4). Dans les trois, l'accent est mis sur les réflexions intra-personnelles du personnage (A2-4). Au départ, les précautions (A3-1) accompagnent la prudence, ainsi que la précision spatiale (A1-2) et l'emploi du conditionnel. L'objet est idéalisé (CN2), entraînant une tendance à l'échec narcissique (CN1) lié à l'immaturation du personnage. Dans la seconde interprétation, les précautions ont disparu, la précision spatiale est moins précise (A1-2) et le temps employé est le présent. L'objet est neutralisé au profit de son appartenance à un personnage imaginé (tendance B1-2) qui occupe les réflexions (A2-4). La troisième interprétation permet un lien entre sujet et objet par la médiation d'un tiers (B1-2) inscrit dans une relation de contrainte. Suite à l'expression d'un désir contradictoire (B2-3) par dénégation (A2-3) et d'un affect (B1-3), l'objet est connoté mauvais (CN2).

Problématique : L'image est clivée entre bon et mauvais objet avec au milieu une problématique identitaire et filiale. L'objet est important et immuable mais il est porteur de différents désirs et fantasmes qui peinent à être reconnus en même temps par la même représentation. Les trois interprétations ne sont pas réellement différentes, elles portent

chacune une part du fantasme dont l'intégration se fait progressivement. D'objet du désir accompagné d'une détresse narcissique, Juliette en passe par l'appartenance de l'objet à un autre plus important que l'objet lui-même, pour finalement inscrire la relation avec l'objet dans une relation tiercéisée qui lui permet de ne pas reconnaître son désir et d'évoquer un sadisme par la contrainte.

Nous pouvons lire l'actualité de l'hospitalisation dans l'angoisse liée à une douleur physique déformante et entraînant l'effondrement du corps, représentée à la planche 3.

La problématique identitaire est probablement à la base de ce protocole de facture inquiétante. Les angoisses se manifestent par des atteintes de l'intégrité physique portées par les personnages qui ne sont cependant pas désorganisantes. L'étrange ponctue de son émergence le protocole, souvent accompagné d'isolation, de clivage et de dénégation.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

En réponse à la sollicitation de l'imaginaire, elle répond par son anticipation de la douleur après l'opération.

Malgré son aplomb à me signifier que la sexualité n'entre pas en ligne de compte dans la maladie, c'est un sujet pour lequel elle a posé des questions aux soignants, leur demandant clairement si les traitements allaient modifier quelque chose.

Ce sujet de la sexualité que je lui demande d'anticiper dans le futur la renvoie à des pensées morbides, concernant un trauma ancien (un grave accident sur lequel nous reviendrons), à la mort, traitée d'ailleurs comme tout le reste, c'est-à-dire de manière factuelle, sans affect, avec une logique froide et implacable.

Sa généraliste lui a assuré que l'opération ne changeait rien à la sexualité et ses lectures le lui confirment. Elle décrit sa sexualité comme de « type amicale, affective, tendre », et ce depuis quelques mois, concordant justement avec le début de la maladie. Cependant, elle ne fait pas vraiment le rapprochement, elle semble gênée de remarquer ce lien et le dénie aussitôt.

La question sexuelle est dérangeante, elle est évincée au profit d'un courant tendre et étayant dans sa relation de couple.

Elle explique qu'elle ne considère pas l'utérus comme un organe utile, surtout après un certain âge chez la femme, puisqu'il est associé à la procréation. Elle parle de ses organes en les répartissant entre vitaux et non vitaux. Elle considère que l'utérus n'a plus de fonction à jouer à son âge car il ne sert qu'à avoir des enfants. La possibilité d'un aspect sensuel du corps n'est pas possible, il est

abordé en pièces détachées et fonctionnelles ou non. Les ressentis ne concernent d'ailleurs que la douleur. Lorsqu'elle raconte les débuts de son parcours thérapeutique, elle n'a aucune possibilité d'interpréter les signes cliniques comme relevant d'un corps qui s'exprime, elle ne peut les accueillir qu'à travers la gouvernance du factuel comme pour les pertes qui l'empêchent de mettre un pantalon blanc.

Les descriptions de l'opération sont froides et le vocabulaire médical est maîtrisé. Elle semble à l'aise pour décrire les faits et l'anatomie. Les images sont assez crues et n'éveillent pas d'affects.

Le corps est fonctionnel, les organes sont des pièces détachables, ayant chacune une fonction précise et circonscrite. Le corps contient donc des objets morcelables, déclinés en vitaux ou non, fonctionnels ou non, il est biologique, il n'est pas question de plaisir, de désir, de sensualité, à la rigueur de sensation par la douleur, mais pas d'affects. Le corps de Juliette n'est pas érotique au moment où nous parlons mais, à la vue de ce qu'elle nous dit sur sa sexualité il ne semblait pas l'être plus en amont de sa maladie. Le clivage de l'érotique est permanent chez Juliette, accompagné d'un mécanisme fort d'isolation d'affects qui fait d'elle une machine agitée par la loi du mouvement : « bouger, bouger ! ».

Au TAT, Juliette montre des procédés qui investissent le corps comme défense contre l'effraction des sollicitations latentes. Néanmoins, à la planche 3 le retentissement de la douleur semble atteindre l'intégrité physique du personnage.

Planche 3BM:

Là, c'est quelqu'un, probablement une femme, je sais pas si elle est bossue, je la trouve dans tous les cas très tordue et elle semble... sa position laisse imaginer qu'elle n'est pas là pour faire la sieste ou se reposer, elle semble effondrée, effondrée de douleur. Et il y a un objet que j'identifie pas du tout, je sais pas si c'est un objet d'ailleurs, on dirait. Je dirais détresse, tristesse, voilà.

Procédés : Suite à la reconnaissance sexuelle du personnage (CN1), celle-ci est perçue malformée (E1-4). La position renseigne sur son état (CN-3). La dénégation (A2-3) ne permet pas d'associer une représentation à l'affect. L'évocation de la douleur (CN4) entraîne une tentative de recours au percept (CL2). L'échec perceptif par annulation (A3-2) se clos brutalement (CI1) par des affects titres (CN-3).

Problématique : L'altération de la perception s'accompagne d'une perception sensorielle négative : la douleur. C'est le corps qui est convoqué ici et qui souffre. La sollicitation de l'enveloppe est douloureuse et le conflit ne peut advenir sans lien entre affect et représentation.

À nouveau à la planche 5 le personnage est décrit avec « un air penché » sous l'influence du fantasme sexuel. L'étrangeté émerge à la 10 au travers d'une représentation manifeste incomplète, manquante du bas du visage pour les deux personnages, mais essentiellement pour l'homme.

Juliette a recours au corps pour exprimer ses projections. La sensorialité est très présente dans son protocole, parfois pour réassurer l'enveloppe corporelle, parfois pour délimiter l'espace, jusqu'à la fausse perception (« brume », « fumée ») qui nous indique l'implication de ses ressentis. L'érotisme est également présent, dans les mises en relation mais aussi dans l'action comme à la planche 10 où la danse prend en charge pour un temps le rapprocher corporel, avant que celui-ci, trop excitant, ne dérape vers les fausses perceptions sensorielles.

À ce propos, l'intellectualisation (A2-3) de la planche 12 : « Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables », nous intéresse pour décrire le fonctionnement de Juliette qui utilise ses perceptions sensorielles, même dans un registre hallucinatoire, pour tenter de circonscrire les mondes hostiles qu'elle décrit. La recherche de beauté, et l'esthétique recherchée qu'elle donne à ses histoires même, sont l'équivalent littéraire du trompe l'œil du peintre. Juliette possède une richesse culturelle étonnante qui fait illusion quant à ses dérapages primaires. Pourtant, si on ne se laisse pas bercer par l'esthétique dont elle nous enrobe (féminité?), nous sommes également saisis par le sens confus de ses histoires, désorganisées, qui prennent une tournure hostile, comme si le clivage avait atteint jusqu'à notre capacité d'écoute.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Seule l'évocation de sa mère, dans cette situation actuelle, provoque des « états d'âme » à Juliette. Alors qu'elle est en train de parler d'elle-même avec froideur face au cancer en énumérant les grades de celui-ci de manière banalisée et détachée, elle fait référence à sa mère. D'un coup, toute la problématique du cancer est déplacée : « pas sur moi », sur la mère qui la « préoccupe » et qu'elle souhaite préserver de la nouvelle. Un mouvement identificatoire homosexuel à la mère apparaît, permettant de prendre en charge une partie de l'angoisse par la projection, a minima. Elle finit rapidement par dire qu'elle lui a annoncé un fibrome, considérant que l'information est moins grave qu'un cancer, échappant ainsi à ses mouvements internes en créant un secret qui exclut le mouvement identificatoire naissant. Elle parle également de son père décédé récemment mais le rapprochement entre son cancer et celui de son père n'est pas fait, tous deux pourtant situés au niveau de l'appareil génital.

Suite à son tout premier examen, lorsqu'elle retourne voir la gynécologue pour obtenir les résultats, elle se dit « naïve » de toute intuition de quelque chose de grave et encore moins d'un cancer. Elle avait « oublié » qu'on pouvait lui annoncer une mauvaise nouvelle. Elle n'imaginait pas pouvoir avoir un cancer. Lorsque la gynécologue lève le déni elle est surprise mais l'annonce ne semble pas faire trauma, tant elle ne s'inscrit pas chez la patiente qui continue d'ignorer la gravité de son état. Dans cet état de déni, elle souhaite repousser le curetage que l'on doit lui faire car son travail ne lui laisse pas le temps de se faire hospitaliser. C'est sa compagne qui doit la rappeler à une réalité temporelle et mortelle.

La patiente souhaite reprendre vite sa « vie normale : c'est travailler, aller au cinéma, randonner, aller me promener, voilà quoi. Bouger. Bouger. (rires). ». Le factuel et l'action gouvernent cette description. Elle semble ne pas supporter de rester inactive. Elle fait alors allusion à un ancien accident qui l'avait immobilisée durant 5 mois, « limitant » son activité, ce qui semble très angoissant pour elle. La position passive, ravivée avec l'hospitalisation est clairement rejetée, contre-investie par une activité poussée à son paroxysme.

Le traitement du féminin, au sens d'une capacité de recevoir, n'est pas accessible chez Juliette. Toute son activité psychique est mise au service d'une fin de non passivité (/recevoir). Dans ce contexte, l'alitement que provoque l'opération est appréhendé avec angoisse et réveille le système défensif, renvoyant à un autre événement du même ordre.

Elle s'enquiert de la forme de son utérus, ce qui est alors important est qu'il soit « bien délimité ». Cette remarque n'est pas accessible à l'élaboration. Les limites, comme dans tous les domaines de sa vie, sont ici importantes. La patiente n'a jamais eu d'enfant et dit ne jamais avoir eu envie d'en faire, faisant allusion à son homosexualité. De ce fait, l'utérus est rapproché essentiellement de la « procréation » et elle n'a jamais eu l'utilité fonctionnelle de cet organe. Elle va jusqu'à insinuer qu'elle serait mieux sans cet organe, qui est finalement plus « embêtant » qu'autre chose avec ses « pertes et autres » et en plus, « il a le cancer ». L'organe est personnifié et désigné comme mauvais objet.

Au TAT, nous avons vu que la planche 1 laisse percevoir comment le désir s'inscrit dans une relation sadique de contrainte.

La femme enceinte de la planche 2 est évoquée sans pouvoir être intégrée à l'histoire, représentation isolée qui marque pourtant l'accès à la fantasmatique d'un symbolisme transparent, trop présent pour être révélé, criant au yeux du clinicien. La femme enceinte et l'homme musclé ne se rencontrent pas et sont pulsionnellement figés, tenus à l'écart de la jeune fille.

La planche 4 du couple montre une image féminine indécise jusqu'au clivage, à la fois refusant de perdre et actrice du motif de séparation. La dénégation permet de ne pas lui reconnaître de sentiment amoureux dans un premier temps pour, en fin de récit, présenter une image féminine frivole. La femme est ici à la fois objet de convoitise et de jalousie. Le couple de la planche 6 fait émerger un fantasme sado-masochiste dans une relation de contrainte imposée par l'homme :

Planche 6 GF:

Ça m'évoque des trucs de cinéma, c'est des trucs qui viennent du cinéma ? Non pas forcément ?... Là elle a pas l'air très contente, lui il veut la séduire mais c'est dans un nuage de fumée. Il fume quoi ? Il fume la pipe. (5) Je sais pas trop. Je pense qu'il veut lui imposer quelque chose ou il lui dit quelque chose ou il lui demande quelque chose et la femme est un petit peu interloquée et n'a pas envie. Je verrais presque un petit peu quelque chose un peu sadique de sa part à lui... qui lui fait pas plaisir à elle et elle est pas trop en situation de... de refuser ou de contester. Est-ce que c'est son amant, est ce que c'est son mari ? C'est quelqu'un qui doit la dominer un petit peu, qui a un visage un petit peu réjoui et je pense que c'est pas qu'il la manipule mais il la domine psychiquement et un petit peu comme s'il en tirait un certain bénéfice.

Procédés : Recours au fictif (A2-1) et appel au clinicien (CM-1). Les personnages sont mis dans une relation érotisée (B3-2) représentant le désir et la défense (A2-4). L'évocation de la séduction entraîne une fausse perception sensorielle (E1-3) dans une logique personnelle (E3-3). L'accroche au détail « pipe » (A1-1/CI1) déclenche un malaise (CI3), puis l'expression d'une relation de contrainte dont l'homme est mauvais objet (E2-2), hésitation (A3-1), expression d'affect (B1-3). Le personnage masculin est alors clairement décrit comme mauvais objet (E2-2). L'évocation de la relation sadomasochiste entraîne un dérapage de la syntaxe (E4-1). La place masochique de la femme est évoquée dans la dénégation (A2-3). La question (CI1) reflète une labilité des identifications (B3-3). L'attache à des détails narcissiques négatifs (CN-2/ E2-2) permet d'évoquer le plaisir pervers de l'homme. La manipulation est à nouveau déniée (A2-3).

Problématique : Le fantasme de séduction est présent mais dans une dimension perverse, mettant en scène une relation sadomasochiste de contrainte érotisée, instaurée par l'homme et subie par la femme.

Enfin, malgré une idéalisation de la scène dans un registre tendre, la vision tendre et érotisée du couple de la 10 côtoie une perception inquiétante dans laquelle l'homme est à nouveau visé comme mauvais objet.

La planche 11 permet de lire une imago féminine phallique et effrayante :

Planche 11:

Des ruines, un pont... des animaux préhistoriques, je sais pas, il y a une queue de dragon ?... Des bêtes qui passent le pont. Des personnages sur le pont, petits. Ça fait un peu « le seigneur des anneaux » dans ces films un peu fantastiques. D'un côté, il y a une grande paroi de pierre, de l'autre on sait pas si y a une paroi de pierre ou si c'est de la brume, c'est l'obscurité, c'est noir, ça fait pas du tout accueillant, y a ces blocs de rochers, y a cette queue, ah non ! C'est peut-être, tête et pattes avant... enfin y a un monstre là, à gauche. Ce monstre va vers la personne qui est sur le pont et qui fuit. Et puis derrière, y a ces trucs noirs on dirait des bêtes, je sais pas. Je dirais, c'est quelqu'un qui poursuit

un monstre poursuivant un personnage et des animaux qui passent ce pont dans un défilé obscur et peu avenant.

Procédés : Perception de détails rares (E1-2), à connotation phallique entraînant une question (CN1). Instabilité des objets : des bêtes, des personnages (E3-2). La référence culturelle (A1-4) côtoie un accrochage au percept et au sensoriel (CL-2), attestant de l'hétérogénéité des limites (CL3) et entraînant une désorganisation spatiale (E3-3). La perception sensorielle « brume » (E1-3) s'accompagne d'un caractère désétayant (CM-1). Le détail phallique est finalement dénié (A2-3) et c'est un monstre qui apparaît derrière le phallus, signant la confrontation au mauvais objet (E2-2). Enfin l'histoire peut se construire autour d'une action de fuite (B2-4), sous-tendue par une expression très littéraire et dramatisée (B2-1). Pour autant, l'histoire, sous couvert d'une belle formulation, reste peu accessible à la compréhension, notamment à cause de l'instabilité des objets (E3-2) qui anime toute la description de poursuite.

Problématique : Ici, l'imaginaire maternel est nettement phallique et attaquante. La régression est possible mais vers une relation effrayante, confrontant Juliette au mauvais objet. La sensorialité est convoquée pour tenter de délimiter un monde informe et obscur mais échoue régulièrement dans une confusion entre projection et réalité. C'est un fantasme de dévoration qui émerge à travers la description d'une poursuite, mettant en scène un monstre dans cet antre noir.

Juliette interroge régulièrement la filiation des personnages qu'elle met en scène. Nous remarquons que, lorsque l'image représente un enfant (1 et 13B et 7), Juliette place à chaque fois une relation parentale ascendante qui ne concerne pas le couple parental mais un seul des parents. D'ailleurs à la planche 7, la relation mère / fille est interrogée dans les deux sens, ascendant et descendant, des liens générationnels sans pouvoir émerger véritablement, entraînant des défenses très hétérogènes (CL3) pour l'éviter. L'interprétation semble s'organiser autour de la proposition : « personne ne regarde où il doit regarder » relevant les difficultés de Juliette à faire entrer sa réalité psychique dans le cadre du manifeste.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Nous relevons une confusion temporelle dans son discours, qui se manifeste par des erreurs entre les dates, non relevées, lorsqu'elle parle notamment du décès de son père. Cette confusion témoigne d'un glissement des défenses rigides face aux angoisses soulevées par l'idée de mort et le deuil du père.

Plusieurs fois, Juliette fait référence à cet autre événement, cet « accident » qu'elle a subi et qui lui sert de référent pour appréhender l'opération. Lorsqu'elle évoque cet accident il s'agit d'appréhender spécifiquement la contrainte physique qui ne permet plus de « bouger », qui empêche la loi du mouvement d'exercer sa décharge : « depuis toute petite la mort est inscrite dans la vie ». De ce premier trauma, Juliette garde une temporalité particulière qui a inscrit pour elle la mort comme un risque très présent, une angoisse qu'elle combat probablement par son hyperactivité sociale.

Dans le protocole du TAT de Juliette, nous trouvons un recours à la dénégation accompagné de clivage et d'isolation. Le remâchage qui enkyste les discours sert un mouvement de compulsion qui ne trouve pas d'issue dans une intrication pulsionnelle mais dans le clivage (planche 4).

Afin de parler de la pulsionnalité dans le protocole, nous proposons l'exemple de la planche 9 :

Planche 9 GF:

(10) L'image est difficile à lire. (18) J'ai du mal... (7) Une dame qui court en bas sur une plage ou sur un chemin. Et il y en a une qui la regarde de haut, cachée derrière un arbre ? Celle du bas, elle court, elle doit être affolée par quelque chose, elle fuit peut-être... ou alors, si elle ne fuit pas, elle court vers quelqu'un qui est en danger, je ne sais pas. Il y a du danger dans l'air pour celle qui est en bas. Et celle qui est en haut, moi je ne sais pas du tout ce qu'elle trafique, on voit qu'elle regarde l'autre... Elle a quelque chose sur sa main gauche, mais je ne sais pas ce que c'est. Et elle a l'air plus d'observer que d'être prête à intervenir pour apporter du secours... Elle a l'air un peu en retrait... Elle a pas l'air prête à intervenir.

Procédés: Beaucoup d'inhibition face à cette planche (CI-1), à la fois adressée au clinicien (CM1) et signant les difficultés narcissiques (CN1). Les deux personnages sont isolés (A3-4) par leur détermination spatiale (A1-2/CL2) sans autre distinction. La femme en haut est évoquée comme un mauvais objet (E2-2). Celle du bas est érotisée dans l'action (B2-4), associée à un état émotionnel de peur (B1-3). L'hésitation annule (A3-2) la représentation de fuite, remplacée par une interprétation altruiste (A3-1/ B1-2), permettant d'évoquer le danger en dehors de la rivalité féminine. L'identification à l'autre personnage féminin provoque un vacillement des limites et de la conscience d'interpréter (CL1). Elle est explicitement tenue à l'écart par dénégation (A2-3) qui renforce l'isolation (A3-4). Seul son regard (CL2) sous-tend la potentielle relation. Perception d'un détail rare (E1-2). Commentaire personnel (CN1). L'accent est mis sur la fonction de non-étayage (CM-1) et sur son attitude voyeuriste et, à nouveau, la dénégation d'une potentielle mise en relation. CL3.

À cette planche, la rivalité féminine est contrôlée dans l'isolation et la dénégation alors que le fantasme sous-jacent perceptible concerne l'agressivité de l'une sur l'autre. Les pulsions ne peuvent s'intriquer, chaque personnage porte un courant pulsionnel mais si le danger est pré-senti, l'agressivité est portée par une tendance voyeuriste. Pourtant, l'action de fuite et la peur associée qui place le corps comme porte-parole du danger nous indique l'attaque potentielle. La thématique est d'ailleurs tellement massive qu'un détail rare témoigne du trouble perceptif qui accompagne un fantasme mortifère : « Elle a quelque chose sur sa main gauche mais je ne sais pas ce que c'est ». À force de répéter que le personnage caché derrière son arbre ne va pas intervenir, la tension est telle que nous nous attendons à tout moment à la voir surgir pour attaquer le personnage fuyant. Les ressources hétérogènes de Juliette camouflent mal l'intensité fantasmatique. L'impossibilité de lier les courants pulsionnels lui demande un effort coûteux, pour apaiser la poussée constante qu'ils exercent dans leur but à s'exprimer dans le protocole. De celui-ci se dégage d'ailleurs une tension palpable.

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Juliette considère que le cancer est une maladie commune et n'attribue pas d'angoisse ou de représentation consciente particulière à cette maladie : « mais j'ai envie de dire, comme quelque chose de... de banal, de classique ». De ce fait, elle en parle autour d'elle avec une banalisation déconcertante : « et toi comment va ton cancer ? ». Elle parle d'un changement de mœurs à propos du cancer, tout le monde en a un, ce n'est plus du tout exceptionnel et finalement elle s'accorde avec la classification du cancer dans les maladies chroniques : « Quotidien ! »

Les seules plaintes qu'elle s'accorde sont d'ordre factuel : « c'est contraignant par rapport aux horaires ».

Le traitement est dit non impactant, « c'est rien de très lourd », mais nous entendons aussi sa réserve, qui laisse sous-entendre le contraire, à travers notamment l'utilisation du mot « marquage » : « Ça ne se voit pas sur le corps. Bon j'ai quelques petits trucs mais... j'ai quelques cicatrices. J'ai des petits marquages (rides), mais bon c'est pas... »

Elle fait également une différence entre les différents cancers et considère que le sien n'est pas grave. « Non... Euh, ça m'angoisserait peut-être si j'étais plus touchée. Là, disons que les petits inconvénients que j'ai sont un peu énervants mais c'est pas angoissant. Je suppose qu'il y a des formes de cancer plus ennuyeuses... ». Il semble que, justement, l'organe touché soit obsolète pour cette patiente homosexuelle qui n'a pas désiré d'enfant dans sa vie.

En définitive, le temps qui sépare les deux entretiens n'a concouru qu'à augmenter le phénomène de banalisation de la maladie qui flirte avec le déni d'une réalité, notamment concernant le risque vital et les inconvénients corporels incontournables, sans parler bien sûr de ce dont elle ne parle pas : des émotions et affects particuliers, liés à la situation. Là, ils sont inexistant, réprimés.

Au Rorschach, l'indice d'angoisse est très élevé (40,74%), et les réponses anatomie et sexe, renvoyant au creux féminin, sont largement représentées aux planches rouges ou à celles sollicitant le féminin (VII, « appareil génital », planche IX, « une colonne vertébrale »). La première planche est illustrative de l'ensemble du protocole : Juliette propose une banalité (d'adhésion perceptive au test), puis produit une réponse anatomie de mauvaise forme, renvoyant à un échec de la défense intellectuelle. D'ailleurs, la rencontre projective provoque une effraction dont font état les temps d'historisation utilisés, passant de l'imparfait au présent comme si la première image n'était finalement qu'une façade écran d'une seconde image, plus présente, plus actuelle et moins factuelle. Si Juliette fait régulièrement appel à des références culturelles, les planches ont néanmoins un impact fantasmatique important (on peut relever à cet égard la résonance régulière aux sollicitations

latentes). Les réponses anatomique féminine et les réponses osseuses n'ont pas la même fonction : les premières, souvent isolées de l'ensemble de la tâche (réponses en détails), signent des préoccupations hypocondriaques renvoyant au vécu actuel, les secondes, quelquefois renforcées par des remarques symétrie, interviennent comme défenses plus ou moins opérantes (planches II, III, IX : F+ ; planche I : F-). Notons tout de même que les remarques symétrie servent la dénégation (II : « l'image n'est pas identique de part et d'autre mais on a une impression de symétrie ») et l'appel au clinicien (« c'est toujours symétrique? »).

La projection massive de l'appareil génital féminin contamine l'ensemble du protocole, prenant au fur et à mesure des allures de persévération. Associée quasiment à chaque fois au sang, elle apparaît dès la planche II avec l'introduction du rouge. L'effraction sollicite des préoccupations hypocondriaques concernant le lieu du sexe, convoquant des représentations crues d'un intérieur féminin côtoyant le sang. Le seul Dbl apparaît à la planche II, pour caractériser « la cavité utérine ». Référée à la problématique actuelle de l'hystérectomie, il est intéressant de remarquer qu'à l'enquête Juliette fait état d'une « vulve entourée de sang » et d'une « cavité utérine », trônant au-dessus, bien en place, isolée des autres éléments nommés du sexe féminin. D'ailleurs, lorsque Juliette décrit l'intérieur féminin comprenant le sexe, chaque partie est nommée séparément sans lien entre elles :

2- Ensuite on passe plus au bassin :	
3- vagin,	Les hanches (D6)
4- sang	La vulve et du sang autour (D3), et
5- anatomie féminine.	la cavité utérine (Dbl5)

1- Il y a toujours ce dessin fort qui ressemble à la zone bassin :	En bas les lèvres. L'appareil génital féminin.
2- Ventre	
3- Pelvis	
4- Vagin.	

Pour la planche IX, le recours à la symétrie échoue devant l'émergence de l'angoisse. La régression entraîne une représentation effrayante (Clob), balayant les limites, proposant une chimère entre animal et monstre :

1- Il y a un sens ?(6") ça m'évoque pas grand-chose					Appel au clinicien
2- Toujours cette colonne vertébrale mais la couleur ne fait pas le même effet.	?	D	F+	Anat.	Remarque couleur
3- Un monstre qui se cache derrière un masque énorme, avec un très grand front et un corps de chèvre.	Au milieu le nez (Dbl8), deux yeux (Dbl29), masque (D/Dbl), corps nu (D6)	D/G	K- t. Clob	(H)	

Les réponses intérieur du corps aux planches pastel nous mettent sur la voie de l'effraction des barrières psychiques qui nous semblent mettre à jour des angoisses de pénétration : « la fente », « un corps nu », « la tour Eiffel », « un masque énorme ». À travers les représentations contrastées de taille à référence phallique et féminine, dedans et dehors, nous décelons un fantasme de pénétration laissant planer l'angoisse autour de l'incompatibilité des organes.

La planche IV permet d'ailleurs à Juliette d'exprimer, après un appel aux limites « de dos » et une décharge comportementale par une imitation de l'orang-outang, l'inutilité d'un phallus, castré de la représentation : « au milieu, je ne sais pas qu'en faire ». Le vacillement des limites (de dos et imitation), qui signe une projection massive, nous permet de faire l'hypothèse que ce commentaire subjectif supporte la méconnaissance de sa propre castration.

La dynamique, toujours à la planche IV, est intéressante. Elle contient essentiellement des références symboliques masculines fortes : « orang-outang », puis à l'enquête, « gorille, velu ». Ces références masculines sont sur-investies ici par rapport à l'ensemble du protocole. Le renforcement des caractéristiques masculines lui permet de traiter fantasmatiquement de la castration tout en gardant une identité assurée. L'orang-outang (qui porte une projection identificatoire massive : imitation, « de dos ») part s'assurer, dans l'histoire, que « sa forêt » est « toujours là ». A l'enquête, la vérification symbolique de l'intégrité des organes génitaux déclenchée par les sollicitations latentes de la planche (planche de l'autorité surmoïque, relevant de la menace de castration), conduit à l'évincement du détail phallique de la planche par dénégation et même mépris : « ça, je ne sais pas qu'en faire ».

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

En abordant la question du couple, Juliette évoque des « petits problèmes de transit ». Le glissement se fait sur un registre anal qui évacue la génitalité et sa mise en œuvre, au profit d'une régression permettant une fixation sur le corps fonctionnel.

La sexualité n'est décidément pas ce dont on parle avec Juliette. Elle évite le sujet, celle-ci lui a été interdite mais elle ne la pratiquait déjà plus. « Si, si, si, justement! Bon je vous avais dit, on était plus dans une relation actuellement... amicale ou affectueuse, donc ça pose pas de souci majeur ». Tout se passe comme si Juliette n'avait que très peu de capacités du féminin. Si lors du premier entretien, elle appréhendait la position passive, imposée par les traitements, au second temps, la loi de l'action est entièrement en marche, abrasant sur son passage toute pulsionnalité. Sans capacité de recevoir, Juliette ne peut supporter l'effraction. Tout son système défensif lutte contre une angoisse de pénétration qui serait probablement destructrice. Même la situation de l'entretien est intrusive et ne fait qu'attiser ses défenses et son agressivité. En craignant la contrainte musculaire, que représente l'immobilisme hospitalier, c'est l'expression de la pulsion de mort qui risque d'être bâillonnée dans son érotisation vers l'extérieur, l'impossibilité de décharge ne correspond pas à la recrudescence d'un masochisme érogène mais renvoie à une angoisse extrême.

Au Rorschach, les mouvements libidinaux sont canalisés par les défenses, et s'expriment essentiellement au travers des kinesthésies, sur un versant agressif plus qu'érotisé. Le fantasme est mis à mal et la projection peut être massive, sans que cela ne désorganise Juliette pour autant. La dimension phallique est régulièrement sollicitée dans des récits imprégnés de génitalité et construits sur des identifications secondarisées. Dans ce sens, la régression, bien que pouvant être menaçante, ne s'opère pas jusqu'à des stades pré-génitaux, sauf concernant la planche IX, qui nous semble concerner une thématique de relation d'objet pré-génital avec la construction d'une chimère.

La sensorialité est fortement sollicitée et utilisée à bon escient. Elle sert la relation à l'autre et exprime l'affect dans une dimension labile (TRI extraversif). La couleur rouge, tout d'abord, à la planche II, renvoie à l'effraction (choc au rouge), mais se trouve contre-investie par une kinesthésie relationnelle, laissant apparaître une tendance persécutrice (« sorcière » comme mauvais objet), ainsi que par l'intermédiaire d'une décharge par le comportement (« jeu de mains »). La suite des réponses, anatomiques, sexuelles et sang, concerne l'intérieur du corps et nous renseigne sur un relâchement de la défense et l'expression de l'angoisse sous l'impulsion de la projection. La seconde planche rouge laisse place à d'autres réponses anatomiques et sexe mais l'absence du sang (en dépit de la

couleur rouge), et la présence de réponses anatomiques et sexe se déplace vers l'extérieur du corps (« ventre ») ou d'autres organes (« pelvis »). Cette séquence témoigne de l'impact fantasmatique des planches rouges et de la projection d'un vécu actuel certes, mais surtout des ressources psychiques dont dispose Juliette pour représenter ce qui reste inconsistant (pas d'enlèvement dans des réponses anatomiques et sexes qui signent les angoisses féminines de destruction et de pénétration).

Les couleurs pastel des planches VIII et X sont bien accueillies (« ludique » selon Juliette). Néanmoins, il semble important de s'attarder sur la planche IX, dite utérine, qui s'avère particulièrement laborieuse et nécessite d'en passer par une demande d'étayage détournée, adressée au clinicien. En effet, après avoir obtenu un premier réconfort auprès du clinicien, la première réponse produite, considérée comme une bonne forme (« colonne vertébrale »), ne suffit pas à endiguer l'angoisse générée par la perception de couleurs qui s'interpénètrent. L'image de toute puissance phallique (hybride) est étrange et menaçante et figure les inquiétudes corporelles actuelles (Juliette détaille chaque partie du corps du « monstre » à l'enquête).

Les figurations du corps de Juliette sont anatomiques, descriptives et ne relèvent pas d'une érotisation.

La représentation de soi n'est pas affectée par l'effraction née de la maladie et des traitements. Le corps apparaît en filigrane au décours de l'enquête et de la passation, à la fois dans le transfert (décharge comportementale, appel au clinicien) et dans les réponses produites, et renvoie à un intérêt élevé pour l'intérieur du corps. Les références à l'anatomie osseuse interviennent, quant à elles, essentiellement afin de réassurer l'intégrité corporelle (le bassin et la colonne vertébrale constituent l'armature du corps).

Revenons à nouveau sur la planche IX pour souligner ce qu'elle convoque du corps et de ses enveloppes. Le recours au « masque énorme », permet d'abord de faire écran, une seconde peau qui renforce les limites mais n'empêche pas la juxtaposition d'un élément de persécution (« deux yeux ») à côté de l'effraction, émergeant dans un second temps, à l'enquête. D'ailleurs, la problématique intrusive qui accompagne l'effraction, et qui se fait plus prégnante à l'enquête, laisse émerger un fantasme de nudité sous-tendu par un fantasme sexuel, accompagnant la régression et l'effraction.

3- Un monstre qui se cache derrière un masque énorme, avec un très grand front et un corps de chèvre.	Au milieu le nez (Dbl8), deux yeux (Dbl29), masque (D/Dbl), corps nu (D6)
---	---

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Au Rorschach, la continuité perceptive des planches IV, VI nous donne des indications sur les identifications sexuelles féminines et masculines. Certaines figures féminines possèdent des attributs phalliques (planche VII : « gamines avec des queues de cheval ») et d'autres personnages hybrides ne nous permettent pas de postuler une exclusivité identificatoire. L'accès à la bisexualité psychique est possible et les allers-retours entre activité et passivité sont à l'œuvre dans le protocole (ex : planche IV : « une peau de bête », puis « un chasseur qui revient de la chasse avec la peau »). Juliette oscille entre des représentations féminines et masculines pour chaque planche, faisant preuve d'une bisexualité psychique à l'œuvre, mais laissant planer le doute identificatoire.

Pour conclure la passation, Juliette se rhabille en quelque sorte, proposant une parure, belle à voir. C'est un recours à la pudeur dans le mouvement de séparation qu'inaugure la fin du test. Les vêtements, comme seconde peau, ne prennent pas en compte une identité sexuelle, ils restent neutres, relevant seulement d'un esthétisme plaisant. « Des habits colorés qu'on porte en Afrique ou au bord de la mer dans des circonstances agréables ».

Plusieurs fois au cours du protocole, c'est le corps tout entier dans ce qu'il montre de sa parure qui affirme l'identité, celle-ci est donc portée par le corps extérieur : « robe », « corps velu », cachant le sexe et une castration mal assumée qui ne permet pas le renoncement à la bisexualité.

Si les référents symboliques masculins et féminins se côtoient dans les interprétations, ils s'accompagnent souvent d'une mise en scène sado-masochiste relevant le caractère dominateur du masculin sur le féminin : planche VI et VIII.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Le protocole du Rorschach de Juliette est riche de par sa productivité et la qualité des réponses. En dépit des persévérations relevées à propos des réponses anatomiques, témoignant d'une compulsion de représentation, quelques G élaborés sont relevés, renvoyant à la capacité pour Juliette, de produire un effort interprétatif. L'épreuve de séparation (pouvant être assimilée à la perte pour certains patients) à la dernière planche, est marquée par une décharge pulsionnelle (« feu d'artifice »), une référence culturelle (« tour Eiffel ») et un appel à la pudeur (« habits africains »), donnant à voir un

système défensif adaptatif et hétérogène .

Dans le protocole de Juliette, on lit la double effraction : l'effraction psychique, à travers le nombre important de réponses, et l'effraction corporelle actuelle, que soulignent les réponses anatomiques.

L'élément remarquable de ce protocole est bien sûr le grand nombre de réponses anatomie, mais aussi la prise de distance que manifeste Juliette par rapport aux réponses produites, preuve qu'elle différencie projection et perception. La sidération est repérable à certaines planches (chocs) mais elle n'entrave pas la reprise de l'activité psychique et pulsionnelle (ex : planche X kob) et la dimension de plaisir est sollicitée pour clore la passation (agréable).

Les réponses anatomiques et sang relèvent d'une sur-attention portée au corps et plus particulièrement à la zone malade qui est l'appareil génital féminin. Cette centration narcissique nous indique l'investissement libidinal narcissique, au détriment de mise en relation plus rare dans le protocole.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

La libido est narcissique. Juliette réussit à parler d'elle sans réellement me dire quoique soit. Elle me fait comprendre qu'elle a un métier important avec des responsabilités et qu'elle traite tous les domaines de sa vie de cette même manière : avec rigueur, organisation et objectivité. Tant et si bien que même les investissements des objets externes tels que ses loisirs ou son travail reflètent un mouvement narcissique plus qu'objectal. Le corps n'est pas absent du discours. Au contraire, il y est central, malgré la tentative de le reléguer au rang d'outil fonctionnel et de le faire taire. D'ailleurs, Juliette présentera brièvement sa compagne dans une relation spéculaire : « comme moi », que ce soit par rapport à l'appréhension de la maladie ou des désirs.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Nous ne trouvons pas d'atteinte identitaire. Par contre, il est question d'un doute identificatoire, porté par une difficulté de renoncement à la bisexualité.

L'unité corporelle n'est pas atteinte de manière significative, néanmoins l'effraction corporelle est tangible à travers une préoccupation corporelle envahissante relayée par le clivage des projections entre défenses (banalités) et émergences pulsionnelles (auto-centration sur la zone corporelle malade).

Les réponses centrées sur l'intérieur du corps sont nombreuses dans un registre anatomique investissant plus particulièrement l'appareil sexuel féminin, s'attachant à y repérer tous les organes le composant (vagin, cavité utérine, lèvres, coccyx, hanches, vulve, bassin et colonne vertébrale). Ces réponses relèvent d'une volonté de baliser l'espace interne mal délimité et surtout transformé par la chirurgie. La planche I donne lieu à des réponses de ce type mais notons qu'il ne s'agit pas, à ce moment-là, du sexe féminin mais de tout ce qui l'entoure : « coccyx, hanche et, au-dessus, colonne vertébrale », laissant vacant l'emplacement des organes génitaux internes de la femme qui ont subi l'ablation. Cette désignation en creux relève probablement d'une angoisse de castration, dans tous les cas d'une angoisse concernant cet espace vide.

Nous relevons donc plusieurs réponses sexuelles directes, toutes concernant l'appareil génital féminin, aucune représentation directe du sexe masculin. Ces représentations apparaissent aux planches couleurs ainsi qu'à la planche dite maternelle. Les représentations masculines sont tout de même présentes sur un plan symbolique. Les contenus sont connotés narcissiquement, les références phalliques et féminines sont partielles et se complètent pour former une image à caractère bisexué. Le procédé récurrent est le suivant et, plus nous avançons dans le protocole, plus Juliette se permet de l'utiliser : d'abord, elle voit une image connotée exclusivement dans un référent masculin ou féminin, puis elle perçoit une autre image dans le référent opposé de la première et enfin elle perçoit une image couplant des représentations symboliques masculines et féminines :

I : bassin puis colonne vertébrale

II : essentiellement féminine : robe puis anatomie féminine

III : persévération autour de la couleur rouge : anatomie féminine

IV : essentiellement masculin : orang-outang, gorille, corps velu

V : une chauve-souris puis un papillon, puis à l'enquête même description pour les deux avec une « queue »

VI : peau puis chasseur+peau dans un rapport de domination

VII : anatomie féminine puis éléphants puis gamines avec queues dressées.

VIII : même animal, certains sont actifs, d'autre passifs dans un rapport sado-masochique

IX : détail phallique nuancé par la couleur (émergence de l'inquiétude)

X : tour Eiffel puis habits festifs

À propos de la sexualité, les planches 1, III, VII et IX n'offrent aucune mise en relation mais des images figées, soit concernant l'anatomie féminine, soit une figuration de l'image féminine.

Le protocole est, dans son ensemble, pauvre en relations (2K), les kinesthésies relationnelles se situent dans un registre de décharge par le comportement (« jeu de main ») et la mise en acte de l'emprise (« chasseur » et « iguanes »). Les figurations féminines sont légèrement effrayantes (sorcière) et toujours complétées par un attribut phallique (« queues de cheval dressées »).

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Les planches 4 et 6 convoquent effectivement une érotisation des relations de manière d'ailleurs assez massive. Malgré les efforts répétitifs de Juliette, les deux pôles pulsionnels présents n'arrivent pas à se lier. La 6 glisse dans un registre pervers où l'érotisation sert le sadisme de l'homme et la contrainte de la femme.

La 5, la 7 et la 9 montrent une image féminine / maternelle clivée. À la 5, face à un personnage seul, l'image apparaît très bienveillante. À la 7, la tentative de mise en lien accapare toutes les ressources de Juliette et ne lui permet pas de s'attacher à développer les personnages qui restent relativement neutres dans leurs attitudes. La 9, par contre, montre une image féminine clairement négative malgré l'isolation qui préserve de la mise en acte fantasmatique du fantasme de persécution et d'attaque.

Malgré la teneur effrayante et monstrueuse de l'imgo de la 11, mettant en scène un fantasme de dévoration, la figuration n'entraîne pas la désorganisation.

La planche 19 montre la représentation commune décrite par les auteurs :

« (15) On croirait une chaumière, avec des fenêtres et des rideaux, dehors il y a de la neige, du vent, de la tempête, et puis... on dirait qu'il fait assez bon dans cette maison, parce qu'il y a des petits rideaux aux fenêtres. Voilà. »

Celle-ci entre dans la seconde catégorie dégagée, autrement dit, une aisance à traiter d'un environnement précaire par le recours à un contenant habité et chaleureux. Cependant, nous ne pouvons aller jusqu'à dire que ce processus s'étende à l'ensemble du protocole car l'ambivalence n'est pas ce dont fait preuve Juliette, nous retrouvons plutôt un aménagement fantasmatique par l'isolation et le clivage.

Juliette

Temps de passation 29 min

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont.	Phén. Part
I. ^ TL=7	1- la première image c'était une chauve-souris	Deux pattes en haut, deux grandes ailes, au milieu un corps, en haut la tête et les oreilles	G	F+	A	Ban imparfait
	2- et là ça fait plus squelette au niveau du bassin.	Le coccyx en bas, sur les côtés les hanches et au milieu la colonne vertébrale.	G	F-	Anat osseuse	présent
	l'image n'est pas identique de part et d'autre mais on a une impression de symétrie.					Remarque symétrie
	3- une colonne vertébrale.		D	F-	Anat.	
II. ^ TL=9	Première image ludique : 1-deux sorcières qui sont en train de jouer à un jeu de main	Robes noires, chapeaux rouges, pieds noirs.	G	K t.C	(H)	Ban décharge pulsionnelle
	2- Ensuite on passe plus au bassin : vagin, sang, anatomie féminine.	Les hanches (D6) La vulve et du sang autour (D3), et la cavité utérine (Dbl5)	G	FC+	Anat Sex Sang	Clivage t.choc rouge
III. ^ TL=0	C'est toujours le même dessin (rires) !					Remarque matériel Défense maniaque
	1- Il y a toujours ce dessin fort qui ressemble à la zone bassin : Ventre Pelvis Vagin.	En bas les lèvres. L'appareil génital féminin.	G	F-	Anat Sexe	
IV ^ TL=0	1-Un orang-outan de dos (mime) qui s'en va voir si sa forêt est	Le gorille, les pattes (D6), la tête (D3), les bras	G	kan+	A	Décharge comportementale

	toujours là.	(D4). Au milieu je ne sais pas qu'en faire (D1), un corps velu.				clivage dénégation
V ^ TL=0	1- Encore des chauve-souris ! (rires)		G	F+	A	Ban
	2- Papillon de nuit.	Papillon : la queue (D9), la tête et les antennes (D6), deux ailes (D4), ça marche aussi pour une chauve-souris.	G	FC'+	A	
	C'est toujours symétrique ?					Appel au clinicien. Remarque symétrie
VI ^ TL=0	1- La peau d'une bête.	Quatre pattes. Elle est pliée le long de la colonne dorsale (D5), en haut la tête et les moustaches (D3).	G	F+	A	Ban
	2- Un chasseur qui revient d'Afrique et a mis sa peau de bête au sol.		G	K-	H	
	C'est pas un tigre. (rires) faut avoir de l'imagination.					Dénégation
VII ^ TL=3	1- Toujours pareil appareil génital féminin.	La symétrie, le vagin. (D4)	G	F-	Anat	Persévération Remarque symétrie
	2- Des petits éléphants qui se baladent	v= deux têtes d'éléphants, la trompe, les yeux	D	kan+	A	
	3- des gamines avec des queues de cheval dressées.	Deux têtes, nez, yeux, bouche. (D1)	D	F+	Hd	
	4- Deux têtes d'éléphants à l'envers.		D	F-	Ad	
VIII ^ TL=0	1- De la couleur !					Remarque couleur
	2- Des iguanes roses	Deux iguanes	D/G	kan+	A	Commentair

	qui tirent les pattes d'un iguane vert, c'est plus ludique ça. Je suis dans les animaux.	roses (D1) qui tirent les pattes d'un iguane vert (D4). Comme il y a une fente au milieu, un appareil génital féminin			t.sex	es émergence d'une réponse sexe féminin clivage à l'enquête
IX^ TL=0	1- Il y a un sens ?(6") ça m'évoque pas grand-chose					Appel au clinicien
	2- Toujours cette colonne vertébrale mais la couleur ne fait pas le même effet.		D	F+	Anat.	Remarque couleur persévération
	3- Un monstre qui se cache derrière un masque énorme, avec un très grand front et un corps de chèvre.	Au milieu le nez (Db18), deux yeux (Db129), masque (D/Db1), corps nu (D6)	D/G	K-t. Clob	(H)	position
X^ TL=11	1- presque un feu d'artifice		G	kob	Frag	Précaution verbale
	2- ou la tour Eiffel et autour quelque chose de l'ordre de la fête.	La tour Eiffel (D11).	D	F+	Art	
	3- Des habits colorés qu'on porte en Afrique ou au bord de la mer dans des circonstances agréables.		G	CF	Obj.	

Choix positifs :

X= à cause de la gaieté des couleurs

Choix négatifs :

mais en fait je n'en préfère pas à cause de la symétrie ennuyeuse

Planche 1:

(8) c'est un petit garçon il a... j'en imagine 3 (rires) ça peut être un petit garçon qui a trouvé un violon dans son grenier il aimerait bien en jouer mais il ne sait pas comment s'y prendre. Ou alors c'est un petit garçon qui trouve un violon dans sa maison et il connaît ou pas la personne à qui il appartenait et il s'interroge sur la personne à qui il appartenait, il imagine. Ça peut être un petit garçon on l'oblige à apprendre à jouer du violon il a pas envie et il boude devant l'objet de son supplice.

Procédés : l'isolation de trois représentations (A3-4) se trouve mise au service du clivage de l'objet « violon » qui passe d'objet du désir à objet du « supplice » (CL4). Dans les trois, l'accent est mis sur les réflexions intrapersonnelles du personnage (A2-4). Au départ les précautions (A3-1) accompagne la prudence, ainsi que la précision spatiale (A1-2) et l'emploi du conditionnel. L'objet est idéalisé (CN2) entraînant une tendance à l'échec narcissique (CN1) lié à l'immaturité du personnage. Dans la seconde interprétation, les précautions on disparues et la précision spatiale est moins précise (A1-2) et le temps employé est le présent. L'objet est neutralisé au profit de son appartenance à un personnage imaginé (tendance B1-2) qui occupe les réflexions (A2-4). La troisième interprétation permet un lien entre sujet et objet par la médiation d'un tiers (B1-2) inscrit dans une relation de contrainte. Suite à l'expression d'un désir contradictoire (B2-3) par dénégation (A2-3) et d'un affect (B1-3), l'objet est connoté mauvais (CN2).

Problématique : L'image est clivée entre bon et mauvais objet avec au milieu une problématique identitaire et filiale. L'objet est important et immuable mais il est porteur de différents désirs et fantasmes qui peinent à être reconnus en même temps par la même représentation. Les trois interprétations ne sont pas réellement différentes, elles portent chacune une part du fantasme dont l'intégration se fait progressivement. D'objet du désir accompagné d'une détresse narcissique, Juliette en passe par l'appartenance de l'objet à un autre plus important que l'objet lui même, pour finalement inscrire la relation avec l'objet dans une relation tiersisée qui lui permet de ne pas reconnaître son désir et d'évoquer un sadisme par la contrainte.

Planche 2:

(11) c'est un peu étrange car je sais pas si la femme qui tient les livres est devant un paysage ou un tableau car il y a un décalage. Le paysan est très musclé ça me fait penser à l'union soviétique. La femme est enceinte. Je le vis plus comme elle est devant un tableau.

Procédés : L'étrangeté (CN1) émerge après un temps de latence long (CI1) contenue par la mise en tableau (CN-3) la centration sur le personnage au premier plan (CN1/A1-1) et le doute (A3-1). Les autres personnages sont décrits par des détails narcissiques (CN-2) dont l'un pourrait être à valeur de séduction (tendance B3-2) mais sont isolés (A3-4). remâchage (A3-1) de la mise en tableau (CN3) par commentaire personnel (CN1).

Problématique : La triangulation est barrée par l'isolation et la suspension des mouvements pulsionnels. Même la centration sur le personnage au premier plan ne permet pas que celle-ci soit réellement animée de vie. Cette procédure vient a contrario d'un investissement narcissique témoignant des efforts mis en place pour taire le fantasme érotique sous-jacent concernant le couple et sa sexualité : musclé/ enceinte.

Planche 3BM:

La c'est quelqu'un probablement une femme, je sais pas si elle est bossue, je la trouve dans tous les cas très tordue et elle semble.... ça position laisse imaginer qu'elle n'est pas là pour faire la sieste ou

se reposer, elle semble effondrée, effondrée de douleur. Et y a un objet que j'identifie pas du tout, je sais pas si c'est un objet d'ailleurs, on dirait. Je dirais détresse, tristesse, voilà.

Procédés : Suite à la reconnaissance sexuelle du personnage (CN1), celle-ci est perçue mal-formées (E1-4). La position renseigne sur son état (CN-3). La dénégation (A2-3) ne permet pas d'associer une représentation à l'affect. L'évocation de la douleur (CN4) entraîne une tentative de recours au percept (CL2). L'échec perceptif par annulation (A3-2), se clos brutalement (CI1) par des affects titres (CN-3).

Problématique : L'altération de la perception s'accompagne d'une perception sensorielle négative : la douleur. C'est le corps qui est convoqué ici et qui souffre. La sollicitation de l'enveloppe est douloureuse et le conflit ne peut advenir sans lien entre affect et représentation.

Planche 4:

(9) alors là, (8) on dirait que cette femme, celle qui tient l'homme veut le retenir, mais probablement pas veut le retenir dans quelque chose qui serait de l'ordre d'une relation amoureuse. Y a un décalage entre les deux visages, la femme on dirait qu'elle est dans une relation amoureuse et lui il est orienté vers autre chose comme si lui il voulait aller casser la figure à quelqu'un ou être dans un acte violent et elle le retient mais son visage n'exprime pas : « je le retiens parce qu'il y a un danger ou il y a quelque chose de... », elle, elle a plutôt un visage d'amoureuse et lui je lui trouve le regard de quelqu'un de violent qui veut aller vers quelque chose ou quelqu'un à qui il voudrait bien faire du mal. Mais...je sais pas si c'est.... elle, elle a pas le visage de quelqu'un d'inquiet là. Et alors il y a un portrait d'elle dans une tenue relativement légère semble t il..... peut être qu'il y a quelque chose qui le rend jaloux et que c'est par jalousie qu'il veut aller vers quelqu'un.

Procédés : Dès le départ nous percevons le clivage du personnage féminin « celle qui tient l'homme » (comme si le contenu manifeste en présentait plusieurs) (CL4). La dénégation lutte avec force pour barrer la route à l'érotisme (A2-3). Les deux personnages sont décrits par des procédés narcissiques (CN2). Des désirs contradictoires sont portés par chaque personnage (B2-3) et le personnage féminin clivé est d'abord « pas amoureuse », puis « amoureuse ». L'introduction d'un tiers (B1-2) anonyme (CI2) et l'expression liée à une thématique agressive (E2-3) relance l'histoire avec une mise en dialogue (B1-1) accompagné d'une dénégation (A2-3) cette fois-ci refusant l'inquiétude du personnage féminin au profit de l'amour. Les identifications passent labilement de l'un à l'autre (B3-3) avec l'aide d'un accrochage narcissique (CN2) aux visages et aux regards. La dénégation (A2-3) liée à l'inquiétude de la femme est remâchée (A3-1) et l'accent est porté sur le conflit intrapersonnel (A2-4). Le regard et le visage permettent d'exprimer les émotions et les intentions dans une tonalité arbitraire (E2-2). Les détails narcissiques à valeurs de séduction (B3-2) permettent de faire émerger l'origine du conflit dans la jalousie.

Problématique : L'affect amoureux est synonyme de clivage et de dénégation. Le personnage féminin ne peut à la fois porter l'exigence pulsionnelle érotique et le risque de perdre. Les pulsions ont du mal à se lier à des représentations. Seul le personnage masculin porte avec assurance la pulsion agressive, exprimée dans un contexte œdipien de jalousie.

Planche 5:

Alors.... (6) La nuit dans une chambre, je sais pas, ou dans un bureau ou dans un endroit... l'atmosphère semble assez paisible, y a des bouquins, y a des lumières, y a des fleurs...puis cette femme qui rentre vient probablement, c'est son air penché qui me laisse supposer ça, prendre des nouvelles de quelqu'un. Son fils ou sa fille est au lit dans sa chambre ET ! La lumière n'est pas éteinte, il bouquine alors qu'il aurait du avoir éteint. Ou bien elle entre-ouvre la porte et demande à sa veille mère qui habite chez elle : est ce que tu vas bien ? Est ce que tu as besoin d'une tisane ? (rires). Je trouve que son attitude fait qu'elle interroge probablement quelqu'un ou elle dit quelque

chose à quelqu'un dans cette chambre et je pense qu'elle se soucie de ce qui se passe pour cette personne. « Éteint la lumière et dors parce que tu vas être fatigué » ou bien voilà c'est ça.

Procédés : Précision de lieu et de temps (A1-2) mais hésitation (A3-1) qui temporise le fantasme sexuel. Appui à la fois sur la sensation (CN4) et des détails (A1-1) pour décrire une image idéalisée (CN-2). L'attitude de la femme sert à décrire ce qu'elle fait (CN-3 tendance E1-4). Introduction d'un personnage dans l'histoire (B1-2) qui induit une labilité dans les identifications entre garçon et fille (B3-3). L'histoire est théâtralisée (B2-1). Le recours à la lumière pour construire l'histoire met l'accent sur les limites corporelles pour renforcer les défenses face au fantasme de curiosité sexuelle sous-jacent (CN-4). Le changement brusque dans le cours de l'histoire sert l'isolation des représentations (A3-4) avec introduction d'un autre personnage (B1-2) et vacillement des limites (CL-1) et mise en dialogue (B1-1). Les deux interprétations sont remâchées (A3-1) sous tendue par une relation d'étayage (CM-1).

Problématique : Le fantasme sexuel lié à la curiosité est contre-battu par une relation d'étayage porté par une figuration féminine à la fois maternelle et infantile. Si une part des identifications apparaît labile sur le plan de la bisexualité, le passage de mère à fille ne semble pas permettre le choix indiquant le clivage.

Planche 6 GF:

Ça m'évoque des trucs de cinéma, c'est des trucs qui viennent du cinéma ? Non pas forcément ?....Là elle a pas l'air très contente, lui il veut la séduire mais c'est dans un nuage de fumée. Il fume quoi ? Il fume la pipe. (5) je sais pas trop. Je pense qu'il veut lui imposer quelque chose ou il lui dit quelque chose ou il lui demande quelque chose et la femme est un petit peu interloquée et n'a pas envie. Je verrais presque un petit peu quelque chose un peu sadique de sa part à lui....qui fait pas plaisir à elle et elle est pas trop en situation de...de refuser ou de contester. Est ce que c'est son amant, est ce que c'est son mari ? C'est quelqu'un qui doit la dominer un petit peu, qui a un visage un petit peu réjouit et je pense que c'est pas qu'il la manipule mais il la domine psychologiquement et un petit peu comme s'il en tirait un certain bénéfice.

Procédés : Recours au fictif (A2-1) et appel au clinicien (CM-1). Les personnages sont mis dans une relation érotisée (B3-2) représentant le désir et la défense (A2-4). L'évocation de la séduction entraîne une fausse perception sensorielle (E1-3) dans une logique personnelle (E3-3). L'accroche au détail pipe (A1-1/CI1) déclenche un malaise (CI3), puis l'expression d'une relation de contrainte dont l'homme est mauvais objet (E2-2), hésitation (A3-1), expression d'affect (B1-3). Le personnage masculin est alors clairement décrit comme mauvais objet (E2-2). L'évocation de la relation sadomasochiste entraîne un dérapage de la syntaxe (E4-1). La place masochique de la femme est évoquée dans la dénégation (A2-3). La question (CI1) reflète une labilité des identifications (B3-3). L'attache à des détails narcissique négatif (CN-2/ E2-2) permet d'évoquer le plaisir pervers de l'homme. La manipulation est à nouveau déniée (A2-3).

Problématique : Le fantasme de séduction est présent mais dans une dimension perverse mettant en scène une relation sadomasochiste de contrainte érotisée instaurée par l'homme et subie par la femme.

Planche 7GF:

Bon elle est bien jeune cette gamine pour avoir un bébé. C'est un bébé ça ? Ça ressemble. (6) je dirais que c'est une adolescente avec un bébé dans ses bras.... et la femme elle a un livre dans la main et alors l'adolescente regarde au loin et la dame regarde le bébé. Alors là ce qui est étonnant c'est tous les jeux de regards parce que la petite fille devrait regarder le bébé et la dame devrait regarder le bouquin. Et personne regarde ou il doit regarder. C'est-à-dire que si les deux parlaient du bébé, les deux regarderaient le bébé. Si la dame lisait le livre pour les distraire elles regarderaient le

livre. Donc c'est un petit peu une histoire d'évitement je dirais. Comme si l'adolescente voulait pas qu'on lui parle de ce bébé, est ce que c'est le sien ? je sais pas. Et si la dame d'un certain âge.... lui en parlait mais c'est venu... elles faisaient autre chose quoi avant de parler du bébé. Pour moi c'est une histoire d'évitement parce que les choses sont pas en place dans une relation logique. La femme ne lit pas, la petite fille ne regarde pas le bébé, les deux ne regardent pas le bébé ensemble. Voilà, Il y a un dialogue qui manque dans cette histoire.

Procédés : L'accent est mis sur les relations mais pour en dénoncer l'isolement (A3-4) à travers une centration sur les regards jugés inadéquates face la représentation (E1-1). Le poupon est perçu comme un bébé (E1-2). Le récit s'enkyste autour des objets bébé et livre (CL2) qui permettent d'éviter la relation avec accent mis sur les regards (CL2) comme pour renforcer les limites qui vacillent (CL1). La référence faite à l'évitement semble à symbolisme transparent (B3-2). Les identifications sont labiles passant rapidement de la « dame » à « l'adolescente » (B3-3) mais sans leur attribuer un lien de filiation (A3-4). La tentative de mise en relation de l'adolescente et du bébé (CI1) provoque un dérapage primaire qui clos la symbolique (E2-1) du discours dans une logique personnelle inaccessible (E3-3). La dénégation (2-3) fait table rase des représentations remâchées jusqu'à présent.

Problématique : la relation mère /fille est interrogée dans les deux sens ascendant et descendant des liens générationnel sans pouvoir émerger véritablement entraînant des défenses très hétérogènes (CL3) pour l'éviter. L'interprétation semble s'organiser autour de la proposition : « personne ne regarde où il doit regarder » relevant les difficultés de Juliette à faire entrer sa réalité psychique dans le cadre du manifeste.

Planche 9 GF:

(10) l'image est difficile à lire (18) J'ai du mal.... (7) une dame qui court en bas sur une plage ou sur un chemin. Et y en a une qui la regarde de haut cachée derrière un arbre ? Celle du bas elle court elle doit être affolée de quelque chose elle fuit peut-être.... ou alors si elle fuit pas elle court vers quelqu'un qui est en danger je ne sais pas. Il y a du danger dans l'air pour celle qui est en bas. Et celle qui est en haut moi je ne sais pas du tout ce qu'elle trafique, on voit qu'elle regarde l'autre..... Elle a quelque chose sur sa main gauche mais je ne sais pas ce que s'est. Et elle a l'air plus d'observer que d'être prête à intervenir pour apporter du secours.... Elle a l'air un peu en retrait....Elle a pas l'air prête à intervenir.

Procédés : Beaucoup d'inhibition face à cette planche (CI-1), à la fois adressée au clinicien (CM1) et signant les difficulté narcissique (CN1). Les deux personnages sont isolés (A3-4) par leur détermination spatiale (A1-2/CL2) sans autre distinctions. La femme en haut est évoquée comme un mauvais objet (E2-2). Celle du bas est érotisée dans l'action (B2-4) associée à un état émotionnel de peur (B1-3). L'hésitation annule (A3-2) la représentation de fuite, remplacée par une interprétation altruiste (A3-1/ B1-2) permettant d'évoquer le danger en dehors de la rivalité féminine. L'identification à l'autre personnage féminin provoque un vacillement des limites et de la conscience d'interpréter (CL1). Elle est explicitement tenue à l'écart par dénégation (A2-3) qui renforce l'isolation (A3-4). Seul son regard (CL2) sous tend la potentielle relation. Perception d'un détail rare (E1-2) Commentaire personnel (CN1). L'accent est mis sur la fonction de non étayage (CM-1) et sur son attitude voyeuriste et, à nouveau, la dénégation d'une potentielle mise en relation. CL3.

Problématique : La rivalité féminine est contrôlée dans l'isolation et la dénégation alors que le fantasme sous-jacent perceptible concerne l'agressivité de l'une sur l'autre. Les pulsions ne peuvent s'intriquer, chaque personnages porte un courant pulsionnel masi si le danger est présent, l'agressivité ne peut être reconnue plus avant qu'à travers une tendance voyeuriste. Pourtant, l'action de fuite et la peur associée qui place le corps comme porte parole du danger nous indique l'attaque

potentielle. La thématique est d'ailleurs tellement massive qu'un détail rare témoigne du trouble perceptif qui accompagne un fantasme mortifère : « Elle a quelque chose sur sa main gauche mais je ne sais pas ce que s'est. » (un couteau?). A force de répéter que le personnage caché derrière son arbre ne va pas intervenir, la tension est telle que nous nous attendons à tout moment à la voir surgir pour attaquer le personnage fuyant. Les ressources hétérogènes de Juliette camouflent mal l'intensité fantasmagorique. L'impossibilité de lier les motions pulsionnelles lui demande un effort coûteux pour apaiser la poussée constante qu'elles exercent dans leur but à s'exprimer dans le protocole. D'ailleurs de celui-ci se dégage une tension palpable.

Planche 10:

(7) Bon là ils ont l'air en forme. Voilà.... ça à pas l'air trop mal puisqu'ils sont en train de danser un slow... est ce qu'ils sont au clair de lune à se serrer dans les bras ? La dame semble en confiance, la main sur la poitrine de son compagnon qui a les yeux fermés qui lui donne un tendre baisé sur la tempe. C'est une image de douceur je trouve. Le porté des ombres est bizarre parce qu'on voit pas les bouches, on voit pas sa bouche à lui. L'éclairage est un petit peu particulier pour qu'on voit quand même quelque chose qui est important, le bas du visage et la bouche, pour l'un ou pour l'autre, malgré tout c'est une image qui dégage plutôt de la sérénité, du bonheur, une bonne relation.

Procédés : Accent mis sur l'action érotisée du couple qui danse (B2-4). La question (CM1) lève l'anonymat (CI2). L'attitude exprime (CN-3) la confiance (CM-1). Les deux personnages sont dans une même dynamique émotionnelle (CM1) perçue à travers les limites et la sensorialité : main poitrine, yeux fermé, baisé, tempe. (CL2). L'image est idéalisée (CN-2/CN1). Le changement brutal de registre laissant apparaître une inquiétude relevée également dans le percept (CL2/tendance E1-4), nous semble indiquer le clivage (CL4). Notons une tendance mauvais objet portée par le personnage masculin (E2-2). L'idéalisation fait retour. Les deux perceptions s'imposent l'une à côté de l'autre sans se contaminer (CL4)

Problématique : La vision tendre et érotisée du couple côtoie une perception inquiétante dans laquelle l'homme est à nouveau visé comme mauvais objet.

Planche 11:

Des ruines, un pont.... des animaux préhistoriques, je sais pas, il y a une queue de dragon ?... des bêtes qui passent le pont. Des personnages sur le pont, petits. Ça fait un peu le seigneur des anneaux dans ces films un peu fantastiques. D'un côté il y a une grande paroi de pierre, de l'autre on sait pas si y a une paroi de pierre ou si c'est de la brume, c'est l'obscurité, c'est noir, ça fait pas du tout accueillant, y a ces blocs de rochers, y a cette queue, ha non ! C'est peut-être tête et pattes avant.... enfin y a un monstre là à gauche. Ce monstre va vers la personne qui est sur le pont et qui fuit. Et puis derrière y a ces trucs noirs on dirait des bêtes je sais pas. Je dirais c'est quelqu'un qui poursuit un monstre poursuivant un personnage et des animaux qui passent ce pont dans un défilé obscur et peu avenant.

Procédés : Perception de détails rares (E1-2) à connotation phallique entraînant une question (CN1). Instabilité des objets : des bêtes, des personnages (E3-2). La références culturelles (A1-4) côtoie un accrochage au percept et au sensoriel (CL-2) attestant de l'hétérogénéité des limites (CL3) et entraînant une désorganisation spatiale (E3-3). La perception sensorielle « brume » (E1-3) s'accompagne d'un caractère désetayant (CM-1). Le détail phallique et finalement dénié (A2-3) et c'est un monstre qui apparaît derrière le phallus signant la confrontation au mauvais objet (E2-2). Enfin l'histoire peut se construire autour d'une action de fuite (B2-4) sous tendue par une expression très littéraire et dramatisée (B2-1). Pour autant l'histoire sous couvert d'une belle formulation reste peu accessible à la compréhension notamment à cause de l'instabilité des objets (E3-2).qui anime toute la description de poursuite.

Problématique : Ici l'imaginaire maternelle est nettement phallique et attaquante. La régression est possible mais vers une relation effrayante confrontant Juliette au mauvais objet. La sensorialité est convoquée pour tenter de délimiter un monde informe et obscur mais échoue régulièrement dans une confusion entre projection et réalité. C'est un fantasme de dévoration qui émerge à travers la description d'une poursuite mettant en scène un monstre dans cet antre noir.

Planche 12BG:

Alors là c'est...(8) ça c'est une image assez paisible de parc au bord de l'eau, arbre. Alors quelle saison ? Je dirais plutôt il y a du givre il fait très froid. Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables, c'est une image de sérénité et de repos, la barque est posée, elle attend qu'un jour quelqu'un aille se promener sur une rivière donc pour moi c'est des images de sérénité que ce soit au printemps avec les fleurs ou l'hiver avec du givre et de la neige. La barque l'eau la nature un espace bien plat accueillant pour une promenade.

Procédés : L'image est idéalisée (CN-2) avec accrochage aux détails (A1-1). Le récit se focalise autour des saisons avec des fausses perceptions (E1-3) et des perceptions sensorielles (E1-3). L'idéalisation (CN2) s'accompagne de l'introduction d'une dimension objectale. Références personnelles (CN1). Représentations contrastées hiver/printemps (B2-3). La description utilisant le contenu manifeste (A1-1) glisse dans de fausse perception sensorielle (bien plat) et la persévération du caractère accueillant du lieu décrit (E2-1), cette fois utilisée dans un sens positif.

Problématique : L'intellectualisation (A2-3) « Parfois les choses hostiles rendent les choses esthétiquement agréables » nous intéresse pour décrire le fonctionnement de Juliette qui utilise ses perceptions sensorielles, même dans un registre hallucinatoire, pour tenter de circonscrire les mondes hostiles qu'elle décrit. La recherche de beauté, et l'esthétique recherchée qu'elle donne à ses histoires sont l'équivalent littéraire du trompe l'œil du peintre. Juliette possède une richesse étonnante qui fait illusion quant à ses dérapages primaires. Pourtant si on ne se laisse pas bercer par l'esthétique dont elle nous enrobe (féminité?) nous sommes également saisie par le sens confus de ses histoires, désorganisées qui prennent une tournure hostile, comme si le clivage avait atteint jusqu'à notre capacité d'écoute.

Planche 13B :

Ça me rappelle les photographies des États-Unis, des pauvres fermiers blancs, c'était il y a 25, 30 ans. Donc c'est un gamin dans l'Est américain ou l'Ouest, je sais plus, mais fils de fermier, pauvre, il est pieds nus, il est seul, on voit rien autour de lui... mais c'est plutôt pour moi une image de solitude, d'inquiétude et d'une situation économique probablement difficile dans une ferme paumée en pleine crise économique (rires).

Procédés : référence culturelle (A1-4) et précision temporelle (A1-3) et spatiale. Hésitation portant sur l'origine (B3-3) contre-investie par une relation filiale (B1-2) avec détail narcissique (CN-2) et attache aux limites (CL-2). Le commentaire personnel (CN1), prenant appui sur une mise en image (CN3), signe l'aspect déstabilisant (CM1) de l'environnement exprimé avec humour (CM3).

Problématique : Les défenses sont efficaces permettant de placer le personnage dans un environnement précaire et hostile mais socialisé, référencé socialement et balisé par l'histoire, après l'avoir inscrit dans une relation filiale.

Planche 13MF:

Qu'est ce qui s'est passé !? Il l'a pas tuée au moins ? C'est bizarre ça. Ce qui est bizarre c'est cette femme allongée... alors les choses semblent en ordre dans la chambre, les lits sont bien posés, la lampe est bien posée, le cadre est bien posé. La femme elle est dans un lit, là c'est un lit à une place mais elle a pas l'air de dormir. Et lui c'est bizarre.... quand on est un costume cravate, je vois pas

pourquoi on fait ça. Ça c'est un truc qu'on fait quand on est au champ et qu'on a labouré ou abattu des arbres. Donc pour moi y a un soucis, y a un drame. (5) La femme est bizarrement inerte comme si... elle allait pas sortir de son inertie, je trouve pas qu'elle a l'attitude de quelqu'un qui dort. Ils ont pas dormi ensemble parce qu'il y a un petit lit, il a pas quelque chose d'un amant ou autre, on dirait deux scènes qui ont rien à voir. Enfin une scène, un personnage et un geste qui pour moi n'ont... j'arrive pas à mettre un lien entre tous ça.

Procédés : Théatralisation (B2-1) et questionnements (CI1) introduisent l'étrangeté (tendance E2-2). La projection est envahie d'une fantasmagorie meurtrière (E2-3). Le recours au percept (CL2) qui tente de délimiter l'espace est ponctué de fausses perceptions (E1-3) (les lits), d'ailleurs remâchées (A3-1) et détaillées avec une insistance rare (E1-2) (lit à une place), aboutissant à une dénégation qui prend en charge une partie du fantasme (dormir) par transparence (B3-2). Le sentiment d'étrangeté se déplace au second personnage (E2-2) isolé dans un premier temps (CL-4). Le recours au percept ne tient pas (CL-2) ni les attitudes (CN-3). Les détails narcissiques (CN-2) ne permettent pas non plus de faire le lien et de construire un récit. Le fantasme de mort (E2-3) transparaît par dénégation de même que le fantasme sexuel (A2-3). Les deux représentations sont isolées (A3-4). L'échec de la mise en lien est clairement signifié (CN1).

Problématique : La représentation de la mort pourtant projetée massivement est fortement déniée et ne peut émerger malgré les tentatives. Données dès le départ, dans un élan pulsionnel immaîtrisé, les défenses rigides contiennent ensuite avec fermeté toute possibilité d'évoquer la mort (« comme si elle allait pas sortir de son inertie »). Dans cette volonté c'est une autre représentation qui émerge, celle du sommeil et de la passivité dans le sens d'une inertie du corps. La dénégation et l'isolation sert également le refoulement des représentations sexuelles. La déliaison entre représentations est particulièrement à l'œuvre, préservant Juliette de ses fantasmes meurtriers et sexuels.

Planche 19:

(15) On croirait une chaumière avec des fenêtres et des rideaux, dehors il y a de la neige, du vent, de la tempête, et puis... on dirait qu'il fait assez bon dans cette maison parce qu'il y a des petits rideaux aux fenêtres. Voilà.

Procédés : description (A1-1) et insistance sur les limites (CL-2) extérieur/ intérieur ainsi que sur les qualités sensorielles (CN-4).

Problématique : les limites dedans/ dehors sont renforcées par les qualités sensorielles et permettent de délimiter un espace contenant et sûr.

Planche 16 :

Ha ! Bon ba ça c'est un tableau de je ne sais trop qui là. C'est un tableau blanc sur fond blanc (rires) (qu'est ce que vous pourriez imaginer à partir de ça ?) rien ! Que je visite un musée (rires) pour aller voir des monochromes (rires).

Procédés : intellectualisation (A2-2) et accrochage au percept (CL-2). La question entraîne une référence plaquée (CF-1) accompagnée d'humour (CM-3).

Problématique : Sans l'aide du contenu manifeste, le renforcement narcissique des limites pallie à la défaillance des objets internes.

Lorette,

« J'ai pensé très fort que si je ne pouvais plus rien avoir là, ça serait bien [...].

Donc je pense que j'ai quelque part provoqué, je ne sais pas, peut-être pas, provoqué le mal à cet endroit là, justement parce que j'ai un refus total... je ne sais pas... ça peut être une coïncidence mais... ça s'est mis là plutôt qu'ailleurs quoi.

[...] j'étais mortifiée... Si j'avais pu être coupée là... je sais très bien que peut-être ça a influencé beaucoup ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Lorette s'est mariée très jeune avec un homme qu'elle décrit comme son opposé : très calme, *passif*, alors qu'elle, est très *active*. Ils finissent par se séparer, en bons termes, à cause de cette incompatibilité de façon de vivre. Après cette relation, elle subit dans son travail un harcèlement sexuel de la part de son employeur. Alors qu'elle est licenciée (sans que nous ne sachions pourquoi), elle finit par céder à ses avances après qu'il ait proposé de la payer pour ses services sexuels. Elle a donc des relations sexuelles contre argent, environ une fois par mois, durant quelques temps, jusqu'à ce qu'elle rencontre son second conjoint. Il s'avère que celui-ci est alcoolique, avec lui elle boit et se drogue. Lorsqu'il est saoul, il devient violent, elle essaie alors de le quitter plusieurs fois mais elle « l'aime » et il la reconquiert toujours. Cela va donc durer de nombreuses années, ensemble ils auront deux enfants. Jusqu'au jour où elle rencontre un troisième homme, avec qui elle pourra partir en laissant tout derrière elle. Cependant, son ancien compagnon qui habite à proximité la harcèle et la menace de mort. Ces menaces, très violentes et effrayantes pour Lorette, la conduisent à faire ce qu'elle appelle « une dépression », qui se solde par un séjour de courte durée en psychiatrie qui lui fait selon ses dires : « beaucoup de bien ». Finalement, elle part vivre ailleurs avec son troisième conjoint qui est toujours celui qui l'accompagne actuellement. Ils ont un « ami commun » qu'ils fréquentent régulièrement. Un jour, cet ami déclare sa flamme à Lorette et, en même temps, son désir sexuel pour elle. À ces mots, elle tombe immédiatement dans une nouvelle « dépression », jusqu'à ce qu'elle cède à nouveau, acceptant des rapports sexuels non désirés. Lorsque cet homme meurt subitement, Lorette se trouve à nouveau dans une relation conjugale duelle. Sa mère décède peu de temps après. À cette occasion ses frères et sœurs l'accusent d'avoir un mode de vie débridé. L'accumulation de ces événements provoquent un arrêt brutal de son désir sexuel.

Lorsque je rencontre Lorette en hospitalisation, l'hystérectomie va avoir lieu le lendemain.

Lors de notre second entretien, elle se sent « handicapée » de la jambe, celle-ci lui fait mal et la préoccupe. Elle a eu, entre temps, des séances de chimiothérapie après la radiothérapie, elle m'apprend qu'elle va faire une séance de curiethérapie pour clôturer les traitements, pour « nettoyer » me dit-elle, puisqu'elle considère qu'elle n'a plus le cancer.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Lorette est une femme d'une cinquantaine d'année, très frêle et très maigre. Je suis frappée la première fois par son état dégradé, proche de l'incurie. Elle porte des habits sales, troués et amples qui soulignent sa maigreur tout en camouflant sa féminité. Elle parle d'une manière enfantine, c'est-à-dire avec une petite voie fluette et gênée et ne finit pas ses phrases, avec une tendance au fading. Elle ne sait pas comment se placer, elle fait ce que l'on attend d'elle. Elle est très observante à l'entretien et me semble influençable dans son jugement.

L'histoire de Lorette est très complexe. La sexualité y joue un rôle crucial. Son manque de pudeur et les scènes violentes qu'elle raconte avec une simplicité crue, sans émotion, me mettent très mal à l'aise. Lorette me fait entrer dans une intimité glauque, sans limites entre elle et moi, et j'ai du mal à me dégager des images qu'elle m'impose, qui, finalement, me contraignent, comme elle l'a été. Je subis cet entretien, comme elle subit sa sexualité de femme possédée sans cesse par les hommes.

Nous verrons que Lorette se laisse *pénétrer* en permanence par l'autre, sans pare-excitant pour temporiser les épreuves qu'elle vit. Elle subit l'autre dans une résignation impliquant de fait le masochisme. Dans ce cadre, la situation de la recherche est à son tour pénétrante. La position de spectatrice dans laquelle elle me place, en me racontant les maltraitances sexuelles qu'elle a subies et qu'elle subit encore, est extrêmement désagréable. La place qu'elle me confère est celle qu'elle attribue à tous les autres, celle de pouvoir abuser et jouir de Lorette.

Au cours de l'entretien, Lorette s'effondre brusquement. Elle semble souffrir violemment et se retire brutalement de la relation, tentant de se dérober à ma présence, probablement dangereusement *pénétrante* pour elle à ce moment-là. Elle ne peut plus parler, au sens littéral du terme, elle a perdu la voix, elle se lève et me contourne de façon à ce que je ne puisse plus la regarder. Son repli est si intense que nous sommes obligées de conclure l'entretien.

Lors du second entretien le calme apparent de Lorette se solde à nouveau par un repli autistique massif. Cependant à ce moment-là, elle ne se lève pas et ne cherche pas à se soustraire à mon regard. Je me permets alors de signifier à Lorette qu'elle est en sécurité, en accentuant les qualités contenant du cadre. Après un long moment de silence prostré, la parole de Lorette peut à nouveau émerger timidement, suffisamment pour cadrer la fin de notre entretien.

Le troisième temps est sensiblement différent. Lorette arrive apprêtée, coquette, maquillée : méconnaissable. Elle est enjouée, sereine. Elle est souriante, parle distinctement et débute l'entretien sur une anecdote dans laquelle elle a pu adresser son agressivité à un autre lors d'une altercation. Elle ne s'effondre pas.

Le mouvement transférentiel fort intéressant, repérable dans le déroulement de ces trois rencontres,

alimente notre propos puisqu'il nous semble essentiellement spécifié par les enjeux de la passivité.

L'analyse des protocoles témoigne de l'organisation psychotique du fonctionnement de Lorette.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Lorette fait immédiatement le lien entre une vie sexuelle problématique et son cancer. Elle désigne son désir de castration comme responsable de ce qui lui arrive, tel une pensée magique qui se serait finalement réalisée : « j'ai pensé très fort que si je ne pouvais plus rien avoir là, ça serait bien ».

« Donc je pense que j'ai quelque part provoqué, je sais pas, peut-être pas, provoqué le mal à cet endroit là, justement parce que j'ai un refus total... je sais pas... ça peut être une coïncidence mais... ça s'est mis là plutôt qu'ailleurs quoi. »

« j'étais mortifiée... Si j'avais pu être coupée là... je sais très bien que peut-être ça a influencé beaucoup ».

L'angoisse n'est pas celle de castration. La castration est une solution au yeux de Lorette. C'est un féminin sale et contaminé qu'elle voudrait éviter, c'est la problématique génitale, pesante pour elle dans son histoire relationnelle, que le fantasme de castration de son sexe pourra endiguer. Fantasme et réalité sont d'ores et déjà très proches, presque confondus. L'expression de son désir de castration pour échapper à une sexualité qui la rattrape toujours, témoigne du déni qui règne sur la castration.

Lorsqu'elle parle de sa « dépression » elle fait état d'hallucinations auditives : « j'ai été une première fois en dépression parce que j'arrêtais pas de parler à mon ex qui habitait pas loin, qui me harcelait. J'entendais tout le temps dans les oreilles quoi. Et donc j'ai du faire trois mois de psychiatrie, j'ai été voir des psychiatres. Après ça allait mieux, après je suis partie en congés et j'ai arrêté ».

Au TAT, Lorette présente des défenses étonnantes contre l'angoisse. Elle supporte très bien la passation alors que ses mouvements de repli mutique au cours de l'entretien pouvait laisser présager la pénibilité de l'épreuve. Au contraire, si les vacillements identitaires sont présents, elle use de défenses efficaces dans des registres limites, anti-dépressifs et obsessionnels pour contenir les émergences en procédés primaires. Les régressions sont possibles sans désorganisation, faisant appel à un renforcement de l'enveloppe corporelle qui les situe dans un registre tendre.

Planche 19:

(9) (rires) on dirait un sous-marin qui émerge avec de l'eau, après on dirait un bateau pirate, c'est bizarre ce truc ! Là des oiseaux. Qui c'est qu'a fait ça ? C'est un artiste peintre ? Des fois on s'interroge : qu'est ce qu'ils ont voulu dire ?

Procédés : L'inhibition (CI-1) et le procédé anti-dépressif (CM-3) sont soutenus par une insistance sur les contours et les limites pour renforcer l'enveloppe corporelle (CN-4). Pour autant, cela n'empêche pas l'émergence en processus primaire par une craquée verbale (E4-1) (avec de l'eau) puis une désorganisation temporelle, « après » (E3-3), qui introduit une seconde interprétation isolée (A3-4). Expression d'un sentiment d'étrangeté (CN-1) et détail rare non intégré dans l'histoire (E1-2). Un enchaînement de questions à propos du matériel adressées au clinicien (CM-1) signe l'incompréhension devant le matériel dans une dimension d'intentionnalité (E2-2).

Problématique : Lorette a les ressources pour se dégager d'une régression qui pourrait s'avérer désorganisée. Elle peut faire appel au corps et à ses enveloppes pour limiter la désorganisation. Néanmoins, les défenses narcissiques sont débordées et mettent en évidence une désorganisation des repères. Les questions permettent à Lorette de se dégager complètement du récit et figent l'élaboration.

L'inquiétante étrangeté émerge aux planches 2 et 13MF.

À propos de l'angoisse, nous interrogeons spécifiquement la planche 1 :

Planche 1:

Je sais pas. Je sais même pas ce que c'est ce truc. Bah on dirait qu'elle s'interroge sur ce que c'est. Elle est pensive.

Procédés : inhibition (CI-1) et commentaire personnel (CN1) signent l'impossibilité de reconnaître l'objet et de le nommer, entraînant un vacillement des limites (CL-1). La massivité de la projection entraîne une fausse perception (E1-3) concernant le sexe du personnage et l'accent porté sur le conflit intrapersonnel (A2-4) dans une perte de la conscience d'interpréter.

Problématique : L'identification projective importante ne permet pas la reconnaissance de l'immaturité fonctionnelle et altère la perception. La représentation de l'objet est impossible et la problématique projetée sur le personnage concerne la capacité à se représenter l'objet, témoignant d'une confusion entre perception et projection. L'absence de reconnaissance de l'objet ne permet pas de repérer une angoisse de castration et nous donne à penser au déni.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Lorette commence notre entretien par une question, elle souhaite parler de sa sexualité. « Ça fait des années que j'ai tout refusé de la sexualité... donc ça pose problème évidemment quand on est en couple, je sais pourquoi j'ai ce blocage mais j'arrête pas de bloquer ». Elle retire un bénéfice secondaire à la découverte du cancer et notamment à sa localisation, dans un arrêt imposé de la sexualité. Lorette refuse la sexualité depuis 5 ans mais son compagnon la sollicite toujours et nous apprenons au cours de l'entretien que son refus de la sexualité en reste au stade d'un désir et qu'elle a toujours des relations sexuelles. La maladie lui permet donc de se soustraire à ces relations imposées. « Donc, en ce moment, il me laisse.... bah il sait que je veux pas de rapport vraiment quoi, donc il me laisse tranquille,... il me laisse tranquille!... donc j'ai plus ce souci ». Lorette livre ainsi une problématique centrée sur un corps qui n'a jamais été investi comme érotique et qui est régulièrement jeté en pâture aux autres, surtout dans ses relations à l'homme. Les hommes sont « tous les mêmes », objets interchangeables réclamant leur part comme un

dû du corps consommable de Lorette. Celle-ci n'éprouve rien, ni sentiments, ni plaisir. Elle n'a que des sensations déplaisantes et des douleurs. Son corps est une monnaie d'échange sur un mode anal passif : donné, repris, mais surtout pris.

Même si le corps n'est pas érotique, jeté en pâture aux hommes pour faire taire la dette indéfectible qui la tiraille, le cancer est étonnamment présenté comme une maladie romantique. Il arrive aux gens qui se meurent d'amour (ou de solitude). C'est le cas de son second partenaire par exemple : « Mais c'est vrai que le deuxième avec qui j'ai vécu, je l'aimais énormément et lui aussi d'ailleurs! Mais lui il était... trop fier... trop fier pour... quand je l'ai quitté, il a eu le cancer, un mélanome ». Le cancer s'inscrit comme une image romantique liée à l'amour. Ces images romantico-nostalgiques parsèment le discours de Lorette, figurant le mouvement mélancolique qui accompagne son histoire : image du prince charmant : « quand je suis partie avec lui, il m'a enlevée parce qu'il voyait bien que c'était la folie! »

Dans l'ensemble du protocole du TAT, Lorette privilégie le recours au percept et à la sensorialité pour lutter contre les rapprochers trop excitants. Le sens du regard, en particulier, est surinvesti, permettant de distinguer les intentions différentes des personnages, de connaître la nature de leur lien autrement insaisissable. Si cet appel au sens par le percept permet de lutter contre la fusion identitaire, l'investissement du regard s'accompagne néanmoins d'un vacillement identitaire entre Lorette et ses personnages. Pour la planche 2, les regards déterminent la séparation d'avec le monde parental et participent au figement pulsionnel. À la 4, le regard porte la fuite du personnage masculin et l'angoisse du personnage féminin. À la 6, ce sont les intentions paternalistes du personnage que révèle son regard. Pour la 9, ce sont des intentions voyeuristes, traduites par l'observation et l'espionnage. Le garçon de la 13B est ébloui et ne peut donc plus exprimer son affect « soucieux ». Enfin, la position du personnage masculin de la 13MF, le bras devant les yeux, rend son interprétation difficile pour Lorette qui trouvera une voix de dégageant en se demandant s'il veut cacher ses sentiments ?

Ainsi, le recours au regard permet d'identifier les objets, celui-ci porte l'affect et les intentions des personnages et, lorsque Lorette ne peut s'y accrocher, nous entendons ses fragilités symboliques et projectives.

Planche 9 GF:

(6) bah apparemment il y a une jeune fille qui a l'air pressée d'aller quelque part et l'autre femme, on dirait qu'elle observe sans se faire voir. Elle est peut-être un peu triste je sais pas. Il y a de la méfiance on dirait, elle espionne quelque part.

Procédés : Anonymat et isolation des personnages (CI-2/A3-4). Les représentations contrastées (B2-3) ne sont motivées par aucun conflit (CI2). Néanmoins, l'évocation d'un mauvais objet voyeuriste (E2-2) entraîne une confusion identitaire (E3-1), avec l'émergence d'un affect de tristesse (B1-3/CN2). Enfin, un fantasme de persécution (E2-2) apparaît, toujours dans le contexte de confusion.

Problématique : Il plane un fantasme voyeuriste. À nouveau, les représentations sont isolées. Si la première est teintée d'érotisme à travers le mouvement (tendance B2-4) qui exprime un désir et surtout l'emploi d'une temporalité « pressée », la seconde laisse transparaître un figement pulsionnel dans « l'observation » et une tendance voyeuriste : « sans se faire voir ». Enfin, si l'isolation respecte les distances relationnelles entre les personnages, son échec signe la confusion identitaire qui renforce la dimension malveillante du voyeurisme évoqué dans un registre paranoïaque.

Foisonnant de procédés CL2 et CN4 lorsque la régression se fait sentir, Lorette se sert de son corps pour maintenir des limites avec l'autre et délimiter un espace identitaire, qui semble tenir le coup, tant que le rapprocher n'est pas trop excitant. À la planche 6, la place du corps est intéressante puisqu'il n'appartient pas tout à fait à la femme, le désir de l'homme pour elle l'habille, elle ne peut s'y soustraire sans disparaître puisque règne la négation de la différence intersubjective.

Planche 4:

(7) C'est difficile (rires) (3), ça fait très acteur de cinéma déjà. (7) on dirait que l'homme est pas indifférent mais... l'attitude de l'homme et la femme est complètement différente, lui il regarde ailleurs comme si il fuyait et elle, elle tente quelque chose. Qu'elle le retient. Il y a de l'angoisse dans son regard à elle.

Procédés : Inhibition (CI-1) et commentaire signent la difficulté à interpréter (CN-1). La tentative de mise à distance (CN-3) et le rire (CM-3) introduisent un fantasme de séduction porté par l'homme, ce qui est une mauvaise perception (E1-1), immédiatement contre-battue par un recours au corps (CN3), qui reste non élaboré mais qui permet d'introduire une différenciation des personnages (CI2 tendance A3-4). Le renfort des limites, par l'accrochage aux regards (CL-2), permet que soit données des représentations contrastées (B2-3). Le vacillement des limites (CL-1) entre narrateur et sujet de l'histoire entraîne un glissement de syntaxe (E4-1), « qu'elle le retient », associé à une perception forte d'affect (B2-2/CL2).

Problématique : Le fantasme sous-jacent, de rupture dans le couple, entraîne un vacillement des limites associé à l'angoisse du personnage féminin. La séparation et la perte sont difficilement abordables et l'ambivalence est mal gérée malgré les recours au corps et aux sensations par le percept.

L'importance des représentations épargne Lorette des émotions et de l'affect. Sa tentative de recourir au corps pour inhiber le mouvement pulsionnel en marche se couronne d'une restriction. le renfort des limites par l'accrochage au percept prend finalement en charge le mouvement : « fuir », « tenter quelque chose ». Ce passage par l'investissement du mouvement corporel, sans lien avec l'affect, permet l'émergence maladroite d'un lien entre représentations. Pour autant, ce lien, qui propose une représentation unifiée de la scène, fait vaciller les limites et, avec elles, la conscience d'interpréter et

fait émerger l'angoisse portée par l'investissement du regard féminin.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Lorette accuse « des autres », qui seront nommés peu à peu, de son « blocage ». La culpabilité est un sujet qui revient sans cesse dans son discours, mais ce sont les autres qui l'ont rendue coupable. Elle s'accuse d'avoir déclencher son cancer suite à un désir intense de mettre fin à ses relations sexuelles sans pouvoir y arriver, elle culpabilise, selon ses dires, de son mode de vie « libéral ». Sous le terme de « salope », dont l'incriminent ses frères et sœurs, et sans la protection de sa mère, qui vient de décéder, c'est la menace d'un intérieur sale, contaminé sexuellement, d'un féminin méprisable, corrompu qui tombe comme un « jugement » surmoïque sans appel, sans pare-excitant, la détournant de ses investissements génitaux. Le cancer gynécologique vient quant à lui concrétiser la menace et rendre justice. Notons qu'aux prises avec un complexe de castration défailant chez Lorette, la réalisation concrète de celle-ci la soulage. Sa culpabilité trouve enfin punition, elle est libérée d'un poids, d'un courroux, peut-être celui du génital, tellement associé à l'inceste.

Les hommes et les femmes ne sont pas faits pareil : « Parce que les hommes, il me semble, c'est plus mécanique que dans la tête quoi, nous c'est plus cérébral que... donc on est pas faits pareil. Mais bon, j'ai beau lui expliquer, pour lui... (silence) il en avait envie, besoin. Il ne voyait pas non plus le mal de le faire quand même, il pensait que, quand même, j'avais un peu de plaisir... Moi à force je disais plus rien. Mais depuis que j'ai ce problème c'est vrai qu'il s'abstient quoi ».

Avec Lorette, il faut faire une différence entre désir et consentement. Elle est capable d'accepter une sexualité qu'elle ne désire pas et qui même la rebute. Elle dit elle-même qu'elle « ne sait pas dire non fermement ». Elle n'a pas les ressources nécessaires pour se soustraire au désir de l'autre, elle est définitivement son objet de jouissance. À une époque où elle n'a pas de conjoint, elle accepte de monnayer sa sexualité. « Quand j'ai divorcé, j'étais secrétaire et quand j'ai divorcé, il a commencé à me harceler, quand y avait personne évidemment, me dire « Lorette... » Au début, j'étais très contrariée et jusqu'au jour il me dit je te paierai et comme j'avais perdu mon boulot j'ai cédé. Donc, une fois par mois à peu près, c'était : bon on y va, ça prend 5 minutes et puis c'est fini ». Elle parle d'« un droit de cuissage avec mon employeur ». Le terme est étonnamment choisi.

« Objet non objet » (selon le concept de Racamier), Lorette possède un intérieur féminin déprécié, qui semble ne plus apporter que des problèmes, notamment dans ses relations avec l'autre sexe qui sans cesse lui vole. À tel point qu'elle s'en est détaché, l'a désinvesti. Cet intérieur vaginal a fini par se confondre tout à fait avec l'intestinal, qu'elle monnaye sur un mode de relation anale.

Revenons à ce moment crucial pour Lorette, lorsque cet « ami » lui déclare sa flamme. L'événement est raconté de manière étrange : « Et puis un jour, comme ça, il me dit « tiens, je suis amoureux de toi, je veux coucher avec toi ». Alors là, ça m'a fichu un coup à la tête parce que je n'avais pas envie d'avoir des aventures extra conjugales ». Tout d'abord, cette tierce personne, ami « commun » du couple, ne semble pas le moins du monde dérangé par la présence d'un autre homme. Deuxièmement, l'amour se résume ici à la relation sexuelle, présentant une confusion violente entre tendresse, amour et sexualité. Suite à cette proposition, Lorette s'effondre : « Et donc, quand cette personne m'a dit qu'il était amoureux de moi, ça m'a fait une dépression terrible, je mangeais plus, je sortais plus. Et là, j'ai revu un psychiatre encore ». Elle explique que cette annonce la renvoie à cette première expérience d'une sexualité sans désir, ni plaisir, qu'elle a accepté à l'époque avec son patron contre de l'argent. Une expérience qui s'est, au final, avérée traumatique.

Elle s'effondre donc sur un mode dépressif avec un retrait massif de la libido. Mais ce que cette annonce comporte qui fait s'effondrer Lorette par rapport à la première fois, c'est l'amour, l'affect d'amour quelle a pris en horreur depuis longtemps et qui l'effracte plus encore que la sexualité. « Je sais pas être toute seule. je pense d'après moi aussi que c'est parce que mon père n'était pas du tout affectueux, c'est-à-dire, c'était une famille... ma mère de son côté, ils étaient quand même assez heu... disciplinés, puis rigoureux dans l'éducation. Donc ni l'un ni l'autre ne savait donner de l'affection. Et puis, dans ma famille, c'était surtout mon père, mon grand frère et ma grande sœur qui étaient les érudits, les intellectuels et puis après, moi j'étais là... j'étais malade depuis toute petite ce qui fait que c'est vrai que j'ai pas très bien suivi à l'école. Donc j'étais un peu canard boiteux. Et puis, après y avait la petite sœur qui était la dernière et c'était pas pareil. Mais c'est vrai que mon père on communiquait pas quoi. Je l'appelais pas papa, ma mère je l'appelait pas maman... c'était mon père et ma mère quoi. Et donc je pense que si j'ai toujours eu besoin d'aller vers d'autres personnes nouvelles c'est pour m'affirmer, enfin pas m'affirmer mais... avoir la protection et puis de l'affection... toujours plaire ». Elle décrit donc une recherche d'étayage dans sa relation à l'autre, ainsi qu'un support narcissique évident, passant par l'esthétique perceptive. Cette esthétique est portée par le corps, la féminité, et, en offrant ce corps, Lorette a l'impression de se remplir d'un féminin enrichissant (« j'ai été très aimée aussi par beaucoup d'hommes, donc normalement j'ai une vie enrichissante »), de pallier au vide tout en s'assurant de ne pas voir se réaliser ses angoisses de disparition liée à la solitude.

Ces rapports sexuels qu'elle finit par accepter sont également pris dans un échange de services rendus qui les placent à nouveau dans un registre anal. « On était très liés tous les trois parce qu'on était amis, il venait nous faire plein de travaux chez nous. Il jouait, c'était vicieux, c'était vicieux quoi, parce qu'il nous faisait plein de choses chez nous, en contrepartie, de temps en temps, quand j'avais envie aussi, enfin quand j'avais envie, quand je disais oui, ce qui était pas forcément une fois tous les 6 mois quoi, mais y avait toujours cette épée au-dessus de la tête : « alors, quand c'est que t'en auras envie? » (rires). Bon finalement j'ai cédé avec lui ». Lorette est définitivement contrainte par la loi de l'homme qui possède ce droit de cuissage sur elle. Elle culpabilise de ne pas céder à ses avances, comme si son seul moyen de payer était son corps. Sa

dette à l'autre est éternelle, impayée, et impayable. « Disons que je lui en parlais à cette personne, je lui disais que j'étais pas bien, que finalement ça m'allait pas du tout cette situation. Mais! Il était têtu comme une mule, il persistait et voilà. Et comme il venait toujours nous faire les travaux, il nous a fait plein de choses chez nous et voilà il était toujours là et puis je me sentais redevable. Donc, comme une pute j'y allais. Et ça me faisait horreur quoi! Mais je me disais, comme pour mon patron, ça dure trois minutes et puis je prenais des cachets pour y arriver, donc c'était pas très long non plus. Trois minutes de... et voilà c'est fini (rires) ». Pourtant, elle paye pour ne plus que les hommes la harcèle de leur désir. Lorette n'est qu'une carapace de féminité vidée de son féminin, une carcasse même, dont la maigreur est impressionnante et qui me laisse perplexe quant au désir de l'homme de la posséder. Au moment où je la rencontre, Lorette n'a même plus sa féminité pour se protéger et payer, elle présente une incurie bien capable de tenir l'autre et son sexe à distance.

L'incurie de l'intérieur féminin malade et contagieux est présent dans la fantasmagorie de Lorette.

« Oh oui!.. Donc après, comme j'ai su que ça pouvait être un virus aussi, qu'on attrape finalement depuis, que je savais pas que j'étais pas au courant. Bah je me suis renseignée parce que déjà j'entendais que cancer du col de l'utérus c'était un virus, le papillon je sais pas trop quoi là... je connais pas du tout. Dès le premier rapport on peut l'avoir contracté puisque même les préservatifs ça passe à travers. Alors je me suis dit c'est peut-être pas moi qui ai provoqué une maladie si c'est un virus, je sais pas, ou alors dans l'inconscient j'ai fait développer le virus, je sais pas! Je sais pas... Mais c'est vrai que bien souvent je me suis dit que si je ne pouvais plus rien avoir là... et c'est là que c'est arrivé, bizarre! (rires) »

« Faut pas que je m'affole un peu pour pas que je la passe à mon ami ».

Remarquons également que cette relation est vécue par Lorette comme « extraconjugale ». Pourtant, celle-ci ne semble pas déranger son conjoint au courant : « Même il me disait, si tu peux lui donner du plaisir, tu lui en donnes ». Pourtant, elle n'incrimine pas du tout son conjoint, mais seulement elle-même, « j'étais trop faible », dans un mouvement mélancolique. Si elle peut reconnaître le caractère de prostitution de sa relation, elle ne reconnaît pas pour autant l'action perverse qu'exerce son conjoint dans son comportement de proxénète.

Au final, il s'agit bel et bien d'une relation à trois dont elle ne peut se défaire que par la mort de son tortionnaire, qui la libère de son emprise. D'ailleurs, il n'y a que la mort des autres qui la libère de ses emprises puisque l'homme avec qui elle a vécu 14 ans a fini par décéder d'un cancer : « quand je l'ai quitté, il a eu le cancer, un mélanome. Donc j'ai vécu sa maladie à la fois de près et de loin, parce que, évidemment, il me rendait coupable de ce qui lui arrivait, le choix, la séparation, tout ça, donc il m'écrivait que des lettres pas très... à la fois... il savait jouer avec les mots, il savait où taper, il me connaissait, donc il savait où taper et chaque fois il tapait au bon endroit. Donc c'est vrai que j'ai vécu sa maladie de très près quoi. Il a fini par mourir... ».

S'il l'accuse d'être à l'origine de son cancer, elle ne le dément pas et même, par sa formulation, semble le confirmer, confirmant le mouvement mélancolique qui anime le masochisme de Lorette.

Lorette est persécutée par des hommes qui l'aiment et qui veulent la garder sous leur emprise. Elle

accepte ces persécutions qui s'expriment par des actes sexuels, quasiment de l'ordre du viol, malgré son consentement, au travers d'un masochisme morbide.

Elle n'est pas persécutée que par ses amants, son frère également, qu'elle adore, l'accable au point, cette fois-ci, de provoquer le gel de son désir. Lorsque la situation se répète, elle tombe en dépression.

Lorette a du mal à vivre l'examen gynécologique, c'est pour cela qu'elle n'est pas suivie. « Dentiste et gynéco c'était pareil. Ça fait mal quoi, c'est pas agréable, le spéculum ça fait mal, c'est pas agréable quoi ».

Il n'est pas question de pudeur, mais de douleur, associée ou non à la douceur du gynécologue. Paradoxalement, elle pense que le premier lui a fait mal car il l'aimait bien et était donc contrarié de voir que ce qu'elle avait était grave. Le second était gentil, très doux, elle n'a rien senti.

Au TAT, exceptions faites des planches 7, 10 et, timidement, la 4, aucune mise en relation n'est possible dans les interprétations de Lorette. Au contraire, celle-ci semblent prohibées. Pourtant sous-tendues par le même fantasme, comme pour la planche 6 ci-dessous, les représentations ou les affects portés par les personnages ne peuvent se lier, laissant les récits a-conflictuels.

Planche 6 GF:

Elle m'a l'air surprise. Lui, il a un regard très paternaliste, très doux et elle, elle est interpellée je sais pas pourquoi.

Procédés : La centration sur le personnage féminin, « m'a » (CN1), s'inscrit dans une porosité des limites (CL1). Les représentations sont isolées (A3-4). L'accrochage aux sensations, notamment encore une fois au regard (CL-2), rend compte du caractère bienveillant (CM1) et de l'identité du personnage masculin. L'attitude féminine (B1-3) laisse transparaître un fantasme de séduction nié par un commentaire personnel (CN1) qui fait avorter le conflit (CI-2).

Problématique : Un fantasme de séduction incestueux, exprimé par le corps et le regard, empêche l'histoire de se dérouler et au conflit d'advenir. Encore une fois, la relation est suggérée, mais sans réellement être effective. La désintringation isole les personnages et leur réaction, et bloque la mise en conflit. Le fantasme de séduction hystérique est néanmoins perceptible à travers l'accent mis sur l'aspect paternaliste de l'attitude masculine et l'étonnement féminin. L'excitation ne peut être reconnue, « je ne sais pas pourquoi », tout comme l'aspect étayant lutte contre l'intention sexuelle masculine.

Cela nous semble confirmer ce que Lorette vit au quotidien, incapable de cerner l'intention de l'autre, présentant une naïveté sexuelle qui fait d'elle un corps à manipuler. Toute relation est potentiellement sexuelle, donc dangereuse, imposant des défenses drastiques à Lorette pour reconnaître sans reconnaître la relation. L'isolation lui permet de faire coexister deux intentions, deux représentations qu'elle reconnaît elle-même comme impossibles à lier dans ses questionnements : « je sais pas pourquoi ». Elle ne se demande pas pourquoi la femme serait surprise par les intentions paternalistes de l'homme, mais pourquoi la femme est surprise, signifiant bien

l'impossibilité de la mise en relation.

Nous pensons, devant l'idéalisation et l'étayage forcené attribués aux représentations, comme pour la planche 5 ci-dessous, à ses tendances masochistes qui ne lui permettent pas de percevoir les mauvaises intentions de l'autre et la conditionnent à toujours trouver des excuses aux gens qui la maltraitent. Tendance masochique associée à un mouvement mélancolique qui, lorsqu'elle tente de lutter contre, la plonge dans des effondrements dépressifs très importants (elle se laisse mourir). Lorette oscille entre se laisser faire ou rompre le lien et mourir.

Planche 5:

Pas évident (rires). C'est une femme... ça c'est sûr, est-ce que c'est la femme ou la mère ou la bonne ? On sait pas... Qui vient dire quelque chose à quelqu'un, gentiment.

Procédés: Commentaire personnel concernant la difficulté à interpréter l'image (CN-1). Malgré les réassurances antidépressives (CM1) et l'accrochage à une conviction identitaire (CN1/CL2), la problématique se perd dans l'impossibilité d'identifier le personnage (E3-2). Puis l'introduction d'un personnage (B1-2) permet une histoire très inhibée (CI1) avec la mise en avant d'un affect positif (B1-3), rendant le personnage bienveillant (CN-2), au détriment d'une représentation (B3-1).

Problématique: L'instabilité identitaire ne permet pas l'accrochage à l'objet et c'est un affect bienveillant qui caractérise l'imago féminine et contre-investit le fantasme sexuel (gentil-ment). La précision de l'affect en fin de phrase, après une représentation factuelle, nous interroge sur la nécessité de rabattre un mouvement pulsionnel agressif, susceptible d'émerger à partir de la mise en relation « vient dire quelque chose à quelqu'un » et ce, malgré l'inhibition.

Notons que la figuration d'une image féminine 5, 7 et 9 fait échouer les défenses qui tiennent l'autre à distance identitaire, faisant émerger une instabilité des objets pour la 5 et une confusion des identités pour la 7 et la 9 qui permet de nier la relation et le conflit interpersonnel.

La planche 7 est intéressante dans ce qu'elle montre d'une passivité coupée du lien à l'objet :

Planche 7GF:

(6) Alors ça c'est la mère qui lit quelque chose à sa fille qui est jeune, la mère est très attentive, par contre la fille à l'air ailleurs, je crois qu'elle écoute pas vraiment ce que dit sa mère. Elle attend que ça se passe pour partir.

Procédés: description factuelle (CF-1) avec appui sur l'immaturation fonctionnelle de la fille (CN-2) et l'objet livre (A1-1). Petit télescopage des identités dans l'attention portée à la lecture (E3-1), c'est la mère qui est attentive. Les représentations sont contrastées (très attentive/écoute pas vraiment B2-3). Scotome du poupon (E1-1).

Les deux personnages de l'image sont identifiés et mis dans une relation mère / fille. La mère de l'histoire est à la fois la lectrice du livre et celle qui est attentive à la lecture. L'attitude de la jeune

filles vise à défaire les liens instaurés par l'action. Elle est à la fois présente manifestement et absente de la relation, en dehors. Les relations de Lorette sont ainsi dans le protocole : toujours prêtes à se défaire, jamais vraiment totalement établies, jouant de la présence / absence pour signifier le danger à être, là où ça se passe, à être-là où ça se passe. Le recours à la passivité contribue à endurer jusqu'au bout (elle attend que ça se passe) une situation physiquement imposée, tout en étant psychiquement « ailleurs ». Une passivité donc, dans un registre de présence physique (de contrainte physique), qui ne permet pas l'érotisation de l'attente. Incapable d'être dans une activité, le poupon est scotomisé car son investissement insufflerait au personnage une possibilité de vie en dehors de la relation subie, un détour potentiel de la relation maternelle, donc une activité libidinale, diminuant l'impact mortifère de « l'attente ». Le protocole est « sans vie » (planche 2), sans conflit, sans sexualité et paradoxalement tendre et étayant : « gentiment », « paternaliste », « havre de paix »... Ceci nous rappelle cette pulsionnalité motivée par le besoin qui déssexualise les liens et se détourne de l'objet et de son emprise.

La planche 11 mérite également d'être présentée dans ce qu'elle nous apporte au sujet du traitement libidinal du féminin :

Planche 11:

C'est dans ce sens ? Il y a un grand mur, une forêt très profonde, très grande, très haute, avec des grosses pierres à gauche, peut-être que c'est une grotte... je sais pas ce que c'est, on dirait une grotte, la sortie au fond, la lumière. Ça me rappelle les grottes de Kakueta, c'est une gorge mais là la lumière est au bout, c'est pas pareil.

Procédés: Pose une question (CM-1). La réassurance se poursuit par un recours important aux qualités sensorielles (CN4) et au percept (CL2), ainsi qu'une référence à quelque chose de vécu (CN-1) donc retournement sur soi.

La régression entraîne un retour sur le corps pour réassurer des limites fragiles. La référence à un contenant maternel : « la grotte » est traitée avec un possible dégagement par la sensorialité et un retournement de la libido narcissique sur soi. Le mouvement est intéressant : après avoir porté l'érotisme en périphérie du corps pour en renforcer les enveloppes et trouver un dégagement à une imago maternelle archaïque, autrement engloutissante : la grotte, cette même libido narcissique fait retour sur le moi (CN1 : auto-centration) et permet de transformer la représentation, non sans une légère contiguïté par consonance, de « grotte » en « gorge ». La délimitation d'un espace sensoriel fluctue entre une représentation anale et une orale.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Elle relate le trauma qu'elle désigne à l'origine de la perte de ses ressentis sensuels et de son désir sexuel. Il s'agit du décès de sa mère. À l'occasion de cet événement elle dit : « tout le monde m'est tombé dessus en me disant que j'étais qu'une salope... Tout ça a fait que, d'un coup, plus rien (silence) ».

Le décès de sa mère, associé au terme « salope », bloque donc subitement toute possibilité d'érotisme et de sexualité. Le terme « salope » détient, à la fois une connotation de femme de mauvaise vie, dévergondée, débauchée, de femme méprisante, sans scrupule, aux mœurs corrompues, avec ou sans connotation sexuelle, de femme coupable de trahison, d'un partenaire soumis, salace ou lubrique.

« Donc tout ça a fait dans ma vie que j'ai eu beaucoup de choses... pas forcément morales on dira ».

Depuis la maladie, les objectifs de Lorette ont changé, le retournement narcissique de la libido lui permet, par l'intermédiaire d'un objet interne, constitué comme appartenant à soi et création du corps en réponse à une détresse psychique, de ne plus souhaiter être à la merci de l'autre et de se dégager de son emprise. Cette passivité mortifère et le masochisme moral, à l'œuvre jusqu'à présent, semblent pouvoir évoluer du côté d'un désir de vie. Elle montre la capacité, fragile, de s'affirmer du côté de l'altérité en disant « non ».

« Maintenant je crois pas, parce que j'ai plus envie de me retrouver dans des situations ambiguës... Donc, maintenant, je crois que c'est bon. Je saurai dire non, stop, j'ai pas envie quoi. Mais bon, il a fallu que j'attende 55ans pour (rit aux éclats), pour être plus déterminée. Bah, je me dis que je vais en profiter pour parler avec un psy, pour essayer, je connais les causes de ce que j'ai. Maintenant, il faut trouver la solution pour arriver à trouver un équilibre. Enfin, retrouver un désir au moins. Si j'arrive à le retrouver c'est que je vais mieux dans ma tête ».

L'issue qu'elle envisage, en cas de complication, est un suicide relativement romantique revendiquant le droit à la mort. « Apparemment, ça ce soigne bien, on verra bien. Après, si ça se complique, j'irai en Bretagne, dans les algues toxiques, 3 minutes c'est impeccable. Ah oui! Moi je pense que je vais pas batailler pendant des lustres, souffrir si y a pas une bonne voie, ça c'est clair! Je l'ai toujours dit. J'irai avec un panneau pas le droit à l'euthanasie et heureusement qu'il y a la pollution de la terre (silence) ».

Au TAT, la désintrinsication qui gouverne le fonctionnement de Lorette ne contamine pas pour autant ses projections de sa thématique morbide (exception faite de la 13MF). Celles-ci sont, au contraire, prises dans un registre tendre, inhibé quant à leur but sexuel ou agressif. Pourtant, la pulsion de mort nous semble à l'œuvre dans les perceptions sans vie qui relatent à la fois d'objet désincarnés dans une dimension traumatique, d'un temps arrêté, suspendu : « la vie s'est arrêtée » (planche 2) et d'une coupure des liens entre les objets vivants.

Nous percevons quelque chose à propos de l'isolation qui règne dans le protocole : par défaillance du symbolique, c'est la distance physique qui permet proportionnellement la mise en relation des personnages. Ainsi, plus les personnages sont physiquement / manifestement éloignés, moins Lorette est capable de les rapprocher pour les mettre en lien. À l'inverse, plus ils sont proches et plus les limites identitaires vacillent, entraînant des défenses qui suppriment le conflit interpersonnel, pour, au final, obtenir le même résultat : pas d'altérité possible sans risque de confusion identitaire, tout contact physique fait vaciller les limites, la relation interpersonnelle est à neutraliser. À la 9, si l'isolation respecte dans un premier temps les distances relationnelles entre les personnages, son échec signe la confusion identitaire qui renforce la dimension malveillante du voyeurisme évoqué dans un registre paranoïaque. Ceci semble confirmer l'importance des scènes de rapprocher physique que nous percevions dans l'entretien. Lorsqu'à la planche 10, le rapprocher manifeste (le plus intense du protocole), entraîne pratiquement le scotome d'un personnage, l'ambivalence n'est pas de mise. Seul le personnage masculin détermine l'affect du couple, comme si tout dépendait de lui pour garantir le registre émotionnel du couple. Le mouvement érotique, porté par le corps, est à la base de la représentation idéalisée. Un mouvement qui crée l'union pulsionnelle, supprime la différence intersubjective et érotise le rapprochement corporel.

Trop loin ou trop proche, trop présent ou absent, voici la problématique de Lorette, qui ne sait pas se situer corporellement dans son rapport à l'autre : elle se donne ou disparaît, entraînant dans sa vie de nombreuses erreurs d'interprétation de l'intentionnalité de l'autre.

Cette problématique du trop ou du pas assez, traduite dans le registre du corps, trop proche / trop absent, qui finalement s'inscrit psychiquement de la même façon, nous rappelle l'expérience répétitive du « for / da », permettant d'intégrer la douleur de l'absence. Est-ce que Lorette est prise dans ce temps suspendu de la répétition la contraignant à répéter une sexualité douloureuse pour tenter de la dompter ? Est-ce que l'expérience du cancer lui offre finalement la déliaison nécessaire pour lever la répétition ? Représente-t-il le fruit de ses recherches d'incorporation d'un mauvais pénis ? Détruite de l'intérieur, Lorette échappe aux pressions extérieures et peut se soustraire de l'emprise sexuelle de l'autre.

Aussi, la pulsion de mort lutte avec ses armes contre la relation d'objet, et le clivage cohabite avec l'isolation. Les planches couple sont représentatives du travail de lutte contre l'emprise qui s'exerce chez Lorette au travers de mécanismes primaires, tel le clivage. Elles laissent apparaître un vacillement identitaire qui relève d'une confusion entre perception et projection devant la mise en lien. La planche 4 montre le clivage à l'œuvre dans la représentation du couple, à la fois ensemble et différent, faisant coexister deux représentations contradictoires. Les difficultés de syntaxe de la phrase, « l'attitude de l'homme et la femme est complètement différente », nous donnent à entendre deux

propositions contradictoires : dans la première, l'homme et la femme sont regroupés sous une seule attitude, dans la seconde proposition, il est question d'une différence concernant cette attitude mais qui manque d'objet de comparaison : une attitude pour deux, quelle différence ? Ainsi, l'image du couple est à la fois unie et différenciée.

Au TAT, nous relevons l'utilisation récurrente de la dénégation :

Planche 3BM:

(4) On dirait une femme très triste (4), malheureuse et puis qu'est en train de... pas de pleurer, je sais pas, recroquevillée dans cette position, on dirait quelqu'un qui est malheureux parce que dormir dans cette position c'est pas possible.

Procédés : les précautions (A3-1), les inhibitions (CI-1) et la reconnaissance d'un personnage féminin (CN1) accompagnent l'expression d'affect (B1-3). La représentation corporelle de l'affect est déniée (A2-3). Le recours à la position corporelle (CN-3) permet de remâcher l'affect dépressif (A3-1) mais, cette fois, le personnage est anonyme (CI2). La dénégation finale (A3-1) permet de donner une autre interprétation motivée par la même attitude corporelle.

Problématique : La reconnaissance de l'affect de tristesse ne peut être pleinement traduite par une représentation corporelle. L'inhibition pulsionnelle est très marquée par l'importance du procédé CN3 à laquelle s'ajoute l'impossibilité pour le moi de reconnaître une action, même dans sa forme la plus passive : « dormir », qui laisse l'idée de malheur, dénuée de représentation, marquée donc par la désinhibition pulsionnelle.

«Pleurer» et « dormir » sont les deux représentations corporelles que Lorette associe au « malheur », sans que le moi ne puisse pleinement les prendre en charge et qui coexistent donc sans choix possible (CL4). Nous revenons sur la représentation « dormir », qui émerge sous la projection du malheur. Si « pleurer » semble adapté à l'affect, « dormir » est plus difficilement compréhensible et représente un échappatoire corporel. « Dormir » représente la mise au repos total du corps, ce qui tend à ressembler à la mort. Avec cette représentation, la déliaison que nous avons perçue nous semble achever son travail de sape de l'érotisation, grâce au mécanisme de dénégation.

Le fantasme est accessible de manière neutralisée, c'est-à-dire dénué des mouvements pulsionnels qui l'animent. Seules les représentations sans vie sont données, les personnages sont isolés, les affects isolés des représentations, les mouvements figés.

La déliaison, par isolation / clivage, dont Lorette use méthodiquement, se lit pour le clinicien comme un récit à trous. Finalement, le fantasme apparaît, mais sans histoire et sans vie, sans conflit, simplement par ses thématiques massives, comme pour la planche 13MF ci-dessous. Peut-on y voir l'expression de la pulsion de mort au TAT ? Une forme de projection plénière de la pulsion de mort dans sa fonction de déliaison qui a réussi ? Le sujet serait alors en manque d'intrication pulsionnelle

pour compléter son fantasme à trous. Ce lien, qui manque pour recoller les morceaux de l'histoire entre une femme morte et un homme qui se cache, que l'on prend en photo, qui cache ses sentiments, fait fourmiller l'imagination du clinicien qui peut ressentir l'envie très forte de venir mettre du sens là où l'évidence s'entend, sans pouvoir advenir.

Planche 13MF:

On dirait que la femme est morte, et lui, je sais pas trop quoi penser de lui, on dirait qu'il se cache comme si on le prenait en photo... Un peu bizarre cette ambiance. Une cravate et tout, un peu paradoxale cette image. Ou alors il veut cacher ses sentiments ?

Procédés: La précaution (A3-1) masque difficilement la massivité de la projection (E2-3) qui s'exprime par la perception du personnage féminin mort (E1-4). Les personnages ne sont pas mis en relation (A3-4), ils sont isolés. La posture de personnage masculin est signifiante (CN-3) d'une défense contre une intervention extérieure induite par la photo (tendance mise en tableau). L'impossibilité de lier les deux représentations inaugure l'inquiétante étrangeté (CN-1) (E2-2). Le détail rare (E1-1) est donné dans une tentative de cerner le personnage masculin, qui n'empêche pas la tonalité étrange donnée à l'image (E2-2). Au final, l'appui sur le sens du mot « cacher » permet d'investir timidement un mouvement interne du personnage masculin (A3-1), sous forme de question (C11), mais ne permet pas de lever l'isolation ni de faire émerger le conflit.

Problématique: Envahissement par les processus primaires qui accompagnent un fantasme de meurtre très fort. La sexualité n'est pas du tout présente. C'est l'échec des défenses narcissiques. Lorette n'arrive pas à cerner le personnage masculin et tente de mettre à jour ses intentions, laissant planer à son sujet une inquiétante étrangeté. Après l'avoir rendu inoffensif, en figeant son mouvement, elle circonscrit son aspect extérieur pour enfin aborder ses mouvements internes de façon néanmoins très neutre, sans pouvoir élaborer la référence au sentiment.

Lorsque l'élaboration manque, comme ici, un appui au sens du mot, un recours au verbe lui-même, permet un pivot du sens propre au sens figuré et montre les traces d'un travail de liaison plus laborieux. Le clinicien peut sentir la teneur intense du fantasme et à quel point les défenses sont là pour en préserver le sujet. La procédure du dehors au dedans se déroule autour du terme « cacher », qui passe du sens propre au sens figuré. Si le fantasme est palpable, le lien ne peut advenir entre les deux représentations. La désintringation à l'œuvre permet de reconnaître la partie « morte » du fantasme sans pouvoir y insuffler la vie. Ainsi les personnages sont désincarnés et isolés : à l'arrêt, recroquevillé, attendant que ça ce passe, ébloui, mort, assis, photographié, caché.....

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

La dissymétrie corporelle renvoie Lorette à une impossibilité d'imaginer une intériorité corporelle remaniée par les chirurgiens. Elle ne sait pas ce qu'il lui ont fait. Contrainte musculaire, impuissance et passivité font émerger des angoisses à propos de l'intériorité corporelle non représentée, ignorée : « Non elle m'a dit que j'avais des poches qui se résorberaient peut-être à la longue mais ça serait long. Autant avant j'avais pas envie de savoir vraiment ce qu'on m'avait fait, d'ailleurs il m'avait dit le docteur que c'était pas la peine qu'on me dise tout parce que de toute façon je panique trop vite. Donc, vaut mieux que je sois dans (silence+) que je sache pas. Mais maintenant que c'est fini, enfin fini, oui, j'ai plus de cancer, mais j'aimerais savoir exactement ce qu'on m'a fait quoi.

E : Qu'est-ce que vous imaginez ?

L : Ben, je sais que c'est les glandes, mais lesquelles, qui servent à quoi, je sais pas. Maintenant que c'est terminé, enfin, pour le moment du moins, j'aimerais, oui, savoir exactement ce qu'on m'a fait. Qu'est ce qu'on m'a enlevé comme glandes ».

Elle se demande symboliquement ce qu'il lui reste après les traitements, sans être capable de se poser réellement la question. Elle est confrontée à un vide interne, elle est dépossédée de son intérieur, châtrée, mais également dépossédée de ce cancer qui donnait forme à un objet interne.

« Ben pour l'avoir. J'ai rien du tout. J'ai rien du tout. Absolument rien quoi. Aucun scanner, aucun rien du tout. Tout ce que j'ai fait au départ, avant de venir ici, c'est eux qui l'ont, j'ai absolument rien chez moi. Si je veux aller voir un toubib, n'importe, que je voyais depuis longtemps pour lui montrer ce que, rien. Vous voyez. Les comptes-rendus, tout ça, j'aimerais bien l'avoir ».

Suite à l'évocation de sa routine elle s'effondre : « Bon j'étais fatiguée aussi quand même. J'étais fatiguée. Il faisait pas très lumineux aussi quand même dehors (silence++) (pleure). Et puis je suis pas bien (silence+++ se mouche) ». Le moment est très délicat, étrange, elle perd la voix, ne peut plus rien dire, à part : « je peux pas parler », elle ne répond plus à mes questions, comme si elle avait une extinction de voix. Elle entre dans une sorte de comportement mutique et autistique qui la délie de ses sens. Après un ré-étayage coûteux, long, et un refus de la laisser partir, la discussion peut reprendre et elle finit par parler de ses « crises de mélancolie ».

Au Rorschach, l'indice d'angoisse est plus élevé que la moyenne attendue (13,35%). L'anxiété s'exprime discrètement ou au travers des contre-investissements mis en place pour lutter contre l'intrusion. Les planches pastel sollicitent des mouvements pulsionnels dans un registre agressif, en guise de défense face à l'effraction. À ce moment-là, l'angoisse devient palpable et l'accès au corps est permis par des allers-retours entre dedans et dehors (planche VIII : « fermeture éclair qui s'ouvre et se ferme » ; planche X : « gueule ouverte »). L'expression de l'agressivité, évoquée de façon détournée, ou

admise lors de l'enquête (planche IX : « c'est agressif »), est facilitée par la projection sur des figures animales ou devient plus laborieuse, lorsqu'il s'agit de personnages humains malveillants (sorcières, hommes-oiseaux). L'angoisse, lorsqu'elle n'est pas envahissante (seulement en début de protocole et contrairement aux planches IV, V et VI), est traitée sur le mode de la décharge pulsionnelle, dans l'action (kinesthésies animales : « cracher », « tirer »).

L'inquiétude, et même l'étrange, a infiltré le protocole, responsable du déploiement défensif de Lorette.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Elle me fait part d'un étonnant problème à une jambe, qui la place dans une dissymétrie corporelle : « On me dit que c'est des poches, je sais pas, des poches qui ne se résorberont pas. Donc qui mettent des fois longtemps à se résorber. En attendant ça m'handicape pour marcher normalement. Et donc, c'est vrai que, quand je marche longtemps, ou que je reste longtemps debout j'ai comme l'impression que ça gonfle là un peu. Et puis ça me provoque quand même mal au pied, mal à la jambe, à cette jambe quoi (silence++). Donc ça me préoccupe aussi pas mal, parce que de l'autre côté c'est impeccable, alors celui-là je sais pas ce qu'ils m'ont fait. Je sais pas. C'est vrai que j'ai été hospitalisée, j'ai été opérée, je suis revenue chez moi puis j'ai eu un truc post-opératoire pas bon et j'ai du revenir en catastrophe. J'ai fait un gros hématome et c'est tout là. Donc je garde toujours, je sais pas exactement. Je sais pas ».

Elle me raconte qu'elle ne sait donc pas ou plus ce qu'on lui a enlevé. Elle parle de « glandes ». Elle voudrait finalement savoir à quoi servait ce qu'on lui a enlevé, posant ainsi la question de la fonctionnalité du corps.

Elle le dit d'ailleurs, en parlant de sa vie, et plus spécifiquement de son couple : « Ben maintenant, c'est un vide total ». Comme si, en guérissant, elle se retrouvait à nouveau vidée de son féminin. La maladie, après avoir eu le bénéfice secondaire de mettre fin à ses relations sexuelles, en se retirant, la laisse désinvestie du couple.

Au Rorschach, la sensorialité semble redoutée et se trouve délaissée, au profit de la sensation (TRI coarté et FS introversif pur). Les réponses couleur manquent dans le protocole, même si la couleur est bien perçue (rouge et noir qui déterminent le choix des planches en positif IX, ou en négatif IV), attestant, en association avec les réponses kinesthésiques, de l'impact fantasmatique des planches. Cependant, si la sensorialité est écartée (de manière coûteuse), ce n'est pas pour autant que la canalisation des réponses par la forme parvient à contenir la projection (perception d'objet déformés, V, « mais normalement les chauves-souris c'est plus droit (geste) »).

L'intérieur du corps est un thème qui revient régulièrement dans les réponses, l'enveloppe est malmenée : planches IV et VI, corps qui s'ouvre en deux à la première planche pastel de l'angoisse devant l'étranger (VIII), nous faisant penser à un fantasme d'incorporation de l'autre dans la rencontre (gueule ouverte, ouverture et fermeture du corps). Les relations spéculaires, entraînant une désorganisation dans les tentatives de différenciation, nous confortent dans une relation d'objet fusionnelle, qui laisse transparaître le fantasme d'un seul corps pour deux.

II.^ TL=0	1- Ça, c'est un clown qui est face à une vitre donc il voit son reflet.	Les mains, le corps, une vitre, un face à face mais ils sont qu'un dans une glace. C'est pas logique car je devrais pas voir car c'est de profil.	G	K+	(H)	Spécularité
--------------	---	---	---	----	-----	-------------

Aussi, les pulsions agressives et les fantasmes d'attaque du corps contaminent les réponses et l'effraction corporelle est constamment imminente. Lorsque Lorette a affaire aux affects, les dimensions érogène et sensuelle n'apparaissent pas. Les parties des corps animaux ou humains sont systématiquement détaillées, parfois de manière confuse lorsque la perception ne permet pas un rassemblement de ces morceaux de l'anatomie (planche X par exemple), témoignant d'une intense focalisation somatique qui entrave les capacités d'association.

La planche III (réponse 3) témoigne du balayage des limites les plus simples, entre humain et animal, à l'œuvre devant la mise en relation. L'agressivité qui se dégage de la rencontre avec l'autre est désorganisante pour Lorette. Il s'agit d'un fantasme d'attaque, potentiellement mortifère (« ongles », « griffes »), et entraîne un vacillement des limites, jusqu'à la confusion et l'informe (« normalement les chauves-souris c'est plus droit », « truc sous-marin »).

3- Ça semble être deux hommes avec une tête d'animal qui ressemblerait à un	Deux musiciens, une tête d'oiseau. Ça a la forme d'oiseau mais c'est	G	F+	H	
---	--	---	----	---	--

oiseau. On dirait des oiseaux mais c'est quand même des hommes.	des êtres humains. Pieds d'oiseau (Dd10), ongles d'oiseau (Dd)				
---	---	--	--	--	--

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Au Rorschach, les réponses humaines sont toutes de bonne qualité, mais la plupart des personnages sont dépourvus d'identité sexuelle (« personnes », « personnages », « bonhommes »). Les modalités d'identification féminine sont timides et se retrouvent exclusivement à la planche VII (féminine), choisie à l'épreuve des choix pour exprimer le déplaisir et la peur activés par la représentation de visages de femmes effrayantes (« gueules pas sympathiques »). Nous notons également l'intense traversée régressive lorsque Lorette est confrontée à une imago surmoïque apparaissant dans ses dimensions orale (« bouche »), scopique (« regard ») et génitale (« chapeau pointu ») à la planche IX ; dimensions correspondant respectivement à des fantasmes archaïques de dévoration (« crabe en noir »), d'emprise et de pénétration. Les fantasmes de pénétration sévissent également dans la représentation de figures masculines étranges et énigmatiques (« hommes-oiseaux » planche III, « bonhommes » planche IX), dotés d'attributs phalliques qui transpercent (« chapeaux pointus », « ongles » et « pieds d'oiseaux »).

IX ^ TL=7	1- Deux espèces de bonhommes, je vois un œil, la bouche et un chapeau pointu... c'est des personnages qui font peur.	Deux sorcières avec des chapeaux pointus (D3) et une bouche crochue (Dd). C'est agressif.	G	FClo b-	H	Pas d'identification sexuelle
--------------	--	---	---	------------	---	-------------------------------

La régression, imposée par la planche IX, est traitée par l'anonymat sexuel dans un premier temps, assorti pourtant d'une référence phallique (« chapeau pointu ») et entraînant un sentiment de peur. A l'enquête, l'identité sexuelle se précise, elle est féminine, portant des attributs phalliques menaçants, témoignant du danger encouru par la régression au monde pré-génital. La dévoration est encore une fois sur le devant de la scène fantasmatique avec la déformation corporelle d'une « bouche crochue ».

La continuité perceptive des planches IV, V et VI donne à voir ces mouvements d'activité / passivité en termes de vie et de mort. C'est ainsi que la chauve-souris « agrafée » à la IV, « scotchée » comme le précise Lorette, parallèlement sidérée par ce qu'elle voit, est vivante à la V, entraînant un fantasme de naissance à la VI.

IV ^ TL=6	1- On dirait une chauve-souris énorme agrafée dans une position bizarre quoi.	En haut le bec, la bouche et les deux points de chaque côté c'est les agrafes.	G	Kop- t. Clob	A	
V ^ TL=0	1- Ha bah, ça c'est une chauve-souris, là elle paraît vivante alors que là (planche précédente), on dirait qu'elle est agrafée ou scotchée.	Les pieds (D9), la tête (D6), de chaque côté les ailes mais normalement les chauves-souris c'est plus droit (geste).	G	kan+	A	Ban
VI ^ TL=0	C'est un peu difficile... je sais pas quoi dire pour exprimer ce que je vois.					Tendance Refus
	1- on dirait la peau de quelque chose,		G	F+	A	
	2- on dirait la naissance de quelque chose, un insecte.	La ligne du milieu naît de sous la terre et prend vie. En haut c'est comme tout à l'heure une tête d'oiseau. De chaque côté les ailes.	G	kan-	Abst.	

L'autre est perçu sur un versant actif privilégié à la passivité, mobilisant des affects violents et permettant le déploiement de défenses. Ce sont des fantasmes sadomasochistes qui émergent (« scotché », « agrafé »), montrant le danger potentiellement mortel (dans le sens d'une disparition), ressenti par Lorette d'être en contact avec un autre.

La question du rouge est scotomisée, elle refait surface pourtant à l'épreuve des choix mais déplacée à une planche couleur.

Lorette présente donc des difficultés identificatoires à projeter des imagos sexuelles masculine ou féminine. Nous décelons également une problématique identitaire dans ses difficultés à se projeter différenciée de l'autre. Lorette montre une tendance à perdre son intégrité corporelle dans la rencontre avec l'autre, elle est susceptible de se faire dévorer ou incorporer.

Le protocole est parsemé d'exemples de fantasmes d'engloutissements, d'attaques sadiques, de dévorations. Le corps est le théâtre de la possession, de l'effraction. Il est celui qui subit sa relation avec les autres, ces derniers étant régulièrement pourvus d'un caractère phallique, perçant et pénétrant, attaquant. Le corps effracté est le résultat de son contact au monde ; la passivité est mortifère, masochique, dans le sens trivial du terme, c'est-à-dire subir l'autre jusqu'à se perdre en lui, disparaître.

Plusieurs kpo en début de protocole attestent de la passivité dont fait preuve Lorette, non seulement face à la situation du test, mais également dans sa façon de se projeter. La mise en position et le déplacement sur des figures animales sont autant de tentatives de contrôler l'émergence pulsionnelle. Lorette lutte contre sa passivité qui transparait tout de même et finira par émerger dans la mise en représentation d'un fantasme sadomasochiste (chauve-souris agrafée).

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

J'assiste, au cours même de l'entretien, à un effondrement violent qui sidère les sens de Lorette et laisse place à des idées noires.

C'est lorsque Lorette est guérie qu'elle s'effondre. Entre la guérison annoncée, avec l'absence de cancer qui la laisse à nouveau vide d'un objet à investir narcissiquement, et juste avant son dernier traitement qui est la curiethérapie qui va lui imposer une situation de contrainte psychique importante, l'entretien déclenche un repli autistique. L'entretien devient compliqué pour elle, elle cherche à s'en échapper, j'ai l'impression d'être à la place de ceux qui maltraitent Lorette depuis toujours, intrusive, effractante. Pourtant, elle reste compliant, elle reste là mais s'échappe en se

coupant du monde extérieur.

La projection devient de plus en plus laborieuse au fil du Rorschach. Lorette ne s'attarde pas sur les planches, elle semble débordée par les stimuli et se révèle incapable de produire plus de deux réponses (une seule la plupart du temps). Les productions sont assez restreintes : on relève 15 réponses et aucun G élaboré. La perception globale et les réponses formelles sont privilégiées afin de tenter de contrôler et de garder une distance avec le matériel (du moins en apparence), mais la sidération psychique ne tarde pas à envahir la productivité. Si la déliaison pulsionnelle est à l'œuvre, notamment en milieu du protocole et jusqu'à la fin, en revanche, la réintrinsication des pulsions est aussi repérable à ces mêmes planches. L'enquête montre en effet les capacités de Lorette à émettre d'autres réponses (additionnelles), mais aussi à faire appel à son imagination.

Notons que la décharge pulsionnelle est possible à travers le mouvement dans un registre sadique (« cracher », « tirer », « scotché », « agrafé »).

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN :

3.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Nous apprenons, lors de cet entretien, que des angoisses claustrophobiques sont apparues suite aux traitements, lors des soins de confort. Il ne s'agit pas de quelque chose de nouveau pour Lorette mais d'une réactualisation d'une angoisse qu'elle connaît bien. La situation de contrainte corporelle et psychique semble responsable de l'émergence de cette angoisse. « Et encore j'ai arrêté parce que je suis claustrophobe, j'aime pas être enfermée et, en plus, il faisait chaud quand même à cette piscine, c'est petit, c'est une petite piscine de kiné quoi ». Cette angoisse est traitée par le contre-investissement et l'évitement. Néanmoins, nous pensons qu'elle signe le retour de l'intrinsication libidinale, étant donné que l'angoisse n'est plus sans objet. Lorette peut lier ses craintes à des représentations. L'angoisse trouve à se matérialiser à l'extérieur.

Les angoisses phobiques et hypocondriaques qu'elle décrit sont spécifiquement liées à un sexe malade, qui autorise entrées et sorties dans un échange entre son intérieur corporel et le monde extérieur. Elle ne supporte plus les baignades, son attention est fixée sur des bactéries mortelles que l'on trouverait dans l'eau. Elle s'y sent plus vulnérable car l'eau constitue une interface dans laquelle

se rencontrent les liquides corporels, les siens, infectés, contagieux, mais également fragilisés par la maladie et susceptibles d'être à nouveau contaminés. L'angoisse de rémission s'inscrit ici dans ce registre hypocondriaque. « Parce que dans l'eau, chez moi dans l'eau, il y a des bactéries. Il n'y a rien à faire. Et là sûrement je ne savais pas que j'avais le cancer donc devait y avoir une ouverture. Je pense qu'il y a une bactérie qui est rentrée le jour où je me suis baignée quoi. Ben ça c'est clair, si j'ai un petit bobo j'y vais pas ».

La figuration de l'intériorité corporelle laisse entrevoir une angoisse de viol et de pénétration sous-tendue par la disproportion des organes : (en parlant de la pénétration : « Mais j'ai de l'appréhension quand même. J'ai plus d'appréhension qu'avant. Déjà qu'avant ça faisait toujours un peu mal quand même, hein. Je suis trop étroite donc ça a jamais été, j'ai plus d'appréhension quand même »).

3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Le recours à la sensation est important pour Lorette qui se trouve en souffrance de limites corporelles faibles. Elle se réfère régulièrement à ses éprouvés. D'ailleurs, lorsque son enveloppe corporelle est effractée, comme au temps 2, elle se coupe de ses sensations, de ses éprouvés, débordée par l'affect. L'utilisation de la sensation sert donc le renforcement des limites dedans / dehors. Elle signifie d'ailleurs clairement ses difficultés à être « à l'intérieur » alors que le recours aux objets externes et à l'activité lui permettent de se sentir bien. « D'un côté, je suis contente d'avoir été malade en hiver. Oui, parce que là, ce serait maintenant, être clouée, se reposer et tout, je le supporterais moins bien. Là, l'hiver je rentrais, je faisais le bois, le feu puis voilà, on est plus dedans que dehors ». Dans ce registre des limites, apparaît également la difficulté liée à la passivité vécue comme un vide et une contrainte mortelle.

Néanmoins, lorsque je l'interroge sur son couple la passivité masochique est toujours présente, mettant justement à mal son intérieur dans la sensation douloureuse, vivant et revivant le viol et la destruction interne dans ses relations sexuelles les plus quotidiennes. Elle reste soumise au désir de l'homme et continue à se donner pour le satisfaire.

« Oui, ben oui. Ben, la maison est tellement belle toute façon que les deux on l'aime, alors on peut pas se séparer rien que pour ça (rires). Non, mais c'est toujours pareil toute façon, les rapports, en plus une fois il a voulu en avoir un, ça m'a fait mal. C'était très sensible. [...] c'est toujours au même point, parce que une fois il a essayé et ça m'a fait mal quoi. C'est encore fragile, très fragile quand même, à l'intérieur. Donc, pfff, il a pas réessayé quoi. Il faut attendre, je sais pas, que ça cicatrise bien ou je sais pas, il faut que je demande au docteur ».

Malgré la guérison, Lorette continue de tirer parti de la maladie pour se soustraire à la sexualité : « Ah ben oui, ça m'arrange, c'est sûr. Ben, quand même, il osait pas. Il a peur de me faire mal et il ose pas quoi. Donc, il m'a dit on va encore attendre le docteur, ce qu'il va dire (rires) et puis après on verra ».

L'évocation de ce rapport sexuel qui place toutes sensations internes dans la douleur la pousse à associer sa maternité et les suites de l'accouchement. « Mais c'est vrai que j'ai toujours été de toute façon fragile. Ça c'est sûr, parce que quand j'ai eu mon deuxième fils, j'ai été cousue quoi. Non, mon premier fils pardon, mon premier. Et mon mari a voulu faire des rapports trop rapides et il m'a déchiré un peu. J'ai toujours été fragile depuis. Donc ça, ça n'a pas arrangé non plus. Mais c'est vrai que ça n'a pas été cool quand même. Je suis rentrée à la maison, mon mari, bon moi j'étais pas vraiment d'accord mais enfin bon. En tout cas, il m'a fait mal et c'est depuis que j'ai toujours une fragilité à ce niveau quoi. Donc ça m'arrange, je m'en passe de toute façon, je vivrais bien sans, carrément. Mais bon, c'est comme ça, je m'occupe un peu de lui et voilà, on s'arrange ».

Malgré la réticence des médecins, Lorette se fait prescrire des séances de kinésithérapie qui semblent effectivement participer à sa guérison, comme elle le dit elle-même, mais au-delà de sa guérison physique, l'enveloppe que lui procure les bains chauds et l'enveloppement physique des soins sont autant de reliasions avec la sensualité de son corps. Elle éprouve, dans cet endroit en dehors de la douleur, elle renforce ses limites corporelles. La musculature est encore une fois importante et cette fois-ci dans la réappropriation de son corps suite à son expropriation par le corps soignant. « Non pas vraiment, non. Non, c'est sensible ici vous voyez, quand j'effleure, et puis après je peux pas plier les jambes vers moi. C'est sensible dans ce rayon là quoi. Comme quand j'ai eu le traitement. Sinon non, j'ai pas de douleur. L'intestin il est impeccable, tout va bien. J'ai repris la mobilité de la jambe aussi mais c'est vrai que quand j'ai demandé au docteur des séances de kiné, il m'a répondu « mais non, c'est pas la peine, vous n'avez pas été opérée ». J'ai pas insisté, je suis allée voir mon docteur traitant. Je vais faire des séances de kiné qu'il m'a dit, oui un mois. [...] Et effectivement, après un mois de piscine intense, j'y allais presque tous les jours, c'était encore en hiver, en Janvier - Février quoi. Donc j'y allais tous les jours pour le kiné, j'ai fait beaucoup de muscu et ma jambe est revenue. [...] Ben oui, mais en tout cas, j'ai fait revenir ma jambe. Elle m'a aidé un petit peu, elle m'a fait faire des trucs kiné d'abord, des mouvements spéciaux, et après la piscine et après pareil. [...] Donc c'était fermé. Autant, j'ai eu un grand plaisir parce que j'avais froid et j'avais besoin d'avoir un élément chaud. De me retrouver dans un élément liquide chaud. Vraiment un besoin, comme j'ai pas de baignoire chez moi, c'est pour ça aussi que j'ai été à cet endroit pour me faire la muscu et la kiné. Et ça m'a fait un bien fou. [...] Puis cette chaleur, j'ai du commencer en Février ou en Mars, pas de suite quand même, et après il a commencé à faire beau donc j'ai plus pu y aller. J'avais fini mes séances, j'ai pas redemandé d'en faire. J'allais bien, j'avais plus froid. Mais je vais lui dire quand même que ça m'a fait du bien. Voilà, ça fait partie de ma guérison quoi ».

Avant cet enveloppement humide et chaud, elle vit un clivage corps / psyché, entre une partie du corps douloureuse, sa jambe, et la possibilité de se sentir unifiée. La jambe est traitée comme indépendante, désolidarisée de sa volonté propre : « Je lui disais qu'il y avait le muscle ici qui c'était relâché complètement. Donc j'étais obligée de commander ma jambe pour marcher ou courir [...] Donc j'y allais tous les jours pour le kiné, j'ai fait beaucoup de muscu et ma jambe est revenue ».

La pulsion est clairement portée par le corps. Pas forcément, comme on pourrait l'attendre, par un corps érotique dans ses ressentis sensuels, mais un corps actif qui permet la maîtrise du mouvement : « j'étais contente de pouvoir revivre, recourir, remarquer et tout ». C'est la liberté du mouvement corporel qui signe le retour de la pulsion de vie ; défait de l'emprise, le corps est à nouveau contrôlable dans son activité de mouvement.

« Ben oui, parce qu'elle va m'ausculter donc je vais lui en parler. Je vais lui dire que j'ai eu mal. Après, si elle me dit que ça va et que je peux, bon, j'essayerai doucement pour faire plaisir, pas pour moi hein. Pour faire plaisir. Juste pour faire plaisir, voilà, c'est tout ». Lorette ne peut se placer en sujet sexuellement désirant, il semble même important pour elle que je reconnaisse qu'elle n'a pas de désir mais qu'elle est compliante, qu'elle se plie au désir de l'autre et c'est peut-être là son plaisir masochique puisqu'elle ne prend pas le parti de mentir à son conjoint pour faire durer plus longtemps le bénéfice secondaire de la maladie, non, au contraire, elle s'empresse de pouvoir à nouveau lui faire plaisir. Peut-être ici la lutte contre l'angoisse de perte de l'objet d'amour se traduit-il par la volonté d'être cet objet de jouissance de l'autre qui, sinon insatisfait, pourrait partir ? « Ah oui, je vais lui dire qu'on refera un essai. Puis, si c'est trop fragile, il attendra un peu. Il attendra le temps qu'il faut quoi ».

3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Le corps esthétique est abordé à travers la question du poids. Lorette est trop maigre, les médecins lui on dit qu'elle était « dénutrie ». Elle est d'accord avec ce jugement, bien qu'elle ne fasse pas le lien avec une alimentation plus riche, plus importante. Elle voudrait reprendre 3 kilos pour se « remplumer ». Elle est beaucoup plus coquette qu'à nos premières rencontres, lors desquelles elle se trouvait alors dans un état proche de l'incurie. A présent, elle est maquillée et me parle de sa garde robe conséquente et des compliments que lui font les gens au sujet de sa coquetterie. Le poids, elle voudrait le prendre pour l'esthétique, car au-delà de cela elle se sent bien. A défaut d'un intérieur féminin reconstitué, désirant, sexuel, son extérieur de féminité est exacerbé. Elle ne se remplit pas, elle s'étoffe dans le sens premier du terme, pour se donner de l'épaisseur, elle se pare, se décore, s'enroule dans une féminité qui pallie la défaillance interne.

Plus encore que vide, nous découvrons un féminin toxique et contagieux. À travers l'ouverture du corps qu'est la représentation fantasmatique du sexe féminin dénaturé par le cancer, Lorette se sent contagieuse. Ce sont les fluides qui sont empoisonnés et qui peuvent donc se transmettre, mélangés à l'eau, d'une ouverture à l'autre, d'un vagin à l'autre. Lorette a de ce fait une appréhension de la

baignade. Ce qu'elle appelle « les bactéries » sont toujours potentiellement un danger puisqu'elle est à présent ouverte sur le monde, dans un échange constant de fluides avec son intérieur. Le cancer aurait pu, selon elle, s'installer ainsi ; en tout cas il est certainement responsable de l'infection urinaire qu'elle attrape suite à une baignade dans la piscine de sa voisine.

3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

L'entretien démarre sur le retour de l'agressivité. Elle narre une scène dans laquelle elle est capable de s'énerver contre quelqu'un. Elle se « défoule », faisant part d'une capacité à lier à nouveau ses pulsions et notamment à détourner une partie de la pulsion de mort vers l'extérieur pour se dégager, un temps, de la passivité et du masochisme. Bien que la tentative soit de courte durée et probablement à l'encontre de la mauvaise personne, le mouvement est intéressant pour l'évolution du fonctionnement de Lorette et le fait qu'elle l'amène dans notre rencontre, transférentiellement.

Nous parlons ensuite du retour de ses investissements, notamment oraux, mais surtout de l'arrêt de l'alcool et de sa lutte contre le tabac. « Non, après non, je prends pas de médicaments. J'ai repris mon régime enfin, (racle la gorge) ma façon de manger, continué ma façon de manger. Il y a que le tabac que j'ai repris un peu, malheureusement. Ben oui, parce que j'allais mieux et puis voilà, mon ami il fume, ce qui fait que comme j'allais mieux, vous savez pendant trois mois j'ai pas eu besoin. Bon, je suis contente quand même parce que le vin, lui, j'ai complètement arrêté. Je bois plus de vin, ce que je voulais faire depuis longtemps. Même le peu que je buvais ça me faisait mal au foie quoi. Donc l'alcool, vin, c'est fini, maintenant le tabac. Une nouvelle lutte (rires) ».

Enfin, pour terminer l'entretien nous revenons avec Lorette sur son rendez-vous de la journée et sur ses attentes futures par rapport à la maladie. Alors, il est important pour elle de me signifier qu'elle n'attend rien de l'autre. Son fonctionnement est toujours masochique dans la relation avec l'autre : « On me convoque, je viens avec plaisir ».

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

« Ben avoir du désir quoi, tout simplement. Pour moi c'est mis de côté ».

Au niveau des investissements, la pulsion sexuelle est tournée vers la peinture, les voyages, la lecture, activités que nous apprenons investies avant, abandonnées durant le temps des traitements

et qui sont aujourd'hui en passe d'enrichir la vie de Lorette.

Le retour des investissements libidinaux est patent lors du dernier temps : d'abord le corps, les sens et leur maîtrise, la nourriture, les désirs projetés dans l'avenir et enfin, un monde social, peuplé de gens avec qui elle partage des activités, des hobbies, des passions. Elle raconte longuement qu'elle fait de la peinture avec d'autres personnes, ce qui lui permet, entre autres, d'aborder les « saisons tristes » plus sereinement. Seule la sexualité (un désir de sexualité qui permettrait de prendre du plaisir à l'acte et non de la subir) est encore en berne, toujours liée à cet événement passé, bien avant la maladie.

Une balance libidinale s'est faite entre le féminin et la féminité, le corps est investi sur son versant esthétique, extérieur, et dans des considérations de beauté.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

L'atteinte identitaire et de l'intégrité corporelle est significative chez Lorette en raison de son fonctionnement même (psychotique). Il est alors difficile de cerner ce qui est propre à l'effraction de la maladie.

Néanmoins, les réponses centrées sur l'intérieur du corps sont absentes de son protocole, montrant bien que les préoccupations, si elles sont corporelles, de l'ordre d'une lutte contre la confusion identitaire, ne se jouent pas sur un registre hypocondriaque. Les limites de Lorette sont tellement poreuses que contenant et contenu sont difficiles à différencier, montrant un corps ouvert, béant, en proie aux attaques extérieures.

Nous ne trouvons pas non plus de réponses sexuelles directes, ce que nous interprétons dans le registre du déni de la différence des sexes qui entretient la confusion des personnages, leur anonymat et l'abrasion des limites entre Lorette et les autres.

Les représentations symboliques du corps sont présentes, surtout phalliques, dans un registre pré-génital (IX), nous ne trouvons aucune représentation symbolique qui investirait la féminité. Par contre, la planche VII montre la figuration d'une image féminine, d'abord parcellisée, puis, à l'enquête, dont le corps féminin est érotisé à travers la danse et l'attribut spécifiquement féminin que sont les cheveux.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Concernant Lorette, l'impossibilité même de reconnaître la relation la défend justement d'une confrontation à l'érotisation menaçante. Les planches 6 et 4 ne convoquent donc pas d'érotisation

des relations.

Clivée dans ses représentations, Lorette montre une image féminine très positive aux planches 5 et 7 alors que celle-ci devient clairement le mauvais objet à la 9. Néanmoins, la rivalité féminine est en effet évitée par isolation et clivage.

La planche 11 rend effectivement compte d'une capacité à figurer, sans se désorganiser, une imago maternelle (la grotte / la gorge). Par contre, nous ne retrouvons pas la représentation commune.

Lorette

Temps de passation 30 min

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont	Phén. Part
I. ^ TL=4	1- Alors je vois deux éléphants, un qui regarde devant, un qui regarde derrière, qui sont accrochés à un arbre.	Les oreilles d'éléphant de chaque côté tournées vers derrière (Dd5) et la trompe (D8)	G	kan+ position	A	Scène clivage mouvement stoppé
II. ^ TL=0	1- Ça c'est un clown qui est face à une vitre donc il voit son reflet.	Les mains, le corps, une vitre, un face à face mais ils sont qu'un dans une glace. C'est pas logique car je devrais pas voir car c'est de profil.	G	K+ narcissique	(H)	Spécularité
III. ^ TL=0	1- C'est toujours deux personnes.		G	F+	H	Ban Anonymat des personnages
	2- (4") il y a un nœud papillon au milieu.	D3	D	F+	Obj.	Ban
	3- Ça semble être deux hommes avec une tête d'animal qui ressemblerait à un oiseau. On dirait des oiseaux mais c'est quand même des hommes.	Deux musiciens, une tête d'oiseau. Ça à la forme d'oiseau mais c'est des êtres humains. Pieds d'oiseau (Dd10), ongles d'oiseau (Dd)	G	F+	H/A	
IV ^ TL=6	1- On dirait une chauve-souris énorme agrafée dans une position bizarre quoi.	En haut le bec, la bouche et les deux points de chaque côté c'est les agrafes.	Gcont	kan- position t. Clob	A	Mouvement stoppé
V ^ TL=0	1- Ha bah, ça c'est une chauve-souris, là elle paraît vivante alors que là (planche précédente) on dirait qu'elle est agrafée ou scotchée.	Les pieds (D9), la tête (D6), de chaque côté les ailes mais normalement les chauves-souris c'est plus droit (geste).	G	t.kan+	A	Ban persévération forme passive clivage avec la planche précédente

VI ^ TL=0	C'est un peu difficile... je sais pas quoi dire pour exprimer ce que je vois.					Tendance Refus
	1- on dirait la peau de quelque chose,		G	F+	A	
	2- on dirait la naissance de quelque chose, un insecte.	La ligne du milieu naît de sous la terre et prend vie. En haut c'est comme tout à l'heure une tête d'oiseau. De chaque côté les ailes.	G	kan-	Abst.	
VII ^ TL=1 0	1- Deux têtes de femmes avec un truc sur la tête	De chaque côté des têtes de femmes (D1) au-dessus un truc qui décor (D5) : les cheveux.... qui dansent comme un truc africain.	D	F+ t. K+	Hd	Ban érotisme du mouvement
VIII. ^ TL=9	1- Deux rats sur les côtés et au milieu une fermeture éclair.	Les deux roses c'est deux rats (D1) qui tirent sur quelque chose au milieu : une fermeture éclair, ils tirent et ça s'ouvre.	D	F+ t. kan	A	Symétrie
	2- Un corps qui s'ouvre en deux.		G	kp-	Anat	
IX ^ TL=7	1- Deux espèces de bonhommes, je vois un œil, la bouche et un chapeau pointu... c'est des personnages qui font peur.	Deux sorcières avec des chapeaux pointus (D3) et une bouche crochue (Dd). C'est agressif.	G	FClob-	H	Pas d'identification sexuelle
X ^ TL=5	1- Très bizarre, là on dirait un bonhomme avec jambe, tête et là-haut..... c'est tout par deux. 2- Là on dirait des animaux qui crachent quelque chose..... le	Réponse Add : Truc sous-marin genre crabe en noir. Un truc de sous-marin. Une gueule grande ouverte (D5) et les yeux	D D	ClobF kan	H A	Symétrie t.spéculaire décharge pulsionnelle

	feu.	(Db13). La tête (D2), les bras en bleu et en vert un cow-boy avec un pantalon et des bottes.				
--	------	--	--	--	--	--

Choix positifs :

III= vivant pas d'agressivité

IX= pareil, y a du rouge c'est chaud

Choix négatifs :

IV = impressionnante pour moi, trop de noir dans l'image.

VII = gueule pas sympathique

Planche 1:

Je sais pas. Je sais même pas ce que c'est ce truc. Ba on dirait qu'elle s'interroge sur ce que c'est. Elle est pensive.

Procédés : inhibition (CI-1) et commentaire personnel (CN1) signe l'impossibilité de reconnaître l'objet et de le nommer entraînant un vacillement des limites (CL-1). La massivité de la projection entraîne une fausse perception (E1-3) concernant le sexe du personnage et l'accent porté sur le conflit intrapersonnel (A2-4) dans une perte de la conscience d'interpréter.

Problématique : L'identification projective importante ne permet pas la reconnaissance de l'immaturité fonctionnelle et altère la perception. La représentation de l'objet est impossible et la problématique projetée sur le personnage concerne la capacité à se représenter l'objet témoignant d'une confusion entre perception et projection. L'absence de reconnaissance de l'objet ne permet pas de repérer une angoisse de castration et nous donne à penser au déni.

Planche 2:

(4) c'est difficile... c'est vraiment bizarre, on en voit une avec un bouquin on dirait une intellectuelle, une c'est la femme de l'homme..... Tout le monde regarde dans un sens mais je sais pas quoi. On dirait qu'ils sont à l'arrêt, par contre la fille elle regarde de l'autre côté c'est ça qui est bizarre aussi. On dirait qu'il y a pas de vie, que la vie c'est arrêtée.....

Procédés : Un commentaire d'échec (CN-1) et d'étrangeté (E2-2). La tentative d'accroche aux détails (A1-1) permet d'introduire une vision plaquée à la réalité externe (CF-1). La personnage féminin du premier plan est isolé (A3-4), le second personnage féminin est intégré à une relation de couple avec le personnage masculin (CI2). L'emploi de « une » pour chaque personnage renforce l'isolation. L'accent porté sur le regard pour tenter d'unifier la représentation (CL-2) échoue et l'image se fige (CN-3). Finalement la perception (CL2) renforce l'isolation (A3-4), clive la représentation (tous dans un sens/ regarde de l'autre côté) (CL4) et le personnage identifié à la fille est perçu dans un registre inquiétant (E2-2) ce qui entraîne le blocage de la pensée qui s'inscrit dans le récit (CL-1) par une perte de conscience d'interpréter : (CN-2) (CI-3) (E2-3).

Problématique : les défenses de Lorette agissent dans le but de maintenir une image divisée de la triangulation. Si tous les personnages sont reconnus, la jeune fille est maintenue à l'écart du couple. Après une veine tentative de mise en lien autour du regard, les limites se trouvent insuffisamment renforcées et le fantasme d'exclusion par rapport au couple parental émerge massivement. Néanmoins les deux représentations semblent coexister l'une à côté de l'autre : l'unité et la division, s'articulant autour de la sollicitation du même sens : le regard. Malgré l'inhibition du couple parental de toute pulsionnalité, la représentation d'exclusion anime la fille d'une étrangeté inquiétante qui fait surgir une angoisse de mort qui contamine la projection d'une thématique de mort. Perception et projection se confondent.

Planche 3BM:

(4) on dirait une femme très triste. (4) malheureuse et puis qu'est en train de pas de pleurer je sais pas, recroquevillée dans cette position on dirait quelqu'un qui est malheureux parce que dormir dans cette position c'est pas possible.

Procédés : les précautions (A3-1) et les inhibitions (CI-1) et la reconnaissance d'un personnage

féminin (CN1), accompagnent l'expression d'affect (B1-3). La représentation corporelle de l'affect est déniée (A2-3). Le recours à la position corporelle (CN-3) permet de remâcher l'affect dépressif (A3-1) mais cette fois le personnage est anonyme (CI2). La dénégation finale (A3-1) permet de donner une autre interprétation motivée par la même attitude corporelle.

Problématique : La reconnaissance de l'affect de tristesse ne peut être pleinement traduit par une représentation corporelle. L'inhibition pulsionnelle est très marquée par l'importance du procédé CN3 à laquelle s'ajoute l'impossibilité pour le moi de reconnaître une action même dans sa forme la plus passive : « dormir », qui laisse l'idée de malheur dénuée de représentation, marquée donc par la désinhibition pulsionnelle. Pourtant « pleurer » et « dormir » sont les deux représentations corporelles, associées au « malheur », que le moi ne peut pas pleinement prendre en charge et donc qui coexistent sans choix possible (CL4).

Planche 4:

(7) C'est difficile (rires) (3) ça fait très acteur de cinéma déjà. (7) on dirait que l'homme est pas indifférent mais... l'attitude de l'homme et la femme est complètement différente, lui il regarde ailleurs comme si il fuyait et elle, elle tente quelque chose. Qu'elle le retient. Il y a de l'angoisse dans son regard à elle.

Procédés : Inhibition (CI-1) et commentaire signent la difficulté à interpréter (CN-1). La tentative de mise à distance (CN-3) et le rire (CM-3) introduise un fantasme de séduction porté par l'homme, ce qui est une mauvaise perception (E1-3), immédiatement contre-battue par un recours au corps (CN3) qui reste non élaboré mais qui permet d'introduire une différenciation des personnages (CI2tendance A3-4). Le renfort des limites par l'accrochage aux regards (CL-2) permet que soit données des représentations contrastées (B2-3). Le vacillement des limites (CL-1) entre narrateur et sujet de l'histoire entraîne un glissement de syntaxe (E4-1) « qu'elle le retient » associée à une perception forte d'affect (B2-2/CL2).

Problématique : Le fantasme sous-jacent de rupture dans le couple entraîne un vacillement des limites associé à l'angoisse du personnage féminin. La séparation et la perte sont difficilement abordables et l'ambivalence est mal gérée malgré les recours au corps et aux sensations par le percept. L'importance des représentations épargne Lorette des émotions et de l'affect. Sa tentative de recourir au corps pour inhiber le mouvement pulsionnel en marche se couronne d'une restriction. Le renfort des limites par l'accrochage au percept prend finalement en charge le mouvement : « fuir », « tenter quelque chose ». Ce passage par l'investissement du mouvement corporel sans lien avec l'affect permet l'émergence maladroite d'un lien entre représentations. Pour autant ce lien qui propose une représentation unifiée de la scène fait vaciller les limites et avec elles la conscience d'interpréter et fait émerger l'angoisse portée par l'investissement du regard féminin.

Planche 5:

Pas évident (rires). C'est une femme ça c'est sur, est ce que c'est la femme ou la mère ou la bonne ? On sait pas. Qui vient dire quelque chose à quelqu'un, gentiment.

Procédés : Commentaire personnel concernant la difficulté à interpréter l'image (CN-1). Malgré les réassurances antidepressives (CM1) et l'accrochage à une conviction identitaire (CN1/CL2), la problématique se perd dans l'impossibilité d'identifier le personnage (E3-2). Puis l'introduction d'un personnage (B1-2) permet une histoire très inhibée (CI1) avec la mise en avant d'un affect positif (B1-3) rendant le personnage bienveillant (CN-2), au détriment d'une représentation (B3-1).

Problématique : L'instabilité identitaire ne permet pas l'accrochage à l'objet et c'est un affect bienveillant qui caractérise l'imaginaire féminin et contre investit le fantasme sexuel (gentil-ment). La précision de l'affect en fin de phrase après une représentation factuelle nous interroge sur la nécessité de rabattre un mouvement pulsionnel agressif susceptible d'émerger à partir de la mise en

relation « vient dire quelque chose à quelqu'un » et ce malgré l'inhibition.

Planche 6 GF:

Elle m'a l'air surprise. Lui, il a un regard très paternaliste, très doux et elle, elle est interpellée je sais pas pourquoi.

Procédés : La centration sur le personnage féminin, « m'a » (CN1) s'inscrit dans une porosité des limites (CL1). Les représentations sont isolées (A3-4). L'accrochage aux sensations notamment encore une fois au regard (CL-2) rend compte du caractère bienveillant (CM1) et de l'identité du personnage masculin. L'attitude féminine (B3-2) laisse transparaître un fantasme de séduction nié par un commentaire personnel (CN1) qui fait avorter le conflit (CI-2).

Problématique : Un fantasme de séduction incestueux, exprimé par le corps et le regard, empêche l'histoire de se dérouler et au conflit d'advenir. Encore une fois la relation est suggérée mais sans réellement être effective. La désintrication clive les personnages et leur réaction, et bloque la mise en conflit. Le fantasme de séduction hystérique est néanmoins perceptible à travers l'accent mis sur l'aspect paternaliste de l'attitude masculine et l'étonnement féminin. L'excitation ne peut être reconnue « je ne sais pas pourquoi » tout comme l'aspect étayant lutte contre l'intention sexuelle masculine. Cela confirme ce que Lorette vit au quotient, incapable de cerner l'intention de l'autre, présentant une naïveté sexuelle qui fait d'elle un corps à manipuler. Toutes relations est potentiellement sexuelle donc dangereuse, imposant des défenses drastiques à Lorette pour reconnaître sans reconnaître la relation. Le clivage lui permet de faire coexister deux intentions, deux représentations contraires qu'elle reconnaît elle même comme in-liable : non pas, pourquoi la femme serait surprise par les intentions paternaliste de l'homme ? Mais pourquoi la femme est surprise ?

Planche 7GF:

(6) Alors ça c'est la mère qui lit quelque chose à sa fille qui est jeune, la mère est très attentive, par contre la fille à l'air ailleurs, je crois qu'elle écoute pas vraiment ce que dit sa mère. Elle attend que ça ce passe pour partir.

Procédés : description factuelle (CF-1) avec appui sur l'immaturation fonctionnelle de la fille (CN-2) et l'objet livre (A1-1). Petit télescopage des identités dans l'attention portée à la lecture (E3-1) on ne sait plus qui lit. Les représentations sont contrastées (très attentive/écoute pas vraiment B2-3). Scotome du poupon (E1-1)

Problématique : Les deux personnages de l'image sont identifiés et mis dans une relation mère /fille. La mère de l'histoire est la la fois la lectrice du livre et celle qui est attentive à la lecture. L'attitude de la jeune fille vise à défaire les liens instaurés par l'action. Elle est à la fois présente manifestement et absente de la relation, en dehors. Les relations de Lorette sont ainsi dans le protocole : toujours prêtes à se défaire, jamais vraiment totalement établies, jouant de la présence/absence pour signifier le danger à être, là où ça se passe ; à être-là où ça se passe. Le recours à la passivité contribue à endurer jusqu'au bout (elle attend que ça se passe) une situation physiquement imposée tout en étant psychiquement « ailleurs ». Une passivité donc dans un registre de présence physique (de contrainte physique), qui ne permet pas l'érotisation de l'attente. Incapable d'être dans une activité, le poupon est scotomisé car son investissement insufflerait au personnage une possibilité de vie en dehors de la relation subie, un détournement potentiel de la relation maternelle, une activité donc libidinale, diminuant l'impact mortifère de « l'attente ».

Planche 9 GF:

(6) ba apparemment il y a une jeune fille qui a l'air pressée d'aller quelque part et l'autre femme on dirait qu'elle observe sans se faire voir. Elle est peut-être un peu triste je sais pas. Il y a de la méfiance on dirait, elle espionne quelque part.

Procédés : Anonymat et isolation des personnages (CI-2/A3-4). Les représentations contrastées (B2-3) ne sont motivées par aucun conflit (CI2). Néanmoins l'évocation d'un mauvais objet voyeuriste (E2-2) entraîne une confusion identitaire (E3-1) avec l'émergence d'un affect de tristesse (B1-3/CN2). Enfin un fantasme de persécution (E2-2) apparaît, toujours dans le contexte de confusion.

Problématique : Il plane un fantasme voyeuriste. A nouveau les représentations sont isolées. Si la première est teintée d'érotisme à travers le mouvement (tendance B2-4) qui exprime un désir et surtout l'emploi d'une temporalité « pressée », la seconde laisse transparaître un figement pulsionnel dans « l'observation » et une tendance voyeuriste : « sans se faire voir ». Enfin si l'isolation respecte les distances relationnelles entre les personnages son échec signe la confusion identitaire qui renforce la dimension malveillante du voyeurisme évoqué dans un registre paranoïaque.

Planche 10:

(6) je sais pas ils doivent danser je pense. Lui a l'air très tendre très amoureux. C'est un couple très uni, tendre. Ils sont dans l'émotion, la bonne.

Procédés : La mise en action (B2-4) par le corps libidinalisé érotise la relation (B3-2). De l'anonymat (CI2), l'identification se fixe sur l'homme par l'expression d'affect (B1-3/CN2), pour se rabattre sur l'entité « couple » (CI2) qui récupère l'affect remâché (A3-1). Le couple idéalisé (CN2)

Problématique : L'ambivalence n'est pas de mise. Le rapprocher manifeste de la planche entraîne pratiquement le scotome d'un personnage. Seul le personnage masculin détermine l'affect du couple comme si tout dépendait de lui pour garantir le registre émotionnel du couple. Notons que le mouvement érotique porté par le corps est à la base de la représentation idéalisée. Un mouvement qui crée l'unité pulsionnelle et érotise le rapprochement corporel.

Planche 11:

C'est dans ce sens ? Il y a un grand mur, une forêt très profonde très grande, très haute, avec des grosses pierres à gauche, peut être que c'est une grotte... je sais pas ce que c'est, on dirait une grotte, la sortie au fond, la lumière. Ça me rappelle les grottes de Kakuetta, c'est une gorge mais là la lumière est au bout, c'est pas pareil.

Procédés : Pose une question (CM-1). La réassurance se poursuit par un recours important aux qualités sensorielles (CN4) et au percept (CL2), ainsi qu'une référence à quelque chose de vécu (CN-1).

Problématique : La régression entraîne un retour sur le corps pour réassurer des limites fragiles. La référence à un contenant maternel : « la grotte » est traitée avec un possible dégagement par la sensorialité et un retournement de la libido narcissique sur soi. Le mouvement est intéressant : après avoir porté l'érotisme en périphérie du corps pour en renforcer les enveloppes et trouver un dégagement à une imago maternelle archaïque autrement engloutissante, la figuration d'une sortie anale permet un retour narcissique de la libido et la transformation de la représentation, non sans une légère contiguïté par consonance, de grotte en gorge par déplacement de la lumière (sensorialité), déplaçant la problématique d'anale en orale.

Planche 12BG:

Ça c'est un paysage avec un parc, de la verdure, un arbre, un havre de paix, un étang, un havre de

paix.

Procédés : énumération de détails manifestes (A1-1) et de détails rares (E1-2) qui débouche sur une vision idéalisée (CN-2) et remâchée (A3-1).

Problématique : l'investissement narcissique fort évite la sollicitation sous-jacente et l'effondrement des limites.

Planche 13B :

Là c'est un jeune garçon en attente, soucieux, de quelqu'un, de quelque chose, vu les sourcils froncés qu'il a, il est très stressé ou alors c'est le soleil..... qui l'éblouit..... la solitude.

Procédés : Les représentations sont contrastées (B2-3) entre un état d'attente et un état soucieux. L'attitude signifiante d'affects (CN-3) soutient l'hésitation (A3-1) entre une interprétation qui prend en charge l'affect et une autre accès sur les qualités sensorielles (CN-4), qui permet en renforçant les limites un affect titre (CN-3) exprimant la problématique.

Problématique : La solitude et affects anxieux sont appréhendés par le corps. L'expression « en attente » en dit long sur cette passivité portée par le corps comme une situation. Il attend/ il est en attente de : forme active, forme passive. La pulsionnalité est inhibée par des procédés narcissiques qui guident le mouvement est sollicitent l'enveloppe corporelle par la sensorialité.

Planche 13MF:

On dirait que la femme est morte et lui je sais pas trop quoi penser de lui, on dirait qu'il se cache comme si on le prenait en photo.... Un peu bizarre cette ambiance. Une cravate et tout, un peu paradoxale cette image. Ou alors il veut cacher ses sentiments ?

Procédés : La précaution (A3-1) masque difficilement la massivité de la projection (E2-3) qui s'exprime par la perception du personnage féminin mort (E1-4). Les personnages ne sont pas mis en relation (A3-4) ils sont isolés. La posture de personnage masculin est signifiante (CN-3) d'une défense contre une intervention extérieure induite par la photo (tendance mise en tableau). L'impossibilité de lier les deux représentations inaugure l'inquiétante étrangeté (CN-1) (E2-2). Le détail rare (E1-1) est donné dans une tentative de cerner le personnage masculin qui n'empêche pas la tonalité étrange donnée à l'image (E2-2). Au final, l'appui sur le sens du mot cacher permet d'investir timidement un mouvement interne du personnage masculin (A3-1) sous forme de question (CII) mais ne permet pas de lever l'isolation ni de faire émerger le conflit.

Problématique : Envahissement par les processus primaires qui accompagnent un fantasme massif de meurtre. La sexualité n'est pas du tout présente. C'est l'échec des défenses narcissiques. Lorette n'arrive pas à cerner le personnage masculin et tente de mettre à jour ses intentions laissant planer à son sujet une inquiétante étrangeté. Après l'avoir rendu inoffensif en figeant son mouvement, elle circonscrit son aspect extérieur pour enfin aborder ses mouvements internes de façon néanmoins très neutre, sans pouvoir élaborer la référence au sentiment. La procédure du dehors au dedans se déroule autour du terme cacher qui passe du sens propre au sens figuré. Si le fantasme est palpable le lien ne peut advenir entre les deux représentations. La désintringement à l'œuvre permet de reconnaître la partie « morte » du fantasme sans pouvoir y insuffler la vie. Ainsi les personnages sont désincarnés et isolés : mort, assis, photographié, caché.....

Planche 19:

(9) (rires) on dirait un sous-marin qui émerge avec de l'eau, après on dirait un bateau pirate, c'est bizarre ce truc ! Là des oiseaux. Qui s'est qu'à fait ça ? C'est un artiste peintre ? Des fois on s'interroge : qu'est ce qu'ils ont voulu dire ?

Procédés : L'inhibition (CI-1) et le procédé anti-dépressif (CM-3) sont soutenus par une insistance sur les contours et les limites pour renforcer l'enveloppe corporelle (CN-4). Pour autant cela n'empêche pas l'émergence en processus primaires par une craquée verbale (E4-1) (avec de l'eau) puis une désorganisation temporelle « après » (E3-3) qui introduit une seconde interprétation isolée (A3-4). Expression d'un sentiment d'étrangeté (CN-1) et détail rare non intégré dans l'histoire (E1-2). Un enchaînement de questions à propos du matériel adressées au clinicien (CM-1) signe l'incompréhension devant le matériel dans une dimension d'intentionnalité (E2-2).

Problématique : Lorette a les ressources pour se dégager d'une régression qui pourrait s'avérer désorganisée. Elle peut faire appel au corps et à ses enveloppes pour limiter la désorganisation néanmoins les défenses narcissiques sont débordées et mettent en évidence une désorganisation des repères. Les questions permettent à Lorette de se dégager complètement du récit et fige l'élaboration.

Planche 16 :

C'est blanc ! (?) Là pour le moment j'ai pas beaucoup d'inspiration, à par la mer, le ciel bleu, une montgolfière.

Procédés : Le constat perceptif (CF1/CN1) est lié à un commentaire d'échec de l'imagination (CN-1) (CI-1), suivi d'un enchaînement de détails (A1-1) prenant le contre pied du percept et non intégrés à une histoire.

Problématique : faute d'un support significatif Lorette propose d'autres objets liés par la similitude de leurs caractéristiques.

Roseline,

« Moi, je ne la trouve pas tout à fait comme les autres, dans le sens que ce n'est pas un microbe, c'est des choses presque qu'on se fabrique un peu. Et comme j'avais une vie très saine, pourquoi ça s'est développé, pourquoi d'un seul coup les cellules se sont mises à déconner ? Quelle a été l'erreur ? »

« C'est pas tellement, moi, la mort qui m'embête, mais c'est le fait de devoir quitter la vie. C'est ça qui est embêtant. On doit mourir, on doit tous mourir, mais d'un seul coup on a la limite ».

« Il m'a volé ma vie, cet homme là. Maintenant, je passe dessus, j'ai autre chose ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Roseline est une femme d'une soixantaine d'années. Elle a été mariée, nous dit-elle, mais elle l'est toujours car elle n'a jamais divorcé, malgré le fait qu'elle ne se soit jamais considérée mariée. Elle l'épouse car elle tombe enceinte suite à un refus de son médecin de lui prescrire la pilule. Elle épouse donc le père pour qu'il reconnaisse l'enfant, puis, elle s'en va : « Et dès l'instant où il a été reconnu je suis partie ». Roseline élève son fils, relatant une période calme de sa vie.

À aucun moment de l'entretien Roseline n'évoquera son parcours thérapeutique. Elle souhaite clairement parler de ce qui aurait *provoqué* son cancer. Elle pense avoir vécu un « harcèlement moral » pendant une vingtaine d'années. Il y a donc vingt ans environ, elle accueille chez elle un homme qui vivait dans la rue, pour l'aider. Il doit, dans un premier temps, garder sa maison pendant qu'elle part à l'étranger. Elle rencontre cet homme suite au départ de son fils à l'université. Ils se mettent en couple durant quelques mois : « Donc j'ai cru au départ que ça allait pouvoir être un compagnon de vie ». Cet homme est handicapé, il a une *myélopathie* selon Roseline. Il est décrit comme intelligent mais fainéant. Il n'a jamais pu travailler, elle raconte qu'on l'appelait « l'endormi ». Elle a une théorie très personnelle au sujet de la maladie de cet homme et de son comportement. Au bout de trois mois, elle lui demande de partir, il refuse et finit par lui imposer sa présence : « c'est quelqu'un qui vous enferme dans une espèce d'impossibilité morale de pouvoir s'échapper ». Elle n'arrive pas à « le mettre à la porte ». Lorsqu'elle veut le mettre dehors, elle décrit des scènes de violences accompagnées de chantage sentimental, à la fois brutales et attendrissantes. « Il vous fait des scènes vraiment horribles, des scènes, mais à vraiment vous supplier », elle se sent prise dans un « engrenage ». Lorsqu'elle raconte les scènes de colère, elle imite la voix de cet homme et entre dans la peau de ses personnages de manière très réaliste mais également très étrange. Depuis deux ans, il est enfin parti, mais la relation continue car il est incapable se débrouiller sans elle. Or, il est récemment tombé amoureux d'une jeune fille avec qui il

vivrait une relation sexuelle intense. Cela, Roseline le sait car il lui raconte. Dans un premier temps, elle se sent « libérée », puis elle bascule dans une rancune indescriptible qui provoque une réaction massive chez elle. « Là, d'un seul coup, je ne représentais plus rien. Après avoir vécu vingt ans d'enfer, d'un seul coup, dans ma tête je voyais des choses. Je me dis, mais ma fille, mais qu'est-ce qui se passe vraiment, comment tu réagis ? C'était invraisemblable. Des comportements vraiment invraisemblables qui ne me correspondaient pas, je ne comprenais rien du tout à la tentation des frénésies que j'avais au fond de moi, je me disais : qu'est-ce qu'il se passe ? Alors qu'au départ, j'étais enfin libérée ». Elle pense que cet homme lui « a volé plus de vingt ans de sa vie ». Elle raconte qu'aujourd'hui cet état lui est passé. Ils se sont réconciliés. En la voyant effondrée comme cela, il est revenu vers elle pour lui jurer fidélité. Ensuite, elle peut reprendre la maîtrise de la situation et le pousse à nouveau vers cette fille pour qu'il s'en aille, ce qu'il fait. À la suite de cela, elle commence à ressentir des douleurs dans le ventre et, quelques mois plus tard, on lui annonce son cancer.

Lors de notre second entretien, elle en est à sa quatrième séance de chimiothérapie et elle glisse subrepticement que les traitements deviennent difficiles à supporter. Mais, cette fois encore, elle n'est pas là pour parler de « ça », les traitements et la maladie en elle-même ne l'intéressent pas, son intérêt se situe dans l'origine du cancer, et donc dans toute son histoire de vie en amont de l'annonce. Alors, pour « savoir pourquoi la maladie s'était installée » chez elle, elle raconte l'histoire d'« une personne dont elle ne voulait pas » qui, installée chez elle, refuse de partir. Elle ressasse l'histoire qu'elle a déjà raconté au premier entretien : elle tourne autour de cette perte inélaborable que représente la séparation d'avec cet homme. L'élément nouveau qui émerge à cet entretien est le décès de son frère plus jeune, d'une pathologie pulmonaire « que toute la famille a », et ce, au moment de sa séparation. Cette seconde perte vient surenchérir la première. Cette succession de pertes finit par déclencher chez elle ce qui ressemble à une décompensation psychotique aiguë avec, entre autres, hallucinations auditives et dépersonnalisation, traduisant une poussée frénétique et incontrôlable de la pulsion sexuelle. Aujourd'hui, elle ne ressent plus ces symptômes, ils ont disparus avec l'apparition du cancer.

Après une seconde intervention chirurgicale, des complications requièrent une seconde hospitalisation et la décision de continuer les traitements. Au moment de la fin des inclusions de la recherche, Roseline est toujours sous chimiothérapie et la rémission n'est pas d'actualité. De ce fait, elle n'aura pas de troisième entretien dans le cadre de l'étude.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

D'emblée, Roseline se décale par rapport à notre relation, en signifiant une incompréhension entre nous au sujet de la recherche. Elle pense que je ne m'intéresse pas à la même chose qu'elle, c'est-à-dire : comprendre d'où vient son cancer. L'entretien s'initie de façon agressive, testant mon intérêt pour son histoire. Puis, tout au long de l'entretien, quelles que soient mes relances, elles sont mal vécues, ou incomprises. Elle répond dans une logique hermétique et avec agressivité, m'obligeant à prendre beaucoup de précautions. Parfois, elle ne m'entend pas, attestant au final d'un cruel défaut d'altérité. Elle est également atteinte d'une sévère logorrhée qui témoigne d'une pensée qui *tourne à vide*.

Les deux entretiens auront la même facture paradoxale, contradictoire, confuse, désorganisée. Roseline a un fonctionnement psychotique et sa relation d'objet est à tonalité persécutoire. Il ne se dégage pas de possibilité d'ambivalence ou de culpabilité : elle accuse, elle sait. Aussi, son humeur est déconcertante : elle enchaîne rapidement des affects discordants. Le clivage est à l'œuvre et le déni l'accompagne à travers une petite phrase qui persévère : « ça me fait aucun problème de ce côté-là ».

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Le cancer est englobé dans un roman de la maladie très intense, à rebondissements, tourné vers une histoire sentimentale. Il est le point d'arrivée finale, pour cette femme, d'une longue histoire amoureuse vécue dans l'emprise et la persécution. Comme si le cancer permettait finalement, dans l'après coup, de mettre du sens sur son histoire, tel un malheureux point de capiton trouvé a posteriori.

Pour notre recherche, ce que nous entendons là c'est l'association qui est faite entre l'emprise de la relation et l'emprise probablement ressentie avec l'arrivée de la maladie. D'ailleurs, il est possible de lire l'histoire de vie que nous donne Roseline comme une analogie de sa situation cancéreuse. En effet, les deux objets sont traités de la même manière, un intrus qui s'imisce dans sa vie sans qu'elle n'ait rien demandé. Pourtant, le passage de l'un à l'autre laisse la place à un moment de désorganisation psychotique douloureux avec dépersonnalisation, hallucination cénesthésique et auditive, dissociation. Au final, la liaison par l'objet menaçant et intrusif du cancer lui permet une stabilité pulsionnelle. La possibilité de s'en référer à un objet persécutif est de bon augure pour

Roseline qui autrement retourne son agressivité contre elle-même et reste aux prises de ses mouvements pulsionnels intenses qui ne trouvent plus à se satisfaire, la contraignant à des solutions hallucinatoires.

Quand d'autres patientes sont extrêmement angoissées à l'idée de la contrainte imposée par la situation de cancer, Roseline, de part son fonctionnement psychique, elle, y trouve un recours permettant de canaliser « l'explosion » pulsionnelle, « les frénésies », « la douleur », l'effondrement.

Mais ne nous y trompons pas, cet « harcèlement moral, elle en voulait pas », et la personne s'implante dans sa vie comme le cancer.

Une autre lecture nous indique aussi que la séparation est à la naissance de la décompensation psychotique. L'objet d'amour, bien qu'extrêmement clivé, est investi en étayage narcissique. L'identification projective faisant son office, cet objet d'amour est le bon moyen pour Roseline de ne pas avoir à prendre en charge ses mouvements pulsionnels. Bref, sa perte est catastrophique pour elle et ne peut se restaurer qu'avec l'implantation tyrannique d'un objet interne concret, « le cancer », lui permettant d'associer sur sa relation passée.

Ainsi l'angoisse de perte de l'objet d'amour est probablement ce dont nous parlons avec Roseline. La relation d'objet fusionnelle ne permet pas la séparation sans un effondrement de l'organisation psychique. Elle nous dit d'ailleurs très clairement que vivre seule est affreux. « Pendant vingt ans, on vous dit, je peux pas vivre sans toi, etc... Même si on avait pas de vie, etc... Mais il se montrait comme s'il ne pouvait pas vivre sans moi. Et il me regardait comme la femme de sa vie. (silence+) Quand même. Et d'un seul coup, dans les yeux de cette personne, d'un seul coup, vous n'êtes plus rien. Plus rien ».

Elle ne supporte d'ailleurs pas de triangulation et s'arrange pour ne jamais la mettre à l'épreuve dans sa vie. Tant qu'elle élève son fils, elle n'a pas de vie de femme. Il ne s'agit pas de clivage mais bien d'un télescopage des rôles et des fonctions entre femme et mère. Elle a toujours « un homme » dans sa vie, nous dit-elle, faisant preuve d'une confusion des générations.

Nous remarquons également la manière dont elle parle de sa grossesse, témoignant d'une génération spontanée qui dénie complètement le père : « je me suis retrouvé enceinte naturellement ».

Le clivage fait rage dans cet entretien. Les objets sont bons et mauvais, ses représentations sont contrastées et inconciliables, elle-même oscille entre étayante et agressive. Il n'y a aucune ambivalence dans le couple, celui-ci est synonyme de clivage. Elle en fait une description à la fois terrible : « insultes perpétuelles », « violences épouvantables », « tout casser dans la maison », « attrapé à la gorge », « la bave aux lèvres », « flamber la maison », et à la fois compréhensive : « fragile », « délicat », « à problèmes », « sans drame ».

Lorsqu'elle revient sur le départ de l'homme pour une autre plus jeune, on comprend que sa première réaction de soulagement est concordante avec son souhait de le voir partir, qu'elle exprime jusqu'à présent, mais la seconde réaction clivée est extrêmement désorganisée, reflétant l'impossibilité de traiter la perte. Elle exprime un sentiment persécutoire et une transformation de l'objet, une déformation de l'autre : « Il n'a jamais été amoureux de moi. Il a profité de moi, il était pas amoureux de moi. J'ai vu d'un seul coup une personne, tout à fait différente, qui était amoureuse. Et moi, donc mon petit moi quoi, mon petit moi s'est dit : mais voilà pendant vingt ans, il m'a obligé ».

Son « petit moi » qui s'exprime tout à coup à l'intérieur de son moi nous semble corroborer le clivage du moi, si l'un souhaite la défaite, la soumission, l'autre, libéré est régressif et délire la pulsion sexuelle.

L'analyse de la planche 1 du TAT situe Roseline en deçà de la castration. Dans l'ensemble, le protocole vient confirmer un registre défensif primaire avec la récurrence du clivage et du déni. La planche 2 atteste de l'incapacité de reconnaître une triangulation :

Planche 2:

Bon alors là, qu'est ce que c'est ?... D'abord, j'ai vu la jeune fille. Il y a trois personnages, donc il y a une scène champêtre puisqu'on voit un cheval et un homme qui semblerait faire un travail, ah oui ! Oui, oui, on pourrait imaginer là une femme parce qu'elle regarde de façon un peu hautaine et elle... On pourrait créer des histoires là-dessus mais moi je ne vois rien de vraiment marquant parce qu'il y a rien de vraiment... Elle, elle est songeuse, il y a deux femmes et un homme ! Un homme qui semble bien baraqué, bon. Alors on veut nous montrer un homme qui est musculairement bien truc, je suppose qu'on veut nous faire croire que c'est un homme athlétique mais je vois pas trop l'intérêt. Elle, elle le regarde un petit peu d'un air... est-ce que c'est son homme ? Et elle, elle est songeuse autrement... (merci)

Procédés : Le discours s'amorce, comme à la planche précédente, avec un commentaire personnel à valeur d'étagère (B1-2) (->CM-1). Au travers d'un accrochage au percept (CL-2), la triangulation est évoquée de manière descriptive et anonyme, ce qui entraîne néanmoins une expression défensive drastique au sein d'une mise en tableau (CN-3) dans une tentative de gel. L'exclamation (B2-1), témoin de la charge pulsionnelle, initie une désorganisation du discours dans sa causalité logique (E3-3) qui tente d'être colmatée au moyen d'une défense narcissique (CN-5) se soldant par une inhibition (CI-3), avec insistance sur la méconnaissance (CI-1). La tentative de centration sur une des figures féminines (A2-4) laisse place à l'évocation d'une triangulation (B1-1), abordée sur une modalité descriptive. La lutte à l'encontre de la mise en lien des personnages s'illustre par le poids des défenses narcissiques (CN-2, CN-5, CN-1), qui s'avèrent inefficaces, le discours laissant apparaître une dimension persécutrice au travers d'une discrète recherche de l'intentionnalité de l'image (E2-2). La tentative de clivage entre les différents personnages (CL-4) est peu concluante ; la figure masculine se faisant malgré la défense, le support d'une érotisation des relations (B3-2), qui conduit à un remâchage (A3-1), le conflit ne trouvant pas d'issue autre que l'inhibition et l'a-conflictualité (CI-1/CI-2).

Problématique : L'évitement du conflit domine la planche. La triangulation, qui ne peut être véritablement abordée, entraîne des mouvements défensifs drastiques, mais qui s'avèrent peu convaincants, apparaissant au travers d'un discours désorganisé. La problématique œdipienne s'avère non-structurante. Les figures féminines, mal différenciées, laissent apparaître le défaut de refoulement de la fantasmagorie incestueuse.

La planche 13B nous informe aussi d'une problématique de perte en deçà d'une position dépressive, inélaborable et désorganisée.

La problématique actuelle donne un objet aux angoisses, autrement sans nom. De ce fait, la situation de maladie et les interrogations sur la santé reviennent régulièrement dans les projections. Nous remarquons à ce propos que lorsque Roseline évoque une représentation maternelle, la thématique actuelle de la santé ou de la maladie surgit massivement dans une dimension inquiétante et mélancolique. Un des exemples les plus évidents est celui de la planche 7GF (mais c'est aussi le cas de la 3BM, de la 5 et de la 16), pour laquelle la problématique actuelle s'infiltré dans la digression liée à l'absence de percept :

Planche 7GF:

Alors ici, c'est donc une petite fille sur un sofa, une petite scène qui se veut de douceur : une femme avec une petite fille. Mais on remarque une dame d'âge mur qui a un livre et qui raconte quelque chose, et cette petite fille est un peu dans le flou, il y a quelque chose qui... est-ce qu'elle est malade ? Et elle a quelqu'un qui semble attentif à elle en tout cas, et certainement elle doit être malade. On peut penser ça parce qu'elle a l'air tout à fait bien mais elle a comme une mélancolie. À quoi est due cette mélancolie ? Sûrement à la maladie je pense, pas à une tristesse, parce que, elle aurait perdu quelqu'un elle pleurerait. Une enfant pleurerait, tandis que là, elle a l'air plutôt mélancolique pour une raison, mélancolique.

Procédés : Le récit débute de manière descriptive, avec attachement aux détails (A1-1). La mise en relation (B1-1) s'effectue sous couvert d'une mise en tableau (CN-3). Le récit se poursuit dans une confusion identitaire (E3-1), la mise en relation (B1-1) à nouveau évoquée désorganise le discours (E4-1) et se voit brusquement interrompue, au profit de l'évocation d'un seul personnage (A2-4). Cela ne préservant pas d'une émergence massive en processus primaire (E1-4) qui tente d'être défendue par l'évocation d'une relation d'étayage (CM-1) qui s'avère inefficace, le mouvement faisant retour (E1-4). Le discours s'effondre par la suite (E2-2, E3-3) et s'enlise sur une modalité mélancolique (E2-3), la perte ne trouvant ni objet ni issue (A3-1).

Problématique : Roseline se désorganise massivement à cette planche. La réactivation du lien à la mère entraîne un effondrement, convoquant la perte dans une modalité mortifère.

Planche 5:

Alors ici... donc on voit une scène dans l'intérieur, un intérieur qui semble correct. Il y a un bouquet de fleurs. Ce serait plutôt un intérieur chaud et plaisant. Et une femme qui est là et qui regarde et qui n'a pas une allure, n'est pas sereine. Il y a quelque chose, on dirait que c'est pas une personne sereine. Puis que c'est un intérieur qui semble chaud. Elle vient détendue, elle guette quelque chose. On sent que c'est une femme qui porte en elle quelque chose qui ne va pas. Pas forcément en santé, pas du tout, mais quelque chose qui ne va pas. Elle est inquiète. Peut-être, disons, inquiète, ça pourrait être l'inquiétude (merci). (elle continue à parler sans les planches).

Procédés : Le récit témoigne d'emblée d'une mise à mal des limites (E4-1), et se poursuit sur leur centration (CN-4) dans une tentative peu convaincante de le rendre contenant et « bon » (CL-2, A1-1). La mention de la figure féminine (A2-4) qui initie une relation spéculaire (CN-5) se voit disqualifiée (CN-2 -). Une expression d'affect (B1-3) laisse apparaître l'insécurité et l'inquiétant, patents, dont Roseline tente de se défendre au moyen d'un clivage (CL-4), qui malgré la répétition quant au contenant (CN-4), donne à son discours une dimension contradictoire voire incohérente. Le clivage ne parvient pas à se maintenir, et les limites cèdent (E2-2). Le danger, qui ne peut plus être maintenu à l'extérieur, frappe désormais « l'intérieur » du personnage (E1-4), dont elle tente de se dégager au moyen de dénégations (A2-3), mais qui échouent. La menace fait retour (A2-4, B1-3), et ne trouvant aucun dégagement (A3-1), tente d'être figée dans une mise en tableau.

Problématique : La planche est traitée sur une modalité archaïque. La fragilité des limites se donne à voir, malgré l'effort défensif (clivage, défenses narcissiques). L'imaginaire maternel apparaît sous un jour persécutif.

La problématique actuelle s'infiltré à travers la porosité des limites (CN1/CL1), attestant d'une angoisse qui concerne la santé. La dénégation permet de ne pas reconnaître l'identification à cette femme qui « porte en elle quelque chose qui ne va pas ». L'inquiétante étrangeté est perceptible à cette

planche. L'objet interne, de par sa concrétude actuelle, permet de circonscrire l'angoisse à minima (dénégation), de lui donner un objet, bien que sa localisation à l'intérieur du corps encourage l'inquiétante étrangeté.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Roseline nous dit clairement avoir utilisé la sexualité comme un levier pour tenter de se dégager de l'homme qui l'emprisonnait, pensant notamment que l'abstinence le ferait partir. Elle n'a donc pas de vie sexuelle depuis une vingtaines d'années. Malheureusement, le subterfuge ne semble pas fonctionner. Malgré l'absence de sexualité dans le couple qu'ils forment, il ne souhaite pas partir et entretient un jeu de menace et de séduction par l'apitoiement. Enfin, relativement au clivage et à l'absence de refoulement, c'est lorsqu'elle est « enfin libre » qu'elle exprime une forte « envie sexuelle » inassouvie, au-delà de toute raison. Elle ressent de « violentes envies sexuelles » avec des « douleurs corporelles », elle se dit à ce moment-là capable de « n'importe quelle folie » et ne se reconnaît plus, décrivant un état de dépersonnalisation. « Ma vie amoureuse a été foutue parce quand mon fils m'a quitté à quarante-cinq ans j'étais encore une jeune femme qui pouvait avoir une vie normale et il me l'avait bousillé. D'un seul coup... c'est bizarre, j'étais raisonnable mais j'ai eu des douleurs, une envie sexuelle, on ne peut pas imaginer, que je n'avais jamais connue de ma vie. Pour quelque chose qui m'a... mais vraiment, ce n'est pas possible. Quelque chose que vraiment je... »

Elle est débordée par ses pulsions sexuelles, ses pensées sont envahies violemment de façon compulsives : « Ben je me dis : mais ça va pas. Il y a des choses, des plans, des trucs qui me venaient dans la tête, mais vraiment invraisemblables. Mais invraisemblables », le corps est également convoqué dans cet épisode par des cénesthésies avec douleurs « corporelles ! Corporelles. Mais c'était dingue. Avec des douleurs. »

Cet état décompensatoire se déclenche à la suite d'une histoire étrange qu'elle nous raconte : « j'ai eu des comportements tellement étonnants, il y a des choses bizarres parce que, figurez-vous qu'au mois de juin, je prends mon téléphone, et j'entends une voix de femme qui dit « allez vous faire foutre » (silence+) ». Elle est dans l'incapacité d'expliquer cette voix au bout du fil qui lui parle alors qu'elle n'a pas encore composé de numéro. Roseline va chercher une explication, ou plutôt un responsable, et va accuser la nouvelle compagne de son conjoint mais ce n'est pas elle. « Allez vous faire foutre, et puis sur un ton vraiment comme ça, j'avais jamais vu ça ». C'est donc le début de ses pulsions sexuelles débordantes, incontrôlables ; avant elle n'avait pas d'envie. Cet événement, de l'ordre d'une hallucination auditive, invite la patiente sur un ton agressif à mettre à exécution ses exigences pulsionnelles entièrement tournées vers la sexualité.

A présent elle dit : « Je suis calmée sexuellement », elle ne ressent plus ces envies depuis l'annonce du cancer.

Au TAT, Roseline fait régulièrement appel au corps pour prendre en charge la pulsion, mais pas dans le mouvement, au contraire, dans le figement d'un corps inerte, désincarné ; et les tentatives échouent. Le recours aux sensations et au percept ne suffisent pas à renforcer une enveloppe si mince qu'on pourrait la penser transparente. A la planche 3BM, Roseline nous donne une figuration du corps : « Plus qu'endormi... ». En-deçà du sommeil, le corps décrit par Roseline a perdu son squelette, sa forme, il est « avachi ». La « souffrance », à peine reconnue, place le corps en deçà du sommeil, inerte et informe, « sans réaction devant la vie » comme le sous-entend la définition « d'avachissement ». Sans pouvoir reconnaître la fantasmatique morbide qui anime la projection, elle nous donne par transparence la perception d'un corps mort.

À la planche 9GF, l'affect est sur le devant de la scène : « excitée », « égarée », « affolée », « énervée », pour venir suggérer un comportement. Il n'y a aucun recours à l'action de mouvement dans cette scène, témoignant d'une pulsionnalité figée.

Perception sensorielle, tentative de renforcement des enveloppes et délimitation des espaces sont les défenses régulièrement sollicitées par Roseline pour échouer dans la désorganisation. Malgré un fonctionnement pathologique qu'elle peine à contenir dans la situation de test, Roseline convoque le corps comme matériel / support défensif, et surtout comme moyen d'expression d'une angoisse interne qui trouve à se lier autour de la situation actuelle.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Il n'y a pas beaucoup à dire concernant cette thématique. Les investissements libidinaux ne concernent pas le corps esthétique support de la féminité. Néanmoins, la passivité comme constituant du féminin semble concerner Roseline. Cette passivité qui la lie à l'autre, elle la chérit. Mais ce n'est pas une passivité réceptrice, c'est la passivité de la séduction narcissique, celle sur laquelle se déploie le masochisme moral. Cependant, comme nous l'avons déjà évoqué, il semble que ce fonctionnement permette pour le moment à Roseline d'accueillir la nouvelle du cancer de manière sereine, comme une suite logique de ses relations d'objets empoisonnantes. Mais les traitements n'ont pas commencé et la désorganisation est à craindre devant l'accumulation de situations effractives.

Nous pouvons néanmoins remarquer l'absence de mouvement identificatoire chez Roseline qui ne parle jamais de ses parents, ni de sa famille ascendante. Seul son fils est évoqué.

Au TAT, les figures féminines spécifiquement maternelles (5, 2, 7GF) sont désignées comme mauvais objet, avec une tonalité légèrement persécutrice. Dans le registre du féminin, la

représentation « intérieur de caverne » à la 11 nous indique un intérieur contenant sombre rendant Roseline a-perceptive, a-sensorielle, aveugle, concrétisée par une inhibition massive.

À la 6GF, malgré la transparence psychique (défaut de refoulement), qui donne à voir le fantasme sexuel dans une dimension incestueuse, le personnage féminin se défend du fantasme de séduction mis à l'initiative de l'homme. La référence à la première planche couple atteste d'un clivage de l'objet féminin séducteur ou non, nous mettant sur la voie d'une version mélancolique défendue du fantasme de séduction.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Au temps 1, la désintringation qui faisait rage chez Roseline suite à une séparation, entraînant l'émergence en mécanismes de défenses psychotiques, semble désigner une pulsion sexuelle violente jaillissant avec fracas, indomptable, à l'image de la pulsion de mort. L'exigence pulsionnelle cherche alors à se satisfaire jusqu'à utiliser le subterfuge de l'hallucination (auditive). Cette libido libre, c'est l'angoisse de Roseline, une angoisse au sujet de la sexualité que le cancer des organes génitaux vient re-liaison en concrétisant un objet interne, certes intrus et emprisonnant, mais familier, permettant à Roseline de vivre à nouveau cette passivité mortifère et pourtant salutaire. Au final, le bénéfice secondaire tiré de l'arrivée du cancer correspond au retournement de la pulsion sexuelle sur le moi permettant une satisfaction liée à l'auto-conservation (maintien de l'affirmation de l'existence individuelle) et la mise en branle d'un travail de la maladie dont atteste l'étiopathogénie qu'elle propose (roman de la maladie).

Nous entendons là un cas particulier de fonctionnement face au cancer, induit par un fonctionnement psychique pathologique, dans lequel le bénéfice secondaire de la maladie permet finalement de compenser une organisation en souffrance, peut-être un peu à l'inverse des conséquences que l'on peut observer habituellement (nous le confirmerons en regroupant nos résultats). Pourtant, sur une population tout venant, Roseline est bien l'une de nos patientes démontrant combien la clinique hospitalière du soma n'est pas à l'abri de la psychopathologie et doit également y réfléchir.

Au TAT, il nous intéresse de remarquer les percées régulières de la fantasmagorie qui rendent les récits transparents dans leur charge pulsionnelle. Roseline parcourt les limites sans jamais pouvoir reconnaître ce qu'elle détoure. Malgré la prégnance du fantasme sexuel de façon transparente, Roseline ne peut que l'effleurer sans jamais le mettre à jour.

À la planche 10, c'est le rapprocher corporel qui révèle un défaut de refoulement d'une fantasmagorie sexuelle. La projection d'une relation homosexuelle masculine peine à être délimitée par le percept, entraînant une justification désorganisée. À ce moment-là, la parcellisation du corps permet à Roseline de contre battre l'émergence du sexuel par le recours à un courant tendre déssexualisé, étayant dans une tentative de colmatage.

Le mouvement libidinal narcissique, repérable à la planche 12BG, permet d'introduire dans la projection une dimension objectale par la personne même du sujet.

L'impossibilité pour Roseline de recourir à une ambivalence est exemplaire à la 13MF, l'émergence du pôle pulsionnel morbide témoignant de la désinhibition. Roseline délimite les contours d'un fantasme de meurtre impossible à prendre en charge, recourant notamment à la dénégation. La dénégation récurrente dans le protocole est l'expression d'une pulsion de mort désinhibée qui assaille Roseline de ses thématiques morbides. Les tentatives de figement pulsionnel, le recours au corps et le clivage sont de peu de secours face à l'effraction des limites qui laisse Roseline en proie à la poussée pulsionnelle.

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

« C'était très important de savoir pourquoi, de centrer un peu pourquoi cette maladie s'était installée chez moi. C'était important pour moi. Je ne sais pas si vous avez repris un peu mon dossier mais je vous ai expliqué qu'effectivement je sortais d'une affaire dont j'ai énormément souffert pendant vingt ans. J'ai souffert parce que c'était une personne dont je ne voulais pas et qui s'imposait à moi. Là, avec la maladie et tout ça, apparemment je suis tranquille avec tout ça. »

Cette phrase introduit notre second entretien. La confusion, entre le cancer qui « s'installe » chez elle et la personne qui « s'impose » à elle, nous situe directement en plein cœur de la problématique de Roseline. L'objet cancer est venu, dans son angoisse de séparation vécue comme un morcellement, concrétiser un objet interne palpable, réel et donc unifiant. L'objet cancer continue depuis le temps 1 à s'ancrer dans son roman de la maladie. D'un objet à l'autre, la problématique aut centrée de Roseline peut continuer, elle cherche toujours à comprendre la présence de l'autre et son emprise sur elle, qu'il s'agisse d'un amoureux transi ou du cancer gynécologique. Ce continuum est un soulagement pour Roseline qui vivait donc très mal la perte de ce prolongement narcissique, elle le dit elle-même, elle a « souffert » mais avec le cancer elle est « tranquille », cet objet ne la quittera pas, elle est débarrassée de sa pulsionnalité. « Après avoir donné tout à ce garçon. Parce qu'il me tuait. Là, j'ai donc, je pense, une peur de me retrouver à soixante-cinq ans seule. Je me rends compte que la tâche était dure, je me

retrouvais seule ». Il la tuait comme le cancer tente de le faire, mais elle ne se sent plus seule. La place est prise. « Il m'a volé ma vie, cet homme là. Maintenant, je passe dessus, j'ai autre chose, je passe dessus ».

Le cancer est décrit comme « une maladie pas comme les autres », quelque chose qu'on se fabrique : « Moi, je la trouve pas tout à fait comme les autres dans le sens que c'est pas un microbe, c'est des choses presque qu'on se fabrique un peu. Et comme j'avais une vie très saine, c'est pour ça, pourquoi ça s'est développé, pourquoi d'un seul coup les cellules se sont mises à déconner quoi. Quelle a été l'erreur ? (rires). » Il n'y a pas de référence à la contagion, ni à l'infectieux mais bien à l'auto-engendrement, l'auto-immun qui place l'objet comme une création du corps, donc une partie de soi, une création réactionnelle à une cause externe concernant la relation avec l'autre dans un registre persécuté.

À la différence de notre première rencontre, le cancer peut être décrit comme une maladie contre laquelle il faut « se battre ». La survie prend une importance capitale dans le discours de Roseline qui nous semble plus structurée, moins confuse. Le clivage est toujours à l'œuvre mais il se fait plus discret puisque le mauvais objet cancer a définitivement endossé le mauvais rôle.

Roseline nous semble toute entière unifiée contre ce cancer pour sa survie. Elle dit à propos de son épisode de dépersonnalisation au cours duquel elle avait ressenti de fortes envies sexuelles, « En tout cas, cette flambée qui s'était un peu réveillée n'est plus de mise. C'est pas que ça n'existe pas. Ça n'est plus de mise dans le cadre de mon traitement, de ma maladie, du fait qu'il faut se battre ».

L'angoisse de Roseline est bien celle de déroger à une loi fusionnelle qui la garde à l'abri des attaques pulsionnelles internes. Lorsque je rebondis sur l'importance qu'elle accorde à son indépendance, sous-entendu interrogeant ses capacités d'auto-conservation et d'individuation, elle me répond : « je ne suis absolument pas une femme hors la loi. (rires) ». La loi est celle de la fusion. Nous repensons alors au premier entretien dans lequel elle décrivait des situations capables, selon elle, de déclencher un cancer, il ne s'agissait que d'exemples de personnes s'étant vu proposer l'introduction d'une tierce personne dans leur couple. « Le couple à trois » est synonyme de cancer comme création du corps propre pour lutter contre le morcellement de la défusion.

Au Rorschach, l'indice d'angoisse est nettement au-dessus de la moyenne attendue et on ne note aucun contenu sexe, comme si le fantasme sexuel était dénié, ce qui se corrèle à l'absence de mise en relation. Néanmoins, des préoccupations concernant l'intérieur du corps sont repérables : par exemple, la vue du sang à la planche II produit une sidération qui entraîne un déni et clôt radicalement l'interprétation de la planche (« du sang? Non c'est farfelu »).

De même, l'effraction de la première planche est repérable à travers l'impossibilité d'introduire une dimension objectale, qui reviendra d'ailleurs lors de la dernière planche. Celle-ci entraîne immédiatement une réponse anatomique de type intérieur osseux du corps, dans une tentative qui fonctionne de renforcement des limites. Une angoisse dépressive se fait jour au travers du choc au noir, concernant l'anatomie osseuse (bassin), l'absence de figuration et une forte demande d'étayage. On remarque en effet un faible investissement d'objet et des angoisses de perte massives, avec l'impératif de convoquer des personnages en parole sans pour autant les intégrer dans les réponses (sauf à la planche III, seule représentation de relation dans un registre de position), des appels au clinicien, et de nombreuses références personnelles (7 réponses). Toutefois, on peut remarquer des tentatives de dégagement lorsque la perception se fait effractante (réponse kinesthésique planche II). Roseline cherche à circonscrire l'angoisse par des références personnelles, des précautions verbales (« petit ») ou des adjectifs visant à temporiser l'excitation (« sympathique »), mais qui la modèrent laborieusement. Ces tentatives projetées sur l'extérieur sont en lien avec une défaillance de l'objet interne. L'effraction des planches provoque régulièrement une désorganisation du discours et cette émergence en processus primaire rend parfois le discours difficilement accessible.

Dans le registre des angoisses convoquées, notons le refus du détail phallique à la planche IV par dénégation : « La peau de l'ours. (G) La colonne vertébrale (axe de symétrie). Les pattes. (D6) Il y a que ça qui est un peu gros, ça gêne un petit peu. (D5) », immédiatement suivi d'une projection inquiétante reflétant probablement un fantasme de décapitation : « Mais il y a quelque chose d'intéressant, presque une tête ! ». La planche V entraîne également la projection d'une tête, cette fois-ci d'un animal référencé au masculin : « une tête de sanglier ». Le processus de la IV est reproduit à la planche VI, supprimant par dénégation le détail D6 : « y a pas ça ».

L'hétérogénéité des modes de fonctionnements entraîne des projections contradictoires qui juxtaposent pour la même planche une bonne et une mauvaise forme. Le F- est donné dans le refus, par exemple :

V ^ TL=0	1-une chauve-souris ! Vous voyez mon style, je suis très terre à terre.	Antennes. (D6) Les ailes. (D4x2) La queue. (D9)	G	F+	A	Ban commentaire personnel
	2- (elle reprend la planche) on pourrait s'y prêter une tête de sanglier mais j'ai		G	F-	A	

	pas envie d'aller vers ce monde là, j'ai besoin de concret [...] je suis très spiritualité.					Commentaires personnels contradictoires
--	---	--	--	--	--	---

Sinon, c'est au sein de la même projection que ce mécanisme agit, rejetant un détail tout en le désignant :

VI > TL=0	1- (retourne la planche) moi qui ai fait de la plongée, ça me fait penser à une raie.	Les deux ailes. (Dd29+D9) Surface importante. (D1) La queue. (D2) Il y a pas ça.(D6) Repense à « ses plongées »	G	F+	A	référence personnelle
--------------	---	---	---	----	---	-----------------------

Ces processus qui jalonnent le protocole nous semblent être les tenants du clivage.

L'angoisse de pénétration entraîne des contre-investissements projectifs, comme à la VIII, planche de la rencontre, pour laquelle Roseline propose de protéger la bouche. L'autre semble intrusif : à la planche IX, dite utérine, Roseline supprime les yeux de sa projection, par dénégation, pour lutter probablement contre le regard perçant d'une imago maternelle intrusive.

De plus, l'émergence en processus primaires, provoquée par la couleur rouge, s'accompagne d'une association entre des représentations d'enfant et de sang. De « bestiaux » à « sang », la forme se précise avec l'émergence du fantasme qui finit par être désorganisant. Un fantasme qui questionne la procréation et la destruction des organes sexuels, du moins de l'intérieur, convoquant l'enfant mort sous la sollicitation latente de castration.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

« Physiquement, ça c'est une destruction profonde de tout notre corps. De tout notre corps on sent, enfin, moi je le sens comme ça, c'est tout notre corps qui est attaqué. »

« Destruction profonde, oui. Ça n'a pas empêché que cette semaine j'ai fait du ski (rires). J'ai quand même osé me mettre sur des skis. Je ne suis pas allée sur des pistes rouges mais j'y suis quand même allée. C'est-à-dire quand même j'essaye tout à fait de mener une vie normale. Tout en sachant, j'essaye quand même de mener une vie normale. Je viens moi-même en voiture, j'essaye de vraiment rester indépendante. »

Le corps est pris dans un paradoxe. Il est le lieu du conflit pulsionnel, à la fois attaqué par la mort, en proie à la destruction et lieu de satisfaction d'une pulsion via l'activité physique du corps dans l'intérêt de l'auto-conservation (« mener une vie normale ») et de l'individuation (« rester indépendante »).

Lorsqu'elle parle de sa maladie et des traitements, elle est très claire, toute confusion disparaît. Même sa syntaxe est meilleure, son discours et sa pensée sont moins désorganisés. L'appui sur les épreuves externes du parcours thérapeutique lui offre un cadre pour penser. Lorsqu'elle revient sur son histoire personnelle, il existe des désorganisations temporelles et spatiales, des confusions dans le déroulement de l'histoire, notamment entre les deux entretiens. Il est difficile pour moi de la suivre, de comprendre.

Lorsqu'elle imagine l'intérieur de son ventre, la confusion et les relations illogiques resurgissent : « Je fais du yoga, je sais monter mon ventre, faire des massages, parce qu'il y a, on m'a dit, par exemple, un risque d'occlusion comme j'ai des tumeurs entre les intestins. » Le corps est animé par le mouvement, c'est ainsi qu'elle en prend conscience, qu'il « répond » « Comme je vous l'expliquais au départ, j'ai besoin de bouger, j'ai besoin de faire de la randonnée, des choses comme ça. Donc j'ai été sensible à essayer de garder physiquement un corps qui est capable de répondre. Sans plus, voilà. Parce que j'aime ça, j'aimerais encore faire des randonnées en montagne, des choses comme ça. »

Au Rorschach, les mouvements pulsionnels, qu'ils soient agressifs ou sexuels, peinent à être pris en charge ou à être canalisés par les défenses (F-) et s'expriment essentiellement au travers des petites kinesthésies sur le mode de la décharge (feu d'artifice planche X) ou dans le transfert avec la clinicienne (remarques matériel ou attaques du cadre). Le fantasme est mis à mal et la projection, massive, fait régulièrement vaciller Roseline.

Quelques défenses névrotiques (dénégation) sont régulièrement sollicitées, associées à des régressions (orales et anales), œuvrant dans un registre infantile, ou à des mécanismes plus archaïques (défenses maniaques). Si la régression se fait taraudante (plongée sous-marine) en réponse aux attaques provenant du monde externe, celle-ci s'avère possible et Roseline reste relativement adaptée dans ses réponses, même si son comportement et ses exclamations font craindre une rupture de la passation.

La fonction et l'utilisation de la couleur nous en disent long sur leur retentissement chez Roseline. La couleur, effractante, exerce une fascination morbide, qu'il s'agisse de la couleur noire (choc au noir, remarques à propos de cette couleur), dévoilant des affects dysphoriques révélés timidement

dans la clinique de la passation (remarques auto-dévalorisantes); des couleurs pastel aux dernières planches qui génèrent une détresse verbalisée, amenant à l'inclusion de la clinicienne dans la réponse émise (« pourquoi on verrait pas un Babar sympathique? »); ou encore du blanc dont l'évocation vise à figurer le vide. L'émergence en processus primaires, provoquée par la couleur rouge, laisse entrevoir un fantasme de destruction des organes sexuels (enfant et sang, question de la procréation) amenant à une centration sur le noir à la planche suivante et à un scotome de la couleur rouge (notons que la couleur rouge est rappelée à la planche VIII par l'intermédiaire d'une fausse perception aussitôt déniée: « pas rouge mais bleue, rouge; je n'ai pas voulu le voir » (planche II)). Le TRI est extraversif et dévoile une labilité, un foisonnement émotionnel et une excitabilité qui peinent à être contenus. Cependant, Roseline est capable de faire appel à l'imaginaire, pour se préserver de ces attaques externes (TRI formule secondaire introversif).

La planche V dévoile une adaptation à la réalité certes, mais aussi l'agression possible, voire la menace potentielle qu'exerce le monde externe (en relation avec le monde pulsionnel) sur l'unité psychosomatique (figure animale dangereuse (« sanglier ») qui viendrait pénétrer le corps, anatomie osseuse pour réassurer l'intégrité corporelle).

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Le cancer est tellement intégré comme une partie de/du soi qu'en fin d'entretien elle finit par dire : « Et donc, au départ j'ai pensé que c'était lui et maintenant je pense que cette maladie elle était là depuis longtemps, pour moi, parce que ça fait vingt ans et que cette destruction quand même que j'avais au fond de moi déjà de vouloir mourir ». Il vient donc attester d'une souffrance interne, d'un féminin mélancolique et masochique, d'un corps qui ne s'exprime plus, d'une destructivité interne. La concrétude de cet objet interne permet à Roseline d'intégrer, dans l'après-coup à travers le travail de la maladie, une histoire douloureuse qui restait autrement sans support. Le cancer vient figurer l'exigence destructrice d'une pulsion de mort désintriquée.

Les identifications sont problématiques pour Roseline. Elle oscille à la planche III entre une vision de deux hommes autour d'un objet féminin et de deux femmes autour d'un objet masculin, sans en relever la différence comme s'il s'agissait de la même projection. Aux planches V et VI la description des animaux féminins : une « chauve-souris » et une « raie », font apparaître à la fois des ailes et une queue, tout en entraînant un fantasme de décapitation pour la première et une castration projective pour la seconde, comme une forme de passage à l'acte perceptif suite au fantasme

poignant. La planche IX présente également le clivage d'un détail : « il manque les yeux ».

Néanmoins, notons que les contenus à valence sexuelle qui renvoient à une dimension phallique sont de nature défensive (« trompe, antennes, oreilles, queues etc ») et ne peuvent être abordés qu'en différé, à l'enquête, ce qui n'est pas le cas des contenants (« porte marocaine, marmite, chaudron ») pour lesquels le bouillonnement pulsionnel est à l'œuvre d'emblée et engendre des angoisses de pénétration (« bouche protégée, corps de la femme très menu »).

La couleur rouge est refusée par une dénégation de la représentation du sang

VII v TL=0	Comment vais-je la tourner celle-la ? (à l'envers)					Nécessité de poser une question
	1- une porte comme on voit quand on va au Maroc.	Une porte marocaine. (G)	Gbl	F+	A	
	Je n'aime pas les films fantastiques « allez là-dedans » (elle dérive au sujet de « l'imaginaire »)					référence personnelle

On remarque un attrait pour la béance à la planche VII (féminine maternelle), s'exerçant dans une dimension relativement intellectualisée (« porte au Maroc »). La projection en G permet d'interpeller le fantasme d'ouverture et fermeture sans en passer par le creux du féminin, donc référé au corps dans une symbolique féminine : la porte. Cette planche nous informe sur les dangers encourus par Roseline face à l'effraction toujours imminente. L'ouverture sur le corps suppose l'envahissement de la pensée (« l'imaginaire »). La tentative de contrôle des entrées et sorties du corps symbolisé par la porte ne suffit pas à apaiser la menace d'effraction par la contrainte de pensée : on lui impose un cadre de pensée, son imagination est envahie par le fantasme (film fantastique). Elle se défend de cette passivité ressentie dans un registre suspicieux (on veut lui faire adhérer à une pensée, lui imposer quelque chose à travers les films). L'effraction corporelle est l'équivalente d'une ouverture sur toute l'intériorité de Roseline qu'elle exprime très bien par l'injonction « allez là-dedans ».

La tentative de contrôle des entrées et sorties, la « bouche protégée », la « porte », résonne avec les explosions pulsionnelles de Roseline (feux d'artifice et logorrhée), ce qui nous semble relever d'un fonctionnement sur un registre anal.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

« Ça m'a énormément bouleversée. C'est pas une chose que je puisse accepter. On vit avec mais c'est quelque chose qui m'est très dur à supporter. Peut-être ça a été ma sensiblerie j'en viens à dire. Mais c'est notre sensibilité qui fait que peut-être on devient plus fragile et, avec l'âge, la sensibilité qu'on a et qu'on veut montrer. C'est-peut être ça qui a fait que la maladie pouf elle a explosé (rires). Peut-être, j'en sais rien. Maintenant, il faut surtout se guérir, se battre pour arriver à garder la forme, pour arriver à garder le moral malgré des fatigues, des choses qu'on a, qui sont pénibles à supporter. Donc maintenant, mon objectif est un petit peu délaissé. Au départ, je me suis demandé pourquoi, maintenant c'est tenir le coup, me battre, arriver à me sortir de cette sale maladie. Voilà, maintenant c'est mon objectif majeur et j'ai toutes les conditions autour de moi. J'ai beaucoup de chances de pouvoir y arriver. Je suis très soutenue, non pas par un compagnon mais par les familles, par mes enfants et tout ça ».

Malgré son caractère intrusif et destructeur, le cancer comme figure de la mort vient paradoxalement mobiliser les pulsions de vie. Cet objet permet de lier le conflit pulsionnel autrement désorganisant et morcelant.

« C'est pas tellement, moi, la mort qui m'embête, mais c'est le fait de devoir quitter la vie quoi. C'est ça qui est embêtant (rires). On doit mourir, on doit tous mourir mais d'un seul coup on a la limite ».

Malgré une triangulation impossible pour Roseline que nous entendons très bien lorsqu'elle revient sur son mariage et le choix qu'elle a du faire entre « ce garçon » (son mari) et « ce garçon » (son fils), tous les hommes sont désignés de la même façon : « ce garçon ».

« Même l'entourage, par exemple mes sœurs que j'affectionnais très bien, on avait une bonne entente là, je les découvre davantage. Je les découvre dans leurs personnalités maintenant, tandis qu'avant, c'était ma sœur, on s'entendait bien, on se rencontrait. Tandis que maintenant, je les perçois différemment, je les perçois dans les différences. Tandis qu'avant bof, maintenant je les perçois dans leurs différences avec moi ».

Les remaniements dûs à la maladie sont de bon augure pour Roseline dans son individuation avec la création d'un espace intime chez elle. « Je me rapproche plus intimement d'elles si vous voulez ».

La déliaison pulsionnelle est à l'œuvre tout au long du protocole du Rorschach et repérable au travers d'un télescopage entre perception et projection, malgré les tentatives de réintrication, notamment à l'enquête, lorsque la symbolisation redevient possible (donc dans un temps d'après-coup). Le rapport au temps et à la temporalité psychique semblent affectés, nécessitant à Roseline de s'en référer au passé (redondance des souvenirs auxquels elle tente de faire appel) et dévoilent sa difficulté à s'inscrire dans le présent. Pour la planche II, le temps utilisé rend compte de la massivité projective, proche de l'hallucination : « je viens de voir un petit enfant ». Il existe enfin une confusion entre fantasme et réalité sous l'achoppement des limites qui superposent les différents espaces et mondes (mots qu'elle emploie dans le protocole).

Notons également son exigence de faire le tri entre des « souvenirs vivants » et donc des souvenirs morts pour pouvoir faire acte de son désir lors de l'épreuve des choix, appuyant l'idée d'un clivage du moi et d'une identification à un objet interne potentiellement mort. Le protocole est également très narcissique, renvoyant régulièrement Roseline à des références personnelles qui sont parfois à la limite d'une fabulation hors image.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

Les investissements libidinaux de Roseline sont essentiellement narcissiques lors du premier temps. Elle s'approprie la situation de l'entretien et du test pour parler d'elle. Par contre, nous décelons un mouvement libidinal en train de se faire lorsque nous découvrons des éléments plus actuels de la vie de Roseline au temps 2. À ce moment-là une libido plus objectale nous désigne son intérêt pour les autres. Le mouvement étayant et tendre contre-investit une pulsionnalité sexuelle toujours taraudante mais nous pouvons voir une tentative d'individuation autour du pivot que joue la maladie, permettant paradoxalement un processus de dégagement de l'emprise.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Les réponses centrées sur l'intérieur du corps de nature anatomique osseuse (bassin, colonne vertébrale) semblent proposer une armature défensive devant l'effraction ressentie. L'intégrité d'un espace interne est fermement défendu par le renforcement de l'enveloppe corporelle, malgré tout cet intérieur infiltré par une fantasmatique morbide et désorganisée qui ne permet pas l'utilisation de cet espace de pensée en dehors de l'emprise sur un versant d'influence légèrement persécuté. C'est, nous semble-t-il, la représentation de l'enfant mort qui apparaît en réponse aux sollicitations de castration.

Nous ne trouvons aucune réponse sexuelle directe, ni féminine, ni masculine. La sexualité et d'ailleurs les identifications à l'un ou l'autre sexe sont déniées. Le corps n'est pas érotisé, les mises en relation sont rares et figées et l'expression du mouvement est mal contenue, jaillissante lorsqu'elle émerge (action directe, feux d'artifice).

Les représentations symboliques du corps féminin sont difficilement référencées à un sexe (marmite, chaudron) et les représentations possèdent des caractéristiques autant masculines que

féminines. Plus qu'une bisexualité, l'hermaphrodisme nous semble accompagner certaines représentations comme celle de la raie (des ailes, une queue) et lorsqu'un détail se fait trop dérangeant Roseline utilise la castration projective : « il y a pas ça ».

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

La facture du fonctionnement de Roseline sous-tend l'échec de l'ambivalence. Les planche 4 et 6 relèvent de l'impossibilité de traiter de la perte qui se révèle fortement désorganisant dans une tonalité abandonnique impossible à soutenir par Roseline qui s'enferme dans un enkystement compulsif d'une pensée qui tourne à vide.

Les figures féminines sont clivées et, lorsqu'elles ne le sont pas, elles sont entièrement mauvaises avec une tonalité persécutrice. Les mises en relation sont de toute façon soigneusement évitées dans une lutte contre le fantasme sexuel menaçant de son émergence par défaut de refoulement. L'inhibition de la planche 11 ne permet pas le traitement de la planche et tempère la désorganisation. Néanmoins, elle donne une réponse centrée sur l'intérieur du corps féminin : « l'intérieur d'une caverne ».

Si la planche 19 représente la projection attendue d'une maison sous la neige, celle-ci ne témoigne pas d'une possibilité de contenant sécuritaire par un recours aux objets internes. Les limites sont fortement mises à mal et provoquent la désorganisation du discours.

Roseline

Temps de passation 30 min

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Con t.	Phén. Part
I. ^ TL=0	1- je vois... c'est horrible parce qu'il y a pas de personnages...					Choc au noir Clob
	On dirait un bassin , des os que j'ai vu sur des radios [...] on est dans le concret.	Je l'ai vu peut être dans des planches « l'os iliaque », sur internet ou une radio. (G)	G	F+	anat.	
II.^ TL=0	1- [...] peut être alors des bestiaux		G	F+/-	A	
	2- et deux petits ours qui jouent.	Les petits ours. (D6) Ils appliquent leurs museaux l'un conte l'autre (D4)	G	kan	A	Précaution verbale « petit »
	3- je viens de voir un petit enfant peut être		G	F-	H	Précaution verbale « petit »
	4- mais les taches rouges pfff..... elles sont là[...]je veux même pas imaginer. Le sang non ? c'est farfelu.	Le rouge je n'ai pas voulu les voir. (D3+ rouge supérieur)	D	C	San g	Remarque couleur déni Appel au clinicien Commentaire matériel
III.^ TL=0	là on voit plus...					Tendance refus Accrochage au percept
	1- ça me rappelle une blague avec deux noirs et une marmite [...] ça me remémore cette blague...		G	F+ t.K réprimé	H	Ban Personnages masculin objet féminin gel pulsionnel
	2- deux femmes noires autour d'un chaudron	Corps de la femme très menu. (Dd22x2+D5 x2) La marmite (D7)	G	F+ t.K réprimé	H	Ban Personnages féminin objet masculin

	et puis j'ai vécu en Afrique donc ce sont des scènes que j'ai pu voir.					Référence personnelle
IV ^ TL=0	Ho ! Pffff, vous allez me tuer !					Appel au clinicien Transfert négatif
	1- une peau d'ours, un ours noir	La peau de l'ours. (G) La colonne vertébrale (axe de symétrie). Les pattes. (D6) Il y a que ça qui est un peu gros, ça gêne un petit peu. (D5)	G	F+	A	Ban t. clivage détail phallique
	2- mais il y a quelque chose d'intéressant, presque une tête !		D	F-	Hd	Commentaire matériel
V ^ TL=0	1-une chauve-souris ! Vous voyez mon style, je suis très terre à terre.	Antennes. (D6) Les ailes. (D4x2) La queue. (D9)	G	F+	A	Ban commentaire personnel
	2- (elle reprend la planche) on pourrait s'y prêter une tête de sanglier mais j'ai pas envie d'aller vers ce monde là, j'ai besoin de concret [...] je suis très spiritualité.		G	F-	A	clivage Commentaires personnels contradictoire
VI > TL=0	1- moi qui ait fait de la plongée, ça me fait penser à une raie.	Les deux ailes. (Dd29+D9) Surface importante. (D1) La queue. (D2) Il y a pas ça.(D6) Repense à « ses plongées »	G	F+	A	référence personnelle
VII v TL=0	Comment vais-je la tourner celle-la ?					Nécessité de poser une question
	1- une porte comme on voit quand on va au Maroc.	Une porte marocaine.(G)	Gbl	F+	Obj	

	Je n'aime pas les films fantastiques « allez la-dedans » (elle dérive au sujet de « l'imaginaire »)					référence personnelle
VIII.^ TL=0	1- Bien... Alors, une tête de Goldorack pas rouge mais bleue que j'avais achetée à mon garçon. C'est le masque de Goldorack.	Un masque. (G) Le crane (D4) les deux yeux (D5) les trucs sur le côté pour écouter (D1x2) la bouche protégée (D2)	G	FC+	(H)	Référence personnelle
IX v TL=0	1-Ha ! On a de la couleur maintenant... c'est dur ! Pourquoi on verrait pas pas babar, un babar sympathique.	(à l'envers) la tête (Dd10) deux oreilles roses (D4x2) la trompe (D5) le manteau (D11) les deux pattes (D3x2) il manque les yeux.	G	FC+	(A)	Remarque couleur
X^ TL=0	1-Houlala c'est un feu d'artifice.	Un bouquet de couleur, j'ai pas pu y arriver, c'est trop fouillis.	G	kob t. C	Scène	Décharge pulsionnelle
	Pour essayer de trouver quelque chose là dedans ! je vais toujours essayer de recréer des personnages mais non, un feu d'artifice,					Commentaire personnel
	2-un bouquet,		G	F+	Obj.	
	3- le monde de la couleur... passer du noir et blanc à la couleur. Wah !....		G	C	Abst.	Défense maniaque

Choix positifs :

IX= celle-ci parce que mon fils aimait bien qu'on se promène tout les deux. Il a été capable de comprendre très tôt le monde des adultes.

III= les souvenirs qui me plaisent le plus.
(elle explique qu'elle recherche les bons et mauvais souvenirs à travers les planches)

Choix négatifs :

X = évoque rien, pas de souvenir associés.

I = évoque pas de souvenir vivant.

Planche 1:

pfiff, qu'est ce que je vois ? Un petit garçon qui regarde. Je pensais que c'était des livres parce que moi c'est les livres.

Ça le fait suer. Ça l'intéresse pas des masses, il est ailleurs un peu. Il regarde mais il est ailleurs.

Procédés: D'emblée la planche suscite un soupir qui conduit à une interrogation à valeur de demande d'étayage (CM-1). L'accent est mis sur la relation spéculaire (CN-5), sans pour autant que l'objet soit déterminé (E1-3). Le scotome est relayé par une fausse perception (E1-3) à l'appui d'une référence subjective (CN-1) au sein d'un discours qui se désorganise (E4-2). Le conflit est par la suite timidement abordé sur une modalité interpersonnelle (A2-4), qui se répète sans permettre aucun traitement. Le conflit qui ne trouve aucun dégageant se fige dans une mise en tableau (CN-3).

Problématique: La problématique de castration ne peut être traitée. Elle engage d'emblée un procédé antidépressif. Les défenses narcissiques s'avèrent insuffisantes pour éviter la désorganisation au travers des émergences en processus primaires qui se donnent à voir.

Roseline semble se situer dans un registre en deça de la castration.

Planche 2:

Bon alors là qu'est ce que c'est ?.... D'abord j'ai vu la jeune fille. Y a trois personnages donc : y a une scène champêtre puisqu'on voit un cheval et un homme qui semblerait faire un travail, ha oui ! Oui, oui on pourrait imaginer, là une femme parce que elle regarde de façon un peu hautaine et elle, On pourrait créer des histoires là dessus mais moi je ne vois rien de vraiment marquant parce que 'il y a rien de vraiment. Elle, elle est songeuse, y a deux femmes et un homme ! Un homme qui semble bien baraqué bon. Alors on veut nous montrer un homme qui est musculairement bien truc, je suppose qu'on veut nous faire croire que c'est un homme athlétique mais je vois pas trop l'intérêt, elle, elle le regarde un petit peu d'un air, est ce que c'est son homme ? Et elle, elle est songeuse autrement.... (merci)

Procédés: Le discours s'amorce, comme à la planche précédente, avec un commentaire personnel à valeur d'étayage (B1-2) (->CM-1). Au travers d'un accrochage au percept (CL-2), la triangulation est évoquée de manière descriptive et anonyme, ce qui entraîne néanmoins une expression défensive drastique au sein d'une mise en tableau (CN-3) dans une tentative de gel. L'exclamation (B2-1), témoin de la charge pulsionnelle, initie une désorganisation du discours dans sa causalité logique (E3-3) qui tente d'être colmatée au moyen d'une défense narcissique (CN-5) se soldant par une inhibition (CI-3), avec insistance sur la méconnaissance (CI-1). La tentative de centration sur une des figures féminines (A2-4) laisse place à l'évocation d'une triangulation (B1-1), abordée sur une modalité descriptive. La lutte à l'encontre de la mise en lien des personnages s'illustre par le poids des défenses narcissiques (CN-2, CN-5, CN-1), qui s'avèrent inefficaces, le discours laissant apparaître une dimension persécutrice au travers d'une discrète recherche de l'intentionnalité de l'image (E2-2). La tentative de clivage entre les différents personnages (CL-4) est peu concluante ; la figure masculine se faisant malgré la défense le support d'une érotisation des relations (B3-2), qui conduit à un remâchage (A3-1), le conflit ne trouvant pas d'issue autre que l'inhibition et l'a-conflictualité (CI-1/CI-2).

Problématique: L'évitement du conflit domine la planche. La triangulation, qui ne peut être véritablement abordée, entraîne de drastiques mouvements défensifs mais qui s'avèrent peu

convaincants, ce qui apparaît au travers d'un discours désorganisé. La problématique œdipienne s'avère non-structurante. Les figures féminines, mal différenciées, laisse apparaître le défaut de refoulement de la fantasmagie incestueuse.

Planche 3BM:

Je dirais à priori une personne qui souffre un peu, parce qu'elle a le corps un peu avachi tout ça, c'est pas quelqu'un qui est un peu, pas simplement qui dort mais qui me semble un petit peu un abandon d'elle même. Qui est plus qu'endormi, parce qu'y a un espèce d'avachissement (n'arrive pas à prononcer le mot) (rires) du corps qui me laisse penser qu'y a un espèce de voilà.

Procédés: L'anonymat du personnage (CI-2) semble autoriser l'expression d'un affect (B1-3) immédiatement minimisé. Par la suite, c'est le corps qui va avoir pour charge d'endosser l'affect dépressif (CN-3) tandis que la perte se colore d'une tonalité abandonnique, au décours d'une craquée verbale (E4-1). Le discours s'enlise dans un remâchage (A3-1) en vue de colmater une désorganisation patente. Sans dégagement, il se solde sur une inhibition (CI-1/CI2).

Problématique: La liaison affect-représentation fait défaut. La position dépressive n'est pas élaborée. La problématique de perte, qui ne s'effectue pas sur un mode objectal, laisse apparaître de grandes fragilités: l'affect à peine reconnu ne peut être maintenu; le corps en devenant le seul tenant-lieu.

Planche 4:

Ba c'est un jeune couple, il semblerait que, je suis très, derrière on voit une personne, un jeune couple et y en a un qui semblerait vouloir s'écarter, moi je dis ce que je vois, et une jeune femme qui apparemment ne le désirerait pas. Elle le regarde et lui on dirait qu'il veut s'écarter et elle, elle ne le désire pas. Donc apparemment, qu'est ce que j'observe, je suis observatrice? Y a derrière une personne. Est ce que c'est un tableau, moi j'ai pensé que c'était un tableau. Un couple qui va dans une chambre, vous savez un couple qui se retrouve, on dirait qu'on veut nous faire croire que c'est pas un tableau, que c'est vraiment, alors là faisant intervenir un troisième personnage ça peut compliquer les rapports, parce qu'on peut se demander qu'est ce que c'est que ce troisième personnage? Un homme, un homme qui semble vouloir partir et une femme qui veut le retenir.

Procédés: L'évocation d'une relation érotisée (B3-2) provoque une franche désorganisation du discours, réduit à des fragments interrompus (CN-1, A1-1, CI-2). L'échec du mouvement défensif se donne à voir dans la réapparition de la relation érotisée (B3-2), au décours d'une craquée verbale (E4-1). Le conflit interpersonnel (B1-1) dont la charge fantasmagie (B3-2) se donne à voir, ne parvient pas à être contenue, et ce malgré une vive lutte défensive (CN-1, CL-2), témoignant de la mise à mal des limites. S'ensuit une oscillation entre mouvements défensifs (CN-5, CN-3, CL-3) et réémergence du mouvement fantasmagie (B3-2); les différentes tentatives de gel pulsionnel se soldent sur un échec. Le conflit, qui surgit de manière itérative malgré la forte mobilisation défensive entraîne à nouveau l'émergence d'une tonalité persécutrice (E2-2) au sein d'un discours qui se désorganise (E4-1) et qui témoigne d'une pensée qui tourne à vide (CF-2, A3-1)

Problématique: La planche, qui résonne avec la précédente, donne à voir l'impossibilité de traitement de l'ambivalence en raison de la massivité des angoisses de séparation, qui à nouveau se colorent d'une tonalité abandonnique. A nouveau, les défenses s'avèrent inefficaces à contenir le débordement, la problématique ne trouvant aucun dégagement.

Planche 5:

Alors ici.... donc on voit une scène dans l'intérieur, un intérieur qui semble correct tout ça, y a un bouquet de fleur ce serait plutôt un intérieur chaud et plaisant. Et une femme qui est là et qui regarde et qui n'a pas une allure, n'est pas sereine, y a quelque chose, on dirait que c'est pas une personne sereine. Puis que c'est un intérieur qui semble chaud elle vient détendue, elle guette quelque chose. On sent que c'est une femme qui porte en elle quelque chose qui ne va pas. Pas forcément en santé, pas du tout mais quelque chose qui ne va pas. Elle est inquiète. Peut-être disons inquiète, ça pourrait être l'inquiétude (merci). (elle continu à parler sans les planches).

Procédés : Le récit témoigne d'emblée d'une mise à mal des limites (E4-1), et se poursuit sur leur centration (CN-4) dans une tentative peu convaincante de le rendre contenant et « bon » (CL-2, A1-1). La mention de la figure féminine (A2-4) qui initie une relation spéculaire (CN-5) se voit disqualifiée (CN-2 -). Une expression d'affect (B1-3) laisse apparaître l'insécurité et l'inquiétant patents, dont Roseline tente de se défendre au moyen d'un clivage (CL-4), qui malgré la répétition quant au contenant (CN-4), donne à son discours une dimension contradictoire voire incohérente. Le clivage ne parvient pas à se maintenir, et les limites cèdent (E2-2). Le danger, qui ne peut plus être maintenu à l'extérieur, frappe désormais « l'intérieur » du personnage (E1-4), dont elle tente de se dégager au moyen de dénégations (A2-3), mais qui échouent. La menace fait retour (A2-4, B1-3), et ne trouvant aucun dégageant (A3-1), tente d'être figée dans une mise en tableau.

Problématique : La planche est traitée sur une modalité archaïque. La fragilité des limites se donne à voir, malgré l'effort défensif (clivage, défenses narcissiques). L'imago maternelle apparaît sous un jour persécutif.

Planche 6 GF:

Alors là c'est un couple un peu plus âgé. Un monsieur qui fume la pipe etc et une femme qui n'a pas l'air d'être très, à vouloir, comme on est quand on est un couple, elle est plutôt un peu en retrait, elle se met un peu comme ça donc c'est quand même pas l'homme qu'elle a envie d'avoir autant l'autre semblait vouloir attirer cet homme là tandis qu'elle non. Et lui il est plus à vouloir se pencher vers elle alors apparemment c'est un couple qui n'est pas en bonne harmonie, je ne sais pas quels sont leur rapport et elle en tout cas est en retrait et lui semblerait vouloir aller vers elle. (le discours finit toujours par s'enkyster et je retire les planche à ce moment là).

Procédés : l'évocation d'une érotisation des relations (B3-2), sans reconnaissance de la différence des générations, désorganise le traitement du conflit (B1-1, B2-3) au travers d'une émergence en processus primaires (E4-1, E3-3). Les tentatives d'attachement aux détails et d'accrochage au percept (A1-1, CL-2) échouent, le conflit faisant (B2-3) retour dans une franche désorganisation (E2-1, E3-1). A son habitude, Roseline tente de figer le conflit au moyen d'une mise en tableau (CN-3), ce qui échoue, la problématique se redéployant sur une modalité compulsive (A3-1) sans trouver d'issue.

Problématique : Le défaut de refoulement de la problématique incestueuse entraîne une franche désorganisation, avec d'importantes émergences en processus primaires, dont Roseline ne parvient pas à se défendre.

Planche 7GF:

Alors ici c'est donc une petite fille sur un sofa, une petite scène qui ce veut de douceur : une femme avec une petite fille. Mais on remarque une dame d'âge mur qui a un livre et qui raconte quelque chose a, et cette petite fille est un peu dans le flou, y a quelque chose qui, est ce qu'elle est malade ? Et elle a quelqu'un qui semble attentif à elle en tout cas et elle certainement elle doit être malade,

on peut penser ça parce qu'elle a l'air tout à fait bien mais elle a comme une mélancolie. À quoi est due cette mélancolie sûrement à la maladie je pense pas à une tristesse parce que, elle aurait perdu quelqu'un elle pleurerait, un enfant pleurerait tandis que là elle a l'air plutôt mélancolique pour une raison, mélancolique.

Procédés : Le récit débute de manière descriptive, avec attachement aux détails (A1-1). La mise en relation (B1-1) s'effectue sous couvert d'une mise en tableau (CN-3). Le récit se poursuit dans une confusion identitaire (E3-1), la mise en relation (B1-1) à nouveau évoquée désorganise le discours (E4-1) et se voit brusquement interrompue, au profit de l'évocation d'un seul personnage (A2-4). Cela ne préservant pas d'une émergence massive en processus primaire (E1-4) qui tente d'être défendue par l'évocation d'une relation d'étayage (CM-1) qui s'avère inefficace, le mouvement faisant retour (E1-4). Le discours s'effondre par la suite (E2-2, E3-3) et s'enlise sur une modalité mélancolique (E2-3), la perte ne trouvant ni objet ni issue (A3-1).

Problématique : Roseline se désorganise massivement à cette planche. La réactivation du lien à la mère entraîne un effondrement, convoquant la perte dans une modalité mortifère.

Planche 9 GF:

Alors ici houla ! Deux jeunes femmes alors pour moi ça m'inspire pas grand chose ça ces femmes là elles sont dans un décor assez étrange y en a une qui a l'air assez énervée, excitée pour moi un peu j'aime pas ce genre de comportement comme si y avait quelque chose qui l'égarait, qui l'affolait et puis une autre personne qui a l'air un peu plus posée qui tient quelque chose. Celle -ci elle me semble un peu affolée comme si... perdant un peu son contrôle, cette autre personne m'a l'air plus posée. C'est tout ce que je vois.

Procédés : L'élément de dramatisation (B2-1) qui initie la planche entraîne un important mouvement d'évitement, au travers d'une inhibition (CI-1) redoublée d'une mise en tableau (CN-3). L'affect réapparaît néanmoins (B1-3). Son débordement (E2-3) tente d'être contenu dans une tentative de gel pulsionnel (CN-1). Une fois encore, la défense échoue et la pensée se désorganise (E3-3) dont Roseline tente de se prémunir au moyen d'un recours au clivage (CL-4). Le mouvement fait retour (A3-1), les tentatives de minimisation et d'inhibition (CI-3) échouent, le discours tournant à vide.

Problématique : Roseline perd la distance avec le matériel. La désorganisation va grandissante. La rivalité ne peut se tempérer, effracte les limites dans une confusion sujet/objet, que le clivage tente de rétablir de manière peu convaincante. L'affect, débordant et à ce titre menaçant, désorganise la pensée et empêche tout traitement du conflit.

Planche 10:

Là ici c'est un... on pourrait penser deux hommes peut être un peu, je sais pas, moi j'ai vu deux personnes qui se donnent de l'affection et ils se font une accolade d'affection pour moi je vois ça. Mais à la limite on pourrait penser presque je sais pas pourquoi que là c'est un visage d'homme et que ici aussi, ce sont pas des visages gracieux comme des fois on essaie de représenter une femme avec un sourire etc, là je ne vois pas ça. Non, ça a l'air d'être une main de femme, donc c'est un couple qui n'est plus jeune et qui se donne de la force en se tenant dans les bras..

Procédés : Le matériel paraît anxigène (CI-3). La relation interpersonnelle à peine évoquée (B1-1) ne peut se déployer, générant une instabilité identificatoire (CM-2). Frappée d'inhibition (CI-1), la relation est anonymisée (CI-2) et reprise sous le chef d'une relation d'étayage. Malgré une tentative

de mise à distance (A3-1), une fragilité de l'ordre du registre identitaire, qu'une défense narcissique échoue à endiguer (CN-2) se donne à voir (E3-2), dans un discours massivement désorganisé (E3-3, E4-2). L'appui sur le percept (CL-2) qui fait suite prend valeur de justification arbitraire (E1-2). Le récit prend fin sur une relation (B3-2) qu'elle tend à déssexualiser (CN-2 -) au profit d'une relation d'étayage (CM-1).

Problématique : la relation homosexuelle évoquée en première instance, du fait de la probable crudité du sexuel sous-jacente, entraîne une désorganisation massive, laissant apparaître des fragilités identitaires importantes, les représentations humaines devenant partielles. La pensée est incohérente ; la relation anaclitique est alors convoquée dans une tentative de colmatage.

Planche 11:

Alors ici, bouh je vois rien là ! Ho j'ai besoin d'être dans le concret ! (rires). Y a peut-être un sens ? Alors comme je n'y vois rien là dedans par ce que moi il me faut des choses bien concrètes. Là disons que je vois ça comme un intérieur de caverne. Voilà.

Procédés : Le commentaire personnel (B2-1) sur lequel s'initie la planche vient traduire la grande difficulté de Roseline à cette planche, qui ne peut être traitée (CI-1 +++). La détresse apparaît dans les demandes d'étayage au travers des appels aux cliniciens (CM-1). La fragilité des limites (CL-2/CL1), patente, empêche tout traitement (CI-1) et ce malgré une tentative de renforcement sensoriel (CN4).

Problématique : La planche est placée sous le coup d'une inhibition massive. La défaillance des objets internes entravent considérablement le traitement de la planche.

Planche 12BG:

Ha ! Alors ça j'aime ! Ça me dit, j'aime, j'adore la nature. Je vois un arbre, une barque, le bonheur quoi, le bonheur, la vie saine, la vie de la nature, on respire bien, c'est beau, c'est équilibré, c'est la nature, j'adore, j'adore la nature, moi je vais me ressourcer très souvent dans la nature parce que je l'aime, je la trouve magnifique, et parfois dure si on peut dire, mais quand elle est comme ça présentée dans un arbre et une barque, c'est pas la violence de nature, ça à l'air très bien, j'aimerais bien aller m'y reposer un petit peu.

Procédés : Le commentaire personnel (B2-1) qui initie la planche revêt un caractère hypomaniaque, faisant clairement écho à la planche précédente. Peu convaincant, la lutte défensive massive se poursuit au moyen de références subjectives (CN-1), alternant avec un appui sur le percept (CL-2) aboutissant à une mise en tableau (CN-3) particulièrement drastique. La lutte anti-dépressive se poursuit au moyen d'une idéalisation de l'objet (CN-2+) qui ne tient pas (CL-4, CN-2 -), et entraîne une désorganisation (E3-3) qui laisse apparaître la destructivité. Le récit prend fin à nouveau au moyen d'une référence subjective (CN-1) témoignant de la perte la plus complète de la distance avec la planche.

Problématique : La planche, en écho de la précédente, suscite la perte dans sa résonance mélancolique et qui engage Roseline dans une lutte anti-dépressive aussi massive que peu convaincante.

Planche 13B :

Houlà, y en a encore beaucoup. Un petit garçon dans la porte, dans une porte là. J'ai pas de problème vous savez, on pourrait dire il est là, il est tout seul, il est rejeté par sa famille, on pourrait faire marcher son imagination, mais c'est pas moi ça, si on veut créer de l'imaginaire moi j'aime

beaucoup lire les romans donc et tout ça on pourrait à parti de là créer de l'imaginaire et tout ça mais moi comme je ne créer pas, je dirais simplement que je vois un petit garçon, a t-il vraiment l'air soucieux ? On peut pas dire qu'il a l'air martyrisé ou rien du tout donc là pourquoi cette mine là parce qu'il avait envie comme un petit garçon, il a envie de se mettre là, je connais pas son histoire et si je passais je lui dirais « bonjour ça va ? » Tout simplement.

Procédés : L'impact de la planche précédente se retrouve dans le commentaire personnel (B2-1) qui inaugure la planche. Le récit débute au travers d'une mise à mal des limites (E4-1, CN-4), immédiatement suivi par un commentaire personnel qui témoigne de la perte de distance avec le matériel (CL-1, E3-3). La solitude du personnage est reconnue (A2-4) et engage une représentation massive (E2-3) qui évoque discrètement un mauvais objet (-> E2-2). Une tentative de repli narcissique (CN-1) se met en place en guise d'évitement du conflit mais sous une forme peu structurée (E2-1). Le retour à la planche se fait au moyen d'un appui sur le percept (CL-2) qui ne préserve pas des émergences en processus primaires (E2-3). La lutte anti-dépressive, peu efficace, désorganise massivement le discours (E3-3). La tentative de clivage (CL-4) ne tient pas ; les limites s'effondrent (CL-1), la distance par rapport au matériel disparaît complètement et le récit se clôt sur une pirouette (CM-3) peu convaincante (CF-1) mise au service de l'inhibition (CI-1).

Problématique : bien en deça de la position dépressive, la problématique de perte est inélaborable et s'avère complètement désorganisée.

Planche 13MF:

Bon là ici c'est déjà plus dramatique on voit une personne qui se met, ça c'est plus subjectif déjà (retour sur l'image d'avant), mais là on voit une femme qui est allongée le bras pendant, est ce qu'elle est morte même ? On peut imaginer puisqu'il y a pas de trace d'un assassinat et que cet homme là vient, c'est peut-être une personne qui est cher et là..... il est comme on dit accablé, il met sa main là il est accablé, y a certainement quelque chose est ce qu'elle est morte on ne sait pas en tout cas on ne voit pas de sévisse de sa part ni de scène de violence donc apparemment il semble pas que ce soit le cas, ça aurait pu l'être mais aucun indice ne me montre qu'il y a une scène de violence et apparemment elle semble le bras pendant on dirait qu'elle est, on peut imaginer, est ce qu'elle dort ? Non je pense que quand on dort on a pas cette attitude du bras pendant et sur le cote en chien de fusil et puis comme il a une attitude de souffrance il y a quelque chose qui se passe, on pourrait dire il vient de commettre quelque chose de répréhensible mais y a rien qui le montre.

Procédés : Le récit débute d'emblée par une émergence en processus primaire (E4-3). Le discours est discontinu (CI-2, E4-1) et hermétique (E2-1). Il reprend au moyen d'un appui sur le percept (CL-2) et s'avère débordant (E2-3). La tentative de mise à distance (A2-1), doublée d'une dénégation (A2-3) ne parvient pas à contenir la massivité du mouvement fantasmatique de meurtre (E2-3), qui désorganise le discours (E3-1, E4-2) et qui apparaît avec insistance (E2-3 ++) et qui s'enlise (A3-1). La destructivité échoue à être contenue dans le corps, la posture étant convoquée itérativement pour endosser l'affect (CN-3 ++, CL-2), sans qu'aucune issue ne puisse être trouvée tant la désorganisation est importante (E4-2, CL-3).

Problématique : La désintrinsication pulsionnelle empêche tout traitement de la planche qui reste enlisée autour de la thématique de mort.

Planche 19:

Alors là ce genre de truc ! Moi je vois une maison parce que bon, avec des trucs bizarres, il doit y avoir des auréoles boréales certainement qui doivent se frotter là ici avec de la neige là, des aurores boréales (parle tellement vite qu'elle bafouille comme sou une pulsion très forte) et d'une fenêtre là ici dedans il doit faire bien bon et y a des auréoles un peu de ces trucs là.

Procédés : Le récit commence par une entrée directe dans l'expression peu structurée (B2-1). La tentative d'accrochage au percept (CL-2, A1-1) ne tient pas et le discours se désorganise (E3-3), et les limites sont mises à mal (CL-1). L'insistance sur les limites (CN-4), adossée à une tentative de clivage (CL-4) s'avère inefficace (E4-1, E2-1)

Problématique : Roseline évoque un contenant mais dont les limites sont par la suite fortement mises à mal ; elle ne peut s'appuyer sur des objets internes de qualité suffisante

Planche 16 :

et y a rien (rires) (qu'est ce que vous pouvez imaginer à partir de là?) qu'est ce que je peux imaginer ? Et bien là apparemment on me dit que j'ai un cancer de l'ovaire et j'ai fait la promesse, j'ai un acheteur qui vient juste, je voulais passer une semaine dans un pays que j'adore l'Ariège en montagne et elle a glissée et c'est brisée la cheville et je viens d'arriver au lieu d'aller se promener, de profiter de l'oxygénation et de tout ça, je viens de l'hôpital alors on s'est promis qu'elle allé marcher, au mois de mai on ira voir les magnifiques gentianes qu'on connaît des endroits dans la montagne au mois de mai juin, qu'elle marchera et moi je serais guéri et qu'on pourra aller faire ça.

Procédés : La planche suscite une inhibition (CI-1), qui se lève au décours de l'étayage du clinicien. Sans distance par rapport au matériel, le récit débute sur une référence subjective (CN-1) et se désorganise (E4-3, E3-1, E3-3) sur une modalité confuse qui le rend hermétique. S'ensuit l'évocation d'une relation anaclitique (CM-1), à laquelle s'adjoint un détail narcissique (CN-2 +), au sein d'un discours complètement désorganisé qui se conclut sur une résolution magique (E3-3, E4-1, E4-2).

Problématique : L'absence de percept laisse entrevoir la défaillance des objets internes eu égard à la désorganisation massive dont Roseline fait preuve.

Gabrielle,

« Moi, mon utérus il a servi trois fois et il s'est bien comporté, j'ai pas eu de problème de grossesse [...]. Si ça doit éviter que le cancer se propage ailleurs, je suis très décidée à rapidement enlever quelque chose qui pourrait être source de problème [...]. Non, ça ne me chagrine pas du tout. »

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Gabrielle est une femme d'une soixantaine d'années qui a trois enfants d'un premier mariage. Elle est remariée depuis environ vingt ans avec un homme plus âgé qu'elle. Elle annonce qu'ils ont tous les deux une très bonne santé et que donc le cancer leur a « mis un petit coup de massue ». Elle s'étonne que les trois opérations qu'elle a subies dans sa vie ne l'ai pas mieux préparée à affronter l'hystérectomie, prévue pour le lendemain de notre rencontre. Elle se sent un peu angoissée bien que cela ne transparaisse pas du tout dans son attitude. Sa dernière opération en date est une « abdominoplastie » suite à ses grossesses, pour améliorer son « bas ventre ». L'expérience lui laisse un souvenir très dur mais il s'agit d'une opération esthétique qu'elle a choisie de subir pour améliorer son physique.

Gabrielle découvre son cancer suite à de petits saignements qui lui paraissent « anormaux ». Elle consulte sa gynécologue. Les prélèvements montrent un « début de cancer dans l'utérus », mais la prise en charge d'un cancer à son début la rassure car « il est pris à temps ».

Lorsqu'elle parle de son parcours thérapeutique, elle n'utilise pas de termes trop techniques et reconnaît volontiers qu'elle n'a pas le vocabulaire médical. Elle ne sait pas ce qu'il faudra enlever lors de l'opération qu'elle va avoir le lendemain : l'utérus ou plus ?

Gabrielle se dit éduquée sur le sujet de la sexualité car elle a fait partie d'une association sociale d'informations pour les femmes et anime des formations sur la sexualité. Elle a milité pour la cause des femmes dans différentes structures. Elle est actrice de la vie politique et investie dans le milieu associatif. Lorsque je la rencontre pour la première fois, elle n'a pas arrêté ses activités intenses qui la mettent sur le devant de la scène sociale.

Lors du second entretien, elle a fini les traitements depuis plusieurs mois et vient maintenant pour des rendez-vous de suivi. Entre nos deux rencontres, elle a donc eu une hystérectomie suivie de quatre séances de curiethérapie. Depuis le premier temps de l'étude, elle a « freiné » ses activités associatives et arrêté la politique. Elle a quand même accepté depuis peu un poste haut placé, toujours dans le milieu de la prise en charge sociale des femmes. Gabrielle nous apprend également

le décès de sa mère, survenu quelques temps après son opération ; ce décès l'a beaucoup marquée.

Étant donné qu'elle a fini ses traitements depuis longtemps, Gabrielle n'aura pas de troisième entretien.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Je rencontre Gabrielle dans sa chambre d'hospitalisation, la veille de son opération. Cette dame d'une soixantaine d'années me fait entrer dans sa chambre d'hospitalisation comme si elle m'accueillait chez elle. Elle est soignée, elle a un visage souriant, bienveillant et serein, ce qui n'est pas habituel chez les patientes que je rencontre dans les mêmes conditions.

Gabrielle est très cultivée. Elle s'investit justement dans la prise en charge sociale des femmes et se montre très intéressée par ma recherche. Elle souhaite apporter son savoir à l'étude et adopte une attitude pédagogique. Son discours est ouvert, homogène, elle puise dans de nombreux domaines : politique, artistique, familial, affectif, avec labilité, faisant preuve de capacités associatives.

Pour le second entretien, je rencontre Gabrielle en salle de consultation. Elle a fini les traitements depuis longtemps et elle ne reviendra plus que dans le cadre de ses rendez-vous de suivi. Elle a toujours la même prestance, mais me semble cette fois plus fatiguée. Elle parle plus lentement qu'au premier entretien, d'une voix lasse et nonchalante.

L'entretien est globalement plus pauvre que le premier, elle est plus factuelle, elle entre moins dans les détails et donne l'impression de ne pas avoir envie de participer.

L'analyse globale du matériel témoigne du fonctionnement névrotique de Gabrielle.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Gabrielle semble vivre avec sérénité l'annonce du cancer et le début de ses traitements. La banalisation ne fait pas abrasion de tout fantasme et il existe encore une circularité des affects et représentations. Malgré tout, à bas bruit, insidieusement, le cancer a envahi ses pensées. Celui-ci semble avoir subtilement pris une place très envahissante, à la fois dans le couple et dans le quotidien : tout autour d'elle, la patiente a l'impression qu'« on ne parle que de ça ». Elle remarque des décès dans son entourage et me signifie qu'« aujourd'hui c'est la journée du cancer ». Le cancer est partout

dans son environnement proche, il « dégénère », il « amplifie », il « rechute »... Ses préoccupations actuelles sont projetées sur l'environnement extérieur qui est contaminé par l'objet de ses craintes. Il surgit partout comme le trauma qui s'infiltré petit à petit pour devenir le déterminant itératif de la figurabilité.

À travers une apparence sereine, il y a ce « coup de massue » spéculaire qui est attribué au couple sans distinction. Si l'annonce fait son œuvre, c'est donc au travers du couple et de la relation objectale. On décèle l'angoisse de perdre l'amour de l'objet dans la dynamique de la relation conjugale et notamment dans un accrochage à la sexualité qui garde l'autre en vie et nourrit le lien : « Pour lui, c'est important qu'on ait quand même des moments pour faire l'amour. Comme il est âgé, pour lui, c'est une façon de se rassurer par rapport à la vieillesse qui est là. Parce que, si on ne faisait plus l'amour, je suis sûre qu'il prendrait un coup de vieux. » L'association avec une ancienne opération pour laquelle ils avaient dû également être abstinentes, surgit à ce moment-là. La peur de perdre l'objet d'amour se traduit dans cette actualisation d'une situation similaire qui conforte la possibilité de garder une sexualité et donc une relation d'amour malgré l'atteinte somatique.

L'angoisse liée à la mort est peu repérable. Cependant, elle transparaît en fin d'entretien à travers son roman de la maladie. Gabrielle évoque la possibilité de faire partie des victimes du nuage radioactif généré par la catastrophe de Tchernobyl. Le fantasme massif et angoissant fait surgir le lien entre le cancer et la mort. Il est sous-tendu par un souvenir d'enfance concernant son village et ses voisins touchés par le cancer et morts jeunes à cause du nuage radioactif. Ce fantasme est rapidement relayé par un retour au factuel du médical qui permet de mettre à distance les angoisses de mort. Nous remarquons que toutes les causes potentiellement à l'origine de sa maladie évoquées par Gabrielle, sont extérieures à elle, indépendantes de sa volonté et d'une quelconque maîtrise : Tchernobyl, l'alimentation, les traitements agricoles, la cigarette...

Au TAT, la première planche se lit à travers la situation actuelle, doublée de la rencontre avec le test et le clinicien. L'épreuve semble être vécue pour Gabrielle comme une sur-accumulation d'expériences à penser, entraînant une fatigue psychique par débordement des capacités intellectuelles. C'est ainsi que Gabrielle aborde la problématique de castration avec une lassitude d'allure dépressive compensée par un mécanisme de déplacement.

L'inquiétante étrangeté émerge à la planche 6GF alors que les sollicitations érotiques sont quasiment déniées. À ce moment-là, Gabrielle est prise par l'angoisse, une inquiétude qui la

concerne au-delà de l'interprétation mais qui ne peut s'élaborer. Dans un lien clinique avec ce que nous connaissons à présent de Gabrielle, nous ne pouvons nous empêcher de penser à son propre couple dont l'homme plus âgé d'environ 10 ans rappelle la sollicitation latente de la planche et donc un fantasme peut-être un peu trop proche d'une réalité qui fait vaciller les limites.

Je souhaite revenir sur la problématique de la planche 11 :

Ouah! Là, ça se complique. Paysage inquiétant, un mur qui mène à une démolition, un chaos. À l'arrière, un point lumineux qui peut faire penser à une explosion. Image inquiétante.

Procédés: L'entrée par une exclamation et un commentaire (B2-1) signe l'angoisse et la difficulté devant les représentations. L'image est connotée négativement (CN-2) par une description qui s'appuie sur des détails rares (E1-2) entraînant une légère désorganisation de la causalité logique (tendance E3-3). La perception sensorielle (CL-2) se résout dans une fausse perception (E1-3). L'éprouvé d'angoisse à propos du matériel (CN-1).

La « démolition » et « l'explosion » projetées, montrent la pulsionnalité à l'œuvre, qui détruit, qui morcelle. Cependant, l'inquiétante étrangeté qui l'accompagne et qui suggère l'intrus, nous semble procéder plutôt d'une angoisse de destruction interne par une pénétration / effraction qui ne peut être supportée, presque corporellement parlant, puisqu'elle entraîne l'explosion.

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Concernant la sexualité Gabrielle a un langage cru. Lorsque je lui parle de l'arrêt prescrit par la gynécologue, elle me dit que la sexualité ne se résume pas à la pénétration. La régression libidinale entraîne, non pas un désinvestissement de la sexualité en général, mais d'une sexualité interne représentée par la pénétration. La sexualité continue d'être mise en acte mais sur un registre plus externe, comme si le corps entier redevenait phallique. Ce changement régressif de sensorialité semble s'être opéré avec la ménopause mais Gabrielle trouve dans la maladie et les recommandations d'abstinence, le moyen de le mettre en œuvre.

Elle propose l'idée que le plaisir ne se résume pas à la pénétration et que les femmes ne l'ont pas forcément expérimenté. Une pénétration décrite de manière crue et fonctionnelle : « le pénis qui entre dans le vagin ». Avant l'opération, elle connaissait l'orgasme sans pénétration mais, depuis la maladie elle serait capable de s'en passer complètement. Le retour sur soi semble lui permettre d'assumer un mode de sexualité plus masculin tourné vers l'extérieur du corps. La pénétration est traitée dans le discours de la même manière que l'utérus, ni l'une ni l'autre ne lui manquent.

Lorsqu'elle décrit sa vie sexuelle, l'accent est porté sur les sens : « les senteurs », « je n'ai pas les mêmes sensations », « on connaît mieux son corps ». Elle explique que cette sensorialité s'est développée avec l'âge et lui permet un retour sur le corps entier et externe. Gabrielle explique que le changement de sexualité s'est effectué suite au « coup de massue » de l'annonce suivi par la consigne du gynécologue de ne plus avoir de relation. Pour autant, la sexualité n'est pas abandonnée et les « câlins sont faits autrement ». Elle me précise que cela ne représente pas « un souci ».

Elle pense que la sexualité rassure son mari face à sa vieillesse. Leurs moments pour faire l'amour sont importants, sinon elle pense qu'il vieillirait plus vite, ce qui sous-entend qu'elle fasse des efforts dans cette optique. Dans sa manière d'appréhender la sexualité pour l'autre, Gabrielle ne semble pas se revêtir du désir de l'autre, la sexualité prend plutôt un caractère défensif. La mise en acte de la sexualité entre dans une lutte contre le vieillissement, le temps, la mort. Aussi, l'angoisse de mort est projetée sur l'autre témoignant de sa crainte de perdre l'objet d'amour. Elle explique que leur lien est renforcé depuis la maladie. La situation lui remémore un souvenir d'abstinence forcée pour le couple suite à son abdominoplastie.

Gabrielle propose ses considérations sur l'orgasme et la jouissance sexuelle. Elle fait une différence entre « le plaisir physique de l'orgasme » et « le plaisir de faire l'amour ». Elle rattache le premier à la jeunesse et le second à la connaissance qui vient avec l'âge, inscrivant encore une fois la sexualité dans la temporalité du corps. Pour elle, les changements actuels liés à sa sexualité ne sont pas flagrants car ils lui rappellent les changements importants déjà advenus avec la vieillesse et la ménopause. À présent, l'orgasme n'est plus l'objet recherché, elle nous explique que le plaisir est différent avec la ménopause et se passe du rôle que l'utérus pouvait jouer auparavant dans l'orgasme. Elle décrit des orgasmes « fantastiques » dans sa jeunesse (30 ou 40 ans) et précise que maintenant, c'est parfois « meilleur » car c'est plus « psychologique » : « amour », « nouvelle sensibilité à des caresses »... « c'est même quelque fois meilleur que quand j'étais jeune ! Oh oui ! (rires) ». Ainsi, Gabrielle corrobore les propositions de J. Schaeffer sur une différence entre jouissance et orgasme, l'un tenant du corps, l'autre de la pulsionnalité. Nous notons que le changement s'accompagne d'un désinvestissement progressif de la pénétration, entériné par la maladie, d'une autre sensibilité (« connaît mieux son corps ») et un autre environnement qui la dégage du maternel : « les enfants qui pleurent ».

Durant tout l'entretien, Gabrielle traite son utérus comme une part d'elle-même : fonctionnelle ou non, utile ou non, mais également avec l'idée d'une personnalisation à travers sa fonction, c'est-à-dire qu'il se comporte plus ou moins bien en accomplissant son devoir d'utérus ou en ayant le

cancer. Elle termine l'entretien sur les bonnes actions de son utérus qui a donc servi trois fois puisqu'elle a trois enfants et a rempli, de ce fait, son « rôle à la perfection » ; elle va jusqu'à le personnaliser : « il s'est bien comporté », sous-entendu, maintenant il est obsolète. Il est donc une part de soi que l'on peut supprimer. L'utérus est perçu comme un objet détachable et transmutable qui permet un clivage salutaire entre bon et mauvais objet, sous-tendant également le passage d'un féminin maternel à un féminin érotique mais cette fois-ci, sans retour possible donc, convoquant les capacités de deuil. La comparaison qu'elle utilise avec son autre opération soutient le fantasme de pouvoir vivre sans certain « bouts » de corps ou certains organes : « un bout de veine, je vis très bien sans. » Comme si le corps était une machine dont on pouvait enlever des pièces, témoignant d'un fantasme de morcellement sans désorganisation. Elle considère que son corps a déjà été « transformé » lors de l'abdominoplastie. Cette idée semble la rendre plus malléable à des transformations corporelles, elle est capable de figurer sans angoisse apparente le découpage de son corps et son changement physiologique.

Concernant la figuration du corps, ses descriptions des opérations subies sont crues : « plein de peau qui pendouillait » ; « On m'a enlevé un morceau de ventre, on m'a déplacé le nombril.... », et données sans affect. Le clivage se lit entre la maladie qui impose une absence de savoir, une perte du vocabulaire, des images crues et désaffectées, et la sexualité qui laisse parler les sens d'une manière sensuelle et qui inscrit le corps dans l'érotisme et l'intellectualisation.

Au TAT, l'affect est absent du protocole, pris en charge par l'investissement narcissique du corps (CN3+++).

Examinons précisément la planche 3BM pour comprendre le fonctionnement de Gabrielle dans sa relation au test :

Planche 3BM:

Alors là, c'est l'effondrement, une personne qui a l'air accablée, la tête sur son bras, assise par terre. Une image de désespoir.

Procédés : L'ensemble de la description est perçu à travers l'importance du procédé CN3+++ . Suite à la mise en tableau, l'anonymat du personnage (CI-2) est accompagné de l'accent porté à la position corporelle qui permet de dire l'affect (CN-3) et renforcé par une précision spatiale (A1-2). Enfin, la mise en tableau resurgit.

Problématique : Il s'agit bien d'affects dépressifs évoqués à cette planche mais sans possibilité de liaison avec une représentation. Pourtant, ce n'est pas simplement un affect de tristesse qui est évoqué à travers l'attitude du corps mais également son association à une grande fatigue qui tire le corps vers le bas, abrasant ses capacités physiques et sa verticalité.

Notons dans les termes employés, la description d'un mouvement psychique du corps à la pensée : le premier est un mouvement corporel, « effondrement », le second synonyme de mélancolique, « accablé » et le troisième synonyme de deuil, « désespoir ». Reprenant les trois temps de l'impact de la mort, le corps est d'abord ébranlé puis, la mort trouve sa place dans la psyché pour enfin se représenter. Peu importent les identifications, seul prime chez Gabrielle le mouvement dépressif porté narcissiquement par le corps. Comme pour la première planche, on ressent une fatigue extrême projetée dans le protocole, une fatigue physique, une fatigue du corps qui empêche de penser autrement que dans son mouvement d'épuisement.

D'ailleurs, le mouvement est annihilé dans l'horizontalité qui fait le déplacement actif de la marche, le corps est épuisé, « assis », « effondré », « fatigué », il ne bouge plus que de façon verticale. Cette forme de passivité nous semble infiniment liée à la perte d'élan vital, qui dans le sens propre du terme signifie perte de la pulsion de vie, se manifestant par un ralentissement psychomoteur, donc, l'impossibilité de décharger la pulsion de mort par le mouvement qui s'articule avec une apathie sous-tendue par l'impossibilité de décharger la pulsion par l'agressivité. Cependant, il ne s'agit pas de l'ensemble du protocole, les représentations de relations mettant en scène une image maternelle peuvent réveiller un mouvement pulsionnel de décharge par l'action (B2-4) (planche 5 et 9 et plus archaïque la 11) : « courir », « ouvrir », « exploser ». Le couple représenté est alors celui de l'actif / passif de la relation des premiers soins : l'un (maternel) regarde, observe (avec une tonalité dominatrice ou perverse), l'autre est simplement sous-entendu. L'autre, lorsqu'il est incarné, est agité par le mouvement sans but, simplement la décharge pulsionnelle.

La planche 10 est traitée dans une relation spéculaire d'étayage. Néanmoins, elle permet d'observer comment les désirs érotisés sont portés par l'extériorité corporelle, comme poussés vers les limites de l'enveloppe corporelle.

Le mécanisme de renforcement des limites par la sensorialité (CL2), usuel du fonctionnement de Gabrielle, est efficace et lui permet de se relever de régressions pourtant proche de la désorganisation. Son discours sur la sexualité, toujours active à ce moment-là et très facilement réinvestie sur le corps entier, est corroboré par le TAT qui montre en effet d'importantes ressources sensorielles permettant de ne pas succomber à l'effraction. Le recours à un perceptif sensoriel (CL2) permet de constituer par la délimitation un socle « solide » pour accueillir les sollicitations. Les régressions sont prises en charge par le corps. La sensorialité est convoquée pour renforcer les limites mais également pour laisser exprimer des mouvements pulsionnels violents sans désorganisation. Les limites sont toujours ré-assurées par le percept et les sensations (procédés

limites et narcissiques), le corps est à la rescousse de l'intériorité. Ici, le vide peut être abordé par les possibilités sensorielles qui dégagent une liberté psychique.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Le discours sur la sexualité et la maladie ravive sa relation à sa mère. Celle-ci, âgée de 92 ans, est fortement sollicitée dans le travail de la maladie de Gabrielle. Elle est désignée face à l'angoisse de mort, à la causalité de la maladie ou tout simplement aux fantasmatiques qu'actualise le lieu du cancer. Les identifications féminines et maternelles sont fortement interrogées. Lorsqu'elle constate qu'elle n'a jamais fumé, elle pense à sa mère qui est, à chaque fois, hospitalisée en même temps qu'elle et qui a fumé « comme un pompier » mais qui n'a pas de cancer. Le sentiment d'injustice et l'agressivité sont palpables dans cette comparaison et la mise en relief de cette coïncidence. D'ailleurs, l'association immédiate amène Gabrielle à m'expliquer qu'elle souhaite préserver sa mère (92 ans) en gardant le secret de ses hospitalisations.

La lutte contre la défaillance interne se fait par le sur-investissement de l'activité. Elle projette vers l'extérieur l'image d'une santé physique dont elle semble chercher à me convaincre. Encore une fois, il s'installe une lutte contre la passivité qui s'inscrit dans l'hyperactivité et se traduit par la crainte de l'hospitalisation : ce qui la « dérange le plus » est de passer une semaine hospitalisée car « elle a plein de choses à faire ». Elle insiste sur le fait qu'elle n'a pas changé ses habitudes de vie, elle est très active, voyage pour répondre à ses obligations politiques. Le cancer ne l'a donc pas « perturbée dans ses activités quotidiennes », elle « se sent en pleine forme » et n'a « même plus de saignement ». Néanmoins, la position passive est accessible pour Gabrielle : elle se dit « entre de bonnes mains », celles du « corps médical ». Elle s'en remet donc complètement, jusqu'à ne plus maîtriser le vocabulaire, qu'elle devrait connaître étant donné ses fonctions dans le milieu d'information médico-social de la femme. Gabrielle est devenue naïve d'un savoir qu'elle transmet habituellement à l'autre. Elle s'est faite ignorante pour « se laisser faire soigner ». Une ignorance qui entre aussi en résonance avec l'angoisse d'amputation : devant la menace de la castration effective, Gabrielle a désinvesti son intérieur, le vide permettant peut-être de diminuer l'impact de ce qui peut être vécu comme une rétorsion.

Chez cette patiente, le désinvestissement interne qui concerne, entre autres, son utérus (« je pense que ça ne me gênera pas du tout ») est à mettre en lien avec l'explication de ses activités extérieures sur-investies et concernant de plus la femme, la parité et la sexualité. Elle se décrit elle-même comme féministe (de la même manière que chez Juliette). Elle n'est pas souvent chez elle, elle est souvent

sur la route. L'explication de son mode de vie la renforce narcissiquement et l'entraîne à en dire plus sur la sexualité sans pénétration dont elle pourrait apparemment très bien se passer complètement sans pour autant ne plus avoir de plaisir. Nous entendons à nouveau le balancier entre un féminin caractérisé par l'intériorité, en proie à la castration, et une féminité compensatoire caractérisée par l'extériorité.

Deux choses distinctes nous semblent s'affirmer dans le discours de Gabrielle. D'abord, le refus de la pénétration qui sous-tend une position tournée à la fois vers l'extérieur du corps (investissement sensuel du corps entier) et vers l'extérieur social, lui conférant une place sociale « phallique ». Cette position nous semble la marque active d'une défense contre le manque vers une autarcie narcissique. Deuxièmement, le déni du manque de l'organe utérin, relégué à un objet mort avec la ménopause nous semble attester du désinvestissement érotique d'un intérieur malade. Enfin, ce double constat relève du même procédé qui met Gabrielle à l'abri d'une passivité attenante d'un féminin interne qui se trouve à présent effracté, et donc fui. L'utérus est devenu mauvais objet, responsable du cancer, qui est « source de problèmes », et qu'il faut enlever le plus vite possible pour se sentir mieux.

Au TAT, la passivité est perceptible à travers l'inhibition pulsionnelle (CN3 et procédés restrictifs). Dès la première planche, nous trouvons une représentation d'action qui a eu lieu avant et qui contamine dans l'histoire les possibilités actuelles. Il s'agit d'une représentation d'un état de fatigue accompagné de la mise en suspens du mouvement (CN2, CN3).

À la planche 2, les personnages sont identifiés par leur fonction : l'intellectuelle, le laboureur, la mère de famille. Seule la figuration de la mère, portée par la perception de la grossesse, peut éveiller la fantasmagorie à travers un paysage défensif hautement rigide. Le fantasme place la mère enceinte dans une position (en hauteur) à la fois spatialement stratégique pour observer la situation et permettant symboliquement de dominer la famille. La projection de la planche 5 confirme une représentation féminine qui regarde, ajoutant à la dimension phallique de cette imago une dimension pénétrante, intrusive jusqu'à la perversion :

Planche 5:

Bon une scène d'intérieur, une dame qui pousse la porte et qui cherche à voir ce qui se passe derrière. On dirait une curiosité malsaine, elle n'a pas un visage réjoui.

Procédés : L'entrée instantanée dans la planche par une mise en tableau (CN3) et l'anonymat du personnage (CI-2) permettent le dégagement d'une fantasmagorie voyeuriste. L'érotisation de l'action (B2-4) et l'investissement de l'espace (CL-2) entraînent l'évocation d'un mauvais objet (E2-2), justifié d'un détail corporel de valence négative (CN-2) donné dans une dénégation (A2-3).

Problématique: Malgré la tentative de mise à distance par le figement pulsionnel, le fantasme se déploie dans une dimension perverse. La représentation féminine porte un aspect « malsain » dont la jouissance perverse est immédiatement déniée.

La planche 9GF s'inscrit, elle aussi, dans le registre de la 5 et la 2, concernant la représentation féminine dans une relation de domination qui surveille et regarde... peut-être un peu trop et d'un peu trop prêt, même si les défenses de Gabrielle sont efficaces pour barrer la plénitude d'un fantasme pervers :

Planche 9 GF:

(10) Alors deux jeunes femmes, l'une qui court et l'autre appuyée à un arbre semble avoir interrompu son activité pour voir se qui se passe en contrebas.

Procédés: Temps de restriction long (CI-1) avec une tentative de mise en tableau (tendance CN3). Puis les personnages sont différenciés par leur activité de mouvement (B2-4) et de posture (CN3). L'inhibition de la pulsion de mouvement est relayée par un appui sur le percept (CL-2)

Problématique: La rivalité féminine est traitée à travers le couple d'opposés actif / passif. L'une est animée par un mouvement pulsionnel qui utilise le corps pour s'exprimer. L'autre est désanimée activement (« semble avoir interrompu son activité »), la fin du mouvement signant alors le retour de la pulsion scopique. Les deux personnages féminins ne sont pas mis en relation et les défenses semblent contre-battre un fantasme voyeuriste, nous rappelant à la fois l'interprétation de la planche 5 et la représentation féminine de la planche 2.

La planche 7GF donne à voir un rapprocher mère / fille dans une relation homosexuelle qui brouille la différence des générations, sans l'annuler, mais laissant planer une bizarrerie, contre-investie par des défenses chères au fonctionnement de Gabrielle : évitement (CN, CL, CI, CF) et isolation.

La planche 13BM est également intéressante puisque Gabrielle y utilise une métaphore typique de la passivité féminine qui détermine l'ensemble du destin féminin : « l'attente ». Plutôt que d'employer le verbe, l'action est ici passivée, plus encore, rendue à un registre proverbial, par une intellectualisation qui fige le mouvement pulsionnel associé.

Planche 13B:

(4) hum ! Sur le plan esthétique c'est une très belle photo. Avec cet enfant assis sur le seuil de la porte et c'est le contraste entre l'enfant fragile et la force des planches solides derrière. Je lui donnerai un nom : « l'attente ». On se demande ce qu'il attend ce gamin.

Procédés: démarre par une exclamation et un commentaire sur le matériel (B2-1) qui suggère son idéalisation (CN2). La description s'appuie sur le percept (CL2) comme un élan pour aborder des représentations contrastées (B2-3) s'appuyant sur l'immaturation fonctionnelle de l'enfant (CN2) et une perception sensorielle à propos du manifeste (CN2/CL-2) qui renforce les limites. Enfin, le titre donné (A2-2) permet de mettre à distance le conflit et déposer une question mais qui reste rhétorique (CM1/CN-1), dans l'incapacité de conflictualiser (CL-1).

Problématique: Gabrielle a l'intuition du conflit mais celui-ci ne peut émerger. Sa manière de traduire la pensée du

clinicien avec cette dernière question qui pourrait lever la défense, coupe court aux ressources de celui-ci. La solitude est traduite par l'attente marquant l'importance de la passivité. Encore une fois, le recours aux qualités sensorielles du percept permet de constituer un socle « solide » pour accueillir les sollicitations.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Si le travail de deuil est un corollaire du travail de la maladie, Gabrielle nous en offre un exemple dans le cas de la pathologie cancéreuse gynécologique. La part de soi qu'il faut abandonner, c'est l'utérus, et forcément avec lui une identité maternelle. Néanmoins, pour Gabrielle, la ménopause a déjà permis d'élaborer ce deuil et le désinvestissement s'annonce plus simple, sinon déjà réalisé. Elle termine l'entretien sur une personnalisation de son utérus qui a donc servi trois fois et rempli de ce fait son rôle à la perfection : « il s'est bien comporté », sous-entendu, maintenant il est obsolète.

Au TAT, les scènes sont hautement figées par des procédés rigides. La mise en relation est difficile, les personnages sont isolés. Pour autant, le conflit ne se déroule pas non plus en intra-personnel.

Les planches couples nous apportent des précisions quant aux mouvements pulsionnels. L'ambivalence n'apparaît pas pleinement mais timidement à travers des attitudes contradictoires qui permettent de coter des représentations contrastées malgré tout (B2-3). La suspension de la pulsionnalité par l'emploi forcené du procédé CN3 fige de toute façon le conflit, l'histoire et ne nous permet de reconnaître l'affect que par sa traduction corporelle. Autrement dit, le protocole de Gabrielle reflète sa tétanie pulsionnelle dont la labilité, cotable même faiblement, nous interroge sur l'actualité d'un tel fonctionnement. Nous retrouvons un certain paradoxe dans le fonctionnement de Gabrielle qui semble montrer des modalités mises en place pour lutter contre la menace d'un effondrement dépressif.

Face à la régression c'est le corps qui est convoqué. D'abord pour s'assurer un espace suffisamment solide, dans le sens de sécure (CL2), puis pour renforcer l'enveloppe face aux potentielles effraction extérieures (CN4), enfin pour exprimer la pulsionnalité dans le mouvement, parfois de façon brutale « violente » (course, explosion, pousser), parfois de façon plus érotisée (B2-4). Plus le protocole avance, plus les défenses rigides cèdent la place à des procédés narcissiques et limites. La levée défensive s'accompagne d'émergences régulières en processus primaires.

Gabrielle présente des ressources psychiques intellectuelles et corporelles, notamment sa capacité à user de la passivité en faisant des allers-retours entre suspension et reprise des mouvements pulsionnels, et son renforcement constant mais serein des enveloppes corporelles et des espaces grâce à l'utilisation narcissique du monde externe et de ses limites. Ces ressources nous semblent de

bon augure pour lutter contre l'effraction imminente et se relever de la régression, ce qui sera intéressant de constater au T2 avec notamment le Rorschach.

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Gabrielle pense qu'il n'y a pas eu de changements depuis la fin des traitements, mis à part une préoccupation corporelle lorsqu'elle est malade. « Un peu quand même, parce que je suis plus inquiète quand j'ai des soucis de santé ne serait-ce qu'un rhume ou autre (rires), ou une douleur ou quelque chose. C'est vrai que... ». Il semble qu'elle ait développé une préoccupation hypocondriaque s'inscrivant sur la crainte de la récurrence, qui se manifeste par une hypervigilance à la sémiologie corporelle. Elle est plus attentive à son corps qui est devenu l'objet de ses attentions. D'ailleurs elle ne parle plus de sexualité et elle a beaucoup moins d'activités sur la scène sociale.

Associée à cette préoccupation hypocondriaque, une angoisse liée à la mort est clairement exprimée à travers les deux issues possibles de la maladie condensées sous le terme de rémission : la guérison et la récurrence. Malgré sa rémission, elle reste donc angoissée à l'idée d'une possible récurrence : « oui peut-être plus attentive en voyant plein de gens qui ont le cancer et qui repart pas forcément au même endroit, c'est vrai que... on craint toujours que ça reparte ou que ça reparte ailleurs quoi ».

Elle estime que ce qui lui a sauvé la vie c'est ce comportement de réaction rapide face à des « petits inconvénients » qui a permis de détecter le cancer à temps pour être traité efficacement. Les saignements ont été les symptômes révélateurs qu'elle a su écouter et faire analyser rapidement. Elle a généralisé à présent ce comportement anticipatoire sur tous les changements corporels qui lui arrivent : « Donc moi c'est vrai par rapport à des petits symptômes pas agréables.... je réagis tout de suite hein! ».

La même projection de sa problématique sur son environnement, que nous avons trouvé au T1, accompagne cet investissement anxieux du corps. Elle trouve que le cancer est très courant, mais, alors que d'autres utilisent cette banalisation de la maladie comme une défense contre l'angoisse (« tout le monde a le cancer, on en guérit très bien »), pour Gabrielle cette banalisation entre dans l'expression de son angoisse liée à la mort : « tout le monde a le cancer et meurt autour de moi ».

L'angoisse est repérable au Rorschach au travers de l'inhibition qui frappe la lisibilité. La productivité est assez faible (10 réponses) pour un protocole d'adulte, attestant l'impact fantasmatique des planches et possiblement la résonance avec la situation actuelle. Quelques

réponses font référence à l'intérieur du corps, sans toutefois qu'il s'agisse de réponses anatomie, sexe ou sang. Aussi, l'indice d'angoisse corporel égal à 0 n'est pas significatif, il semble donc impératif de s'intéresser à chaque réponse et d'aller plus en profondeur dans l'analyse. La centration sur la lacune blanche qualifiée de « grosse tâche » accompagne un choc au rouge qui bloque les capacités représentatives. L'enquête nous permet de voir que Gabrielle traite l'émergence de l'angoisse par un déplacement de l'axe de symétrie sur le plan horizontal de la planche, désignant un haut et un bas. La reprise de la perception qui apparaît dans un second temps autour du blanc montre une confusion entre forme et couleur : « des couleurs découpées, des couleurs rondes ». Ce télescopage des sens s'additionne à l'impossibilité de loger une représentation dans la lacune blanche, accompagné de représentations féminines (rondes, chaudes) et masculines (découpées, éclaboussées) dans une symétrie haut/bas.

Les planches IV, V, VI et VII sont perçues dans la continuité d'un sentiment d'inquiétude naissant, allant crescendo du clob jusqu'à sa reconnaissance textuelle : « c'est un peu étrange » (VI), permettant l'introduction d'une *représentation limite* à la planche VII : « une figure ouverte ». Nous mettons cette représentation en lien avec sa sidération introductive au blanc (II). Cette figure ouverte vient en réponse à la blessure narcissique et symbolise parfaitement le protocole de Gabrielle qui tente avec force psychique de faire figurer un corps troué qui ne contient pas efficacement ses angoisses. La tentative de renforcement des limites est également perceptible à d'autres planches dans la représentation de contenant et contenu (« des couleurs chaudes entourant des couleurs froides ») et l'accrochage à la symétrie.

Gabrielle a tendance à parcelliser les tâches aux planches sexuelles (IV et VI) et la sélection de la planche IV à l'épreuve des choix renvoie à l'ambivalence concernant une représentation effrayante mais non reconnue comme telle (crainte mais attirante). Les retentissements de l'événement traumatique sur le fonctionnement psychique de Gabrielle ne peuvent être niés, cependant, aucune fixation n'est repérée, les sollicitations latentes des planches sont prises en compte et la dimension érotique transparaît (ne prendre en considération que le bas ou que le haut, bisexualité psychique). Ces quelques éléments nous renvoient à une angoisse de castration et un fonctionnement de type névrotique.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Le corps n'est plus du tout érotique à ce temps (T2). La sexualité sensuelle qu'elle décrivait si bien au T1 a disparu. Dans un premier temps, elle nous parle d'un balancier (« ça nous a plutôt rapprochés et... et si pendant un certain temps c'était plus de tendresse que d'acte sexuel on a pu recommencer... enfin on m'a dit qu'il fallait attendre jusqu'à après la fin des rayons enfin... on a repris une vie de couple normale. J'ai pas eu de douleur, j'ai pas eu... pas de souci particulier »), mis en place dans le couple entre tendresse et sexualité, l'une venant compenser l'autre, au moment où nous parlons. Bien que la vie sexuelle ait repris son cours, nous avons des difficultés à comprendre dans quelle mesure il s'agit de la réalisation d'un désir ou d'un plaisir tant le corps est résumé à ses potentialités malades toujours en risque de défaillir.

Au Rorschach, la pulsionnalité apparaît avec une intensité repérable à la première planche rouge puisque nous notons un refus suite à un choc à la couleur. La seconde planche rouge réputée pour être moins surprenante, en raison de l'intégration possible de la couleur, donne lieu à la seule kinesthésie humaine (ici narcissique) du protocole, montrant les capacités de récupération de Gabrielle. À l'enquête, ladite kinesthésie renvoyant au toucher et au dur labeur, probablement source d'angoisse, se trouve sublimée : « font de la musique ». En outre, à la perception de femmes, se substitue la description minutieuse de certaines parties du corps dont on ne sait à qui elles appartiennent (les femmes ne sont plus désignées), dévoilant des préoccupations corporelles non révélées lors de la passation. La faiblesse des contenus humains (1), la seule kinesthésie dans un registre narcissique et la référence constante à la sensorialité (chaud / froid ; ...) nous informent d'un investissement narcissique qui n'est pas encore en mesure (situation de maladie) d'investir le monde objectal.

La seule réponse qui allie contenus botanique et élément (Jardin et eau) intervient à la dernière planche du protocole entraînant une réponse régressive dans le transfert (refuge dans l'imaginaire et rappel par la clinicienne). Pour autant, la productivité à d'autres planches montre que la régression n'est ni privilégiée, ni aisée.

Si Gabrielle relève souvent la présence de la couleur, celle-ci peine à l'intégrer à une réponse. La vision des planches rouges ou pastel la parasite et l'amène à se défendre de différentes manières. Ainsi, les réactions sensorielles passent du choc à la couleur, vécue comme effractante, à des refus aux planches II et IX, et enfin, s'expriment par l'intermédiaire de réponses projectives renvoyant à une intériorité ambiguë à la planche VII (« figure ouverte »). La sensorialité court dans tout le protocole.

C'est la sensation qui domine le protocole, neutralisant la pulsion érotique du corps et plaçant le protocole sous le primat défensif du narcissisme.

La représentation de soi n'est pas affectée mais les remarques symétriques sont redondantes, renvoyant à un besoin de réassurance des limites corporelle, ce dont témoigne également le recours à un estompage de bonne qualité formelle.

Cet accrochage à la symétrie est tel qu'il clive parfois la projection. Gabrielle fait souvent état de deux parties dans la tâche (II)n portant chacune des représentations à valeurs symboliques féminine et masculine, la bisexualité venant solutionner le clivage du corps. En effet, happée par le trou, le blanc au milieu réactualisant une problématique de manque (de blessure narcissique), elle utilise le clivage au service d'une bisexualité qui solutionne une problématique de castration très intense (actuelle?).

Le Rorschach montre clairement le clivage corporel à l'œuvre, toutes les planches sont abordées dans leur dimension symétrique, si cela permet à Gabrielle d'exprimer sa bisexualité, le recours massif à la couleur pour refouler les représentations me semble relever d'un érotisme diffus dans un corps morcelé (parties soudées entre elles). Un érotisme qui ne peut s'attacher à la représentation ou à une intégrité.

La sidération à la planche II témoigne probablement de l'effraction corporelle vécue qui bouscule l'identité féminine, la bisexualité venant à grand renfort préserver l'intégrité corporelle malgré son caractère reconnu d'étrange.

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

La technique de la cœlioscopie est encensée, surtout par rapport à la cicatrice, minime. En effet, la taille et l'importance de la cicatrice sont mises en lien avec la récupération psychique de manière exponentielle : « Oui c'est génial! (silence) Oui parce que y a des femmes que je connais à qui on a enlevé l'utérus, qui ont une grande balafre tout le long. Et là, il aurait peut-être fallu plus de temps pour s'en remettre. » La taille de l'effraction du corps, support de la féminité, serait corrélative au temps de récupération psychique. Nous l'expliquons en posant l'hypothèse d'une féminité socle d'un féminin qui fait défaut, un étayage par le corps esthétique nécessaire pour se reconstruire. La féminité peut relayer le féminin mais si l'atteinte corporelle effracte trop l'image du corps, le narcissisme n'aura pas l'aide du percept

pour se réifier.

À la planche III du Rorschach, l'identification est essentiellement féminine et concerne deux femmes « besogneuses (...) en train de pétrir », mais, à l'enquête, des détails à connotation phallique (grand nez, grand cou) sont mêlés à l'identification féminine, nous indiquant la possibilité d'accéder à la bisexualité psychique. La planche IV est d'abord perçue dans un anonymat sexuel relayé par le contenu animal. La description factuelle tient la représentation à distance, bien que le terme « démesuré » laisse présager de l'inquiétude qui pourra émerger dans le temps de l'enquête (Clob). Le clivage et la minimisation sont également le moyen de mettre la représentation effrayante à distance (« et dans le lointain une petite tête »), représentant également une figuration de la castration. La planche VI utilise également le moyen du clivage entre haut et bas de la planche (elle cache avec sa main la partie qui n'est pas concernée), pour faire apparaître une représentation aux attributs masculins relativement effrayante et une image sexuelle féminine de l'ordre de la passivité (peau de mouton), permettant d'éviter le choix identificatoire.

Nous sommes tentés de lire ce protocole de Rorschach dans la continuité dynamique de la perception des planches ; d'une sidération devant le manque (choc au blanc), qui témoigne probablement de l'effraction du corps, qui efface des représentations féminines angoissantes liées au rouge au profit de la bisexualité, à la projection d'un corps ouvert sur l'extérieur et d'un féminin tentant de contenir l'effraction.

La planche VII, à résonance maternelle, semble relever la défaillance de la fonction contenante du corps maternel. Le morcellement qui en découle s'inscrit dans une parcellisation des différentes parties de la tâche. Autrement dit, malgré l'isolation à l'œuvre, il persiste un lien qui tente d'unifier le tout. D'ailleurs, la planche IX reprend la tentative de circonscription par la sensation qui tente de maîtriser le masculin par la fonction contenante du féminin, ce qui nous rappelle ce qu'elle nous dit de l'utérus qui contient le cancer, le circonscrit, permettant, selon elle, un meilleur pronostic de la maladie.

Le refus à la planche IX atteste des défenses actives devant la régression, notamment celles renvoyant au féminin interne et utérin. Néanmoins, le recours aux limites est intéressant, celles-ci servent à contenir un objet froid, peut-être mort, par un objet chaud entourant, référencé sans doute aux soins englobants maternels. La réponse rouge est éradiquée du protocole. Si la sensorialité infiltre le protocole (couleur, sensation), elle tente de neutraliser la pulsion érotique qui ne peut

émerger.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Gabrielle a donc développé une crainte par rapport à une potentielle récurrence. L'hypervigilance cénesthésique qui en découle se veut combattre par l'anticipation « la crainte de la rechute ». Elle est alerte au moindre signe corporel, « c'est la seule chose qui me préoccupe ». D'ailleurs, plus rien d'autre ne la préoccupe car le factuel a abrasé la pulsionnalité, offrant le répit d'un écran opératoire.

Lorsque je lui demande d'envisager l'avenir, la suite des événements, elle ne peut répondre qu'à travers sa crainte d'une rechute, qui atteste d'une temporalité encore en suspens et d'une sidération du fonctionnement. Le temps de la guérison physique n'est pas celui de la guérison psychique pour Gabrielle qui remâche le risque et semble avoir perdu en qualité de fonctionnement et en richesse associative.

« Heu.... contrôler quand y a des choses qui vont pas. Faire ce que j'ai fait la dernière fois. Pas attendre parce que je me rends compte que le fait d'avoir tout de suite réagi à ces petits saignements.... Moi j'ai des amies qui... (silence), je dis, bah écoutes, vas-y tout de suite hein! Même si y avait vraiment quelque chose plutôt ça sera fait mieux ça sera. Donc moi c'est vrai par rapport à des petits symptômes pas agréables.... je réagis tout de suite hein! »

Gabrielle relate le deuil de sa mère qui a eu lieu juste après l'opération, 15 jours après son retour (92 ans). Elle semble très touchée par ce deuil et nous le savons, considérant l'investissement dont elle nous avait fait part lors du premier entretien. Pourtant, la dimension affective n'émerge pas et c'est le nombre de kilomètres effectués pour s'occuper d'elle avant sa mort qui vient signifier tout l'amour qu'elle avait pour elle. Elle parle elle-même « d'accumulation », renvoyant au cancer et au deuil de sa mère. Gabrielle évoque à ma demande les problèmes de santé dans sa famille et les énumère du côté des femmes. « Des problèmes circulatoires, beaucoup dans la famille mais pas de cancer. » Le roman de la maladie est en suspens, rien ne se passe plus du côté du travail de la maladie. Gabrielle semble en manque de représentations pour penser ce qui lui est arrivé, se traduisant par un retour sur le corps dans un registre hypocondriaque, a contrario de ses projections sur l'extérieur au T1. Le travail élaboratif est pour le moment bloqué alors qu'il semblait en marche avant le début des traitements.

Au Rorschach, malgré les efforts de Gabrielle pour trouver une réponse qui se détache de la perception, ses tentatives échouent au regard de l'attrait massif pour la couleur. Ainsi, on peut relever des réactions de sidération qui s'expriment par un choc au rouge à la planche II, ou encore la fascination pour la couleur pastel qui paralyse ses capacités associatives (refus aux planches II et IX).

Nous pouvons dire que les mouvements d'intrication pulsionnelle sont parfois repérables chez Gabrielle lors de l'enquête, lui permettant une récupération ou révélant l'action du refoulement, notamment lorsque les premières réponses mobilisent l'actuel.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

Lors du premier entretien, les investissements libidinaux de Gabrielle sont tournés vers l'extérieur. La distribution concerne son mari et ses activités sociales.

Dans le couple, son rôle est d'être une femme forte, elle le protège face à la maladie, lui dit de ne pas venir la voir tout de suite, elle va même jusqu'à parler de son mari comme d'un enfant: « il est assez autonome ».

Si elle relate ses investissements intellectuels et son objet d'amour, le corps est également investi dans son entier, dans une dimension phallique.

Au T2, les investissements sont déplacés. La libido d'objet couvre le désinvestissement érotique de son moi : « La maladie ça a été un accident de parcours qui a pas fait vraiment de changement par rapport à mes engagements ou à ce que j'ai envie de faire dans la vie... ». Nous notons tout de même une inhibition pulsionnelle qui diminue l'intensité des investissements. Gabrielle n'est pas en mesure d'associer sa baisse d'activité à la maladie.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Aucune réponse centrée sur l'intérieur du corps.

Nous ne relevons qu'une seule réponse sexuelle directe (« sein ») à l'enquête de la planche III.

Concernant les représentations symboliques du corps, nous relevons des représentations symboliques du corps féminin, notamment dans sa fonction contenante. Elles sont très régulièrement, non pas complétées, mais accolées par clivage à des représentations phalliques et masculines montrant une bisexualité presque envahissante, en tout cas sur le devant de la scène, préoccupante dans un registre corporel. Les références phalliques de la planche IV et VI ne sont pas défailtantes, elle relèvent de la crainte et de l'étrangeté.

En analysant de plus près les planches dites féminines I, III, VII, IX, nous remarquons la pauvreté des représentations de relation et la relation spéculaire des deux seuls personnages féminins. La pulsionnalité est comme suspendue, figée, s'accompagnant d'une érotisation quasiment absente du

corps, remplacée par la sensorialité (la sensation : les couleurs). Néanmoins, les identifications féminines semblent s'inscrire positivement dans un registre narcissique. Le féminin est présent dans ses capacités contenant, la rencontre féminine permet la création (« la musique ») après le travail (« pétrir ») et les images féminines de passivité à la planche X sont comme en suspens, entraînant d'ailleurs une rêverie (maternelle) chez Gabrielle. Nous sommes bien dans le référentiel du féminin maternel : contenant et créateur.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Nous ne retrouvons aucune érotisation du couple aux planches 4 et 6, l'inhibition pulsionnelle ne permet aucune ambivalence.

La rivalité féminine est traitée par un fantasme voyeuriste qui se révèle notamment pervers à la planche 5 et qui s'articule autour du mouvement et du regard, renvoyant à des procédés narcissiques et limites. Les relations féminines ne sont donc pas du tout spéculaires, au contraire, nous retrouvons une image maternelle / féminine négative, car mise dans une position (y compris spatiale (CL-2) planche 2, 5 et 9) de domination, qui surveille et impose son omniprésence.

La planche 11 ne rend pas compte de la figuration d'une image maternelle, la désorganisation liée à la régression concerne le corps et les sensations, indiquant une pulsionnalité difficile à contenir et sollicitant donc sans cesse les limites externes du corps, au risque de « l'exposition ». La planche 19 ne présente pas la représentation commune attendue.

Gabrielle

Temps de passation 29min.

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont	Phén. Part
I. ^ TL=0	1- Un papillon ! Faut que je dise d'autres choses ? Moi : consigne	Les ailes découpées (Dd) et quatre taches (Dd29+Dd30)	G	F+	A	Ban
	2- je vois comme deux antennes.	Les antennes (D1)	D	F+	Ad	
II. ^ TL=6	Là aussi de la symétrie mais cette fois-ci de la couleur, pour moi c'est assez abstrait surtout avec la grosse tache blanche au milieu, pour moi ça représente pas grand- chose.	Ce qui m'a surpris c'est cette grosse tache blanche au milieu (Dbl 5) et puis les couleurs, plus rondes en haut et plus découpées (D2x2) en bas comme éclaboussées (D3).	Dbl	C'	Frag.	scotome choc au rouge et au blanc Remarque symétrie
III. ^ TL=0	1- Heu... je verrais bien deux femmes africaines besogneuses, en train de pétrir ou je sais pas (rires).	La poitrine (Dd27x2), un genre de nez, un grand cou, le postérieur. Elles pétrissent ou font de la musique (D7).	G	K+	H	Ban Défense maniaque aspect progressif du mouvement
IV. ^ TL=4	1- Un animal assez trapu avec ses pattes en avant assez démessurées et dans le lointain une petite tête.	C'est une vue en contre plongée : Le nez et la tête la haut (D3), les bras (D4), les grandes pattes (D6). Un monstre.	Gélab	FE+ perspec tive	A	t.Clob axe de symétrie horizontal
V. ^ TL=0	1- Une chauve-souris ! (rires) je vois beaucoup d'animaux dans toutes ces taches.		G	F+	A	Ban Défense maniaque
	2- Avec des ailes déployées même si avec ses cornes je vois pas ce que ça pourrait être.	Je vois pas ce que ça peut être (D8). La taille des ailes est importante (D4x2).	Gconta miné	F+/-	A	Refoulemen t à l'enquête

	3-Un peu le vol de la chauve-souris.		G	kan posture		Mise en tableau
VI [^] TL=11	1- je vois toujours un animal. je lui vois des pattes, des grands poils en haut et des grandes plumes autour du cou	En haut un genre de félin avec les moustaches (D3)	D	FE+	A	
	2- et comme un tapis fait avec une peau de mouton, c'est un peu étrange (rires), qui a quatre pattes.	(cache la partie haute avec sa main (D3)) un tapis fait avec une peau de mouton (D1) avec quatre pattes (D9+Dd25).	D	FE-	Obj.	Défense maniaque Clivage
VII [^] TL=0	1- Ça c'est une figure plus ouverte avec de chaque côté trois éléments (silence) au total six éléments soudés entre eux.	Trois taches légèrement en relief (D1+D3+D10) et la symétrie.	D/G	F- t.E	Frag.	Remarque symétrie t. Refus
VIII. [^] TL=0	1- Bien là c'est à nouveau de la couleur. Je vois : c'est gris et plus on va vers le bas et plus c'est coloré avec des mélanges de rouge et rose,	Deux animaux à quatre pattes (D1x2) qui essaient de grimper sur cet ensemble (D/bl).	D/G	NC	abst	Ban Remarque couleur et symétrie (Persévération)
	2-de chaque côté un genre d'animal à quatre pattes en symétrie.		D	F+ t.kan	A	
IX. [^] TL=0	1-Toujours des couleurs froides entourées de couleurs chaudes.	Je me souviens plus ce que j'ai dit... c'est les couleurs, je vois pas grand-chose.	G	NC t.kpo	abst	Remarque couleur Refus Persévération
X [^] TL=0	1- Bien toujours de la couleur. Ça peut faire penser à un grand jardin avec deux bassins symétriques et(reste dans ses pensées) Moi : oui ? De la végétation... c'est à cause des deux taches bleues qui font penser à l'eau.	Un genre de jardin. Il y a des mouvements dans l'eau (D1) et des couleurs de fleurs, de plantes, de verdure, et du bois avec le brun (D7).	D	C t.kob	Bot./ élem	

Choix positifs :

IV= assez jolie avec des découpages.

III= un peu festive, elles pilent, ou jouent du tamtam.

Choix négatifs :

VIII = trop de couleur, trop de forme, un peu confus

II = pas de cohérence dans l'ensemble entre dynamique et mouvement, on sait pas où on va à cause des mélanges de gris et de rouge.

Planche 1:

(6) faut que je dise ce que je peux la dessus : « difficile d'apprendre à jouer du violon ». Surtout après une journée de classe. Le gamin a l'air fatigué et perplexe devant sa partition.

Procédés : Temps long et question signe la restriction (CI-1) puis l'introduction se fait par un titre donné sous forme d'intellectualisation (A2-2). L'anonymat du personnage (CI-2) et la précision temporelle (A1-2/CF1) permettent de maintenir le conflit amorcé à distance. La recherche d'une attitude « à l'air » (tendance CN3) permet d'exprimer les affects liées à la difficulté de la tâche (CN1/B1-3). Le personnage est situé spatialement (A1-2) devant un détail rare (E1-2) qui permet le déplacement sur un objet moins idéalisé (CN2).

Problématique : L'immaturité fonctionnelle réactualise les difficultés face à un objet idéalisé dont la tentative de maîtrise intellectualisée entraîne la représentation d'une sidération des capacités intellectuelles (après la classe, apprendre) convoquant une lassitude d'allure dépressive.

Planche 2:

(8) Alors c'est des activités diverses en milieu rural. On a l'impression de voir 3 facettes différentes : une intellectuelle avec son bouquin, un laboureur avec son cheval et une mère de famille avec son ventre un peu rond qui domine la situation. Le paysage fait penser à des rangs de vignes..... au loin des collines.

Procédés : Le temps d'inhibition (CI-1) introduit une description banalisée (CI-2) accompagnée d'une précision spatiale (A1-2) qui maintient à distance la fantasmagorie. L'image est segmentée en trois par l'isolation des représentations et des personnages (A3-4). Les personnages sont anonymes (CI-2) et remarquablement désignés par leur fonction (CM2), renforcée et justifiée par un détail manifeste (A1-1). Un des personnages féminin est désigné par un détail narcissique corporel (CN-2) qui lui confère une place différente de celle des autres (CN-3). L'émergence fantasmagorie au sujet de ce dernier personnage (CL-1) est rabattue par une description du paysage (A1-1) et un arrêt dans le discours (CI-1) pour enfin repérer dans une tonalité nostalgique un élément rare du percept (CL-2).

Problématique : La problématique œdipienne n'est pas reconnue et est évitée grâce à l'isolation qui empêche tout relationnel. Seul la perception de la grosseur du personnage féminin fait vaciller la rigidité défensive. La reconnaissance d'une identité maternelle (seule personnage de la planche à porter un rôle familial) fait émerger un registre défensif narcissique et entraîne un vacillement entre la position spatiale du personnage et un fantasme de domination de la scène hautement figée.

Planche 3BM:

Alors là c'est l'effondrement, une personne qui a l'air accablé, la tête sur son bras, assise par terre. Une image de désespoir.

Procédés : L'ensemble de la description est perçu à travers l'importance du procédé CN3+++. Suite à la mise en tableau, l'anonymat du personnage (CI-2) est accompagné de l'accent porté à la position corporelle qui permet de dire l'affect (CN-3) et renforcé par une précision spatiale (A1-2). Enfin, la mise en tableau resurgit.

Problématique : Il s'agit bien d'affects dépressifs évoqués à cette planche mais sans possibilité de

liaison avec une représentation. Pourtant ce n'est pas simplement un affect de tristesse qui est évoqué à travers l'attitude du corps mais également son association à une grande fatigue qui tire le corps vers le bas, abrasant ses capacités physiques et sa verticalité.

Planche 4:

(5) L'image d'un couple. (4) Une femme qui a envie d'attirer l'attention d'un homme qui a le regard ailleurs. C'est une image un peu rétro.

Procédés : Gabrielle répond aux sollicitations par une restriction (CI-1) devant l'image (CN-3 : mise en tableau) du couple. La description, très proche du contenu manifeste (CF-1), ne permet pas de mettre en place une relation érotisée entre les personnages anonymés (B1-1/CI-2). Chacun porte la représentation d'une attitude (tendance CN-3) différente et opposée : attirer l'attention, regarder ailleurs (B2-3). Le commentaire personnel (B2-1) à propos du matériel (image CN-3) signe l'impossibilité de construire un récit.

Problématique : L'ambivalence n'est pas conflictualisée dans le couple, les pôles agressivité et tendresse ne sont pas mis en avant, seul la représentation par l'attitude demeure, dénudée de l'affect. La pulsionnalité est suspendue par la mise en tableau. La problématique de séparation ou de perte n'apparaît donc pas sauf peut être dans la nostalgie exprimée à propos du matériel désigné comme « rétro ».

Planche 5:

Bon une scène d'intérieur, une dame qui pousse la porte et qui cherche à voir ce qui se passe derrière. On dirait une curiosité malsaine, elle n'a pas un visage réjouit.

Procédés : L'entrée instantanée dans la planche par une mise en tableau (CN3) et l'anonymat du personnage (CI-2) permettent le dégagement d'une fantasmagogie voyeuriste. L'érotisation de l'action (B2-4) et l'investissement de l'espace (CL-2) entraîne l'évocation d'un mauvais objet (E2-2) justifié d'un détail corporel de valence négative (CN-2) donné dans une dénégation (A2-3).

Problématique : Malgré la tentative de mise à distance par le figement pulsionnel, le fantasme se déploie dans une dimension perverse. La représentation féminine porte un aspect « malsain » dont la jouissance perverse est immédiatement déniée.

Planche 6 GF:

Encore une image de couple. (4) La femme devant à l'air attentive aux paroles du Monsieur à la pipe. Il se dégage quand même une inquiétude, une certaine inquiétude.

Procédés : Le récit démarre par une mise en tableau (CN3), la construction du début de récit s'apparente à un remâchage de la planche 4 (A3-1) sous forme de commentaire (B2-1). La perception du couple entraîne une restriction (CI-1) puis les personnages sont anonymés (CI-2). Ils trouvent leur identité à travers la perception externe « devant » (A1-2) pour la femme et « à la pipe » pour l'homme (A1-1). Le récit est factuel (CF-1). Pourtant, l'évocation de la relation (B1-1 mise en lien) entraîne un éprouvé subjectif personnel (CN-1) angoissant qui est remâché (A3-1) signant un vacillement des limites (CL-1).

Problématique : La fantasmagogie de séduction sous-jacente semble déstabiliser la patiente, qui fait

abstraction de l'interprétation pour se retourner vers elle-même et ses ressentis qui sont d'ailleurs angoissant devant cette séduction peut-être teintée d'incestuel dégageant pour elle quelque chose d'inquiétant.

Planche 7GF:

(6) Une maman en train de raconter une histoire à sa grande fille, qui paraît bien grande pour tenir une poupée dans ses bras. Une scène assez paisible.

Procédés : Temps de restriction long (CI-1) puis récit factuel (CF-1). Le qualificatif narcissique à propos de la fille (CN-2) entraîne un commentaire personnel (CN-1) autour d'un détail bizarre (E1-2) « grande » au risque de faire vaciller les limites (CL-1). Ce qui est aussitôt contre-investi par une représentation (A3-4) qui vient minimiser et banaliser (CI-2) l'étrangeté de la représentation.

Problématique : Le conflit est écrasé et la relation mère-fille donne à voir une bizarrerie concernant la différence des générations, probablement sous-tendue par une dimension incestueuse.

Planche 9 GF:

(10) Alors deux jeunes femmes, l'une qui court et l'autre appuyée à un arbre semble avoir interrompu son activité pour voir se qui se passe en contre bas.

Procédés : Temps de restriction long (CI-1) avec une tentative de mise en tableau (tendance CN3). Puis les personnages sont différenciés par leur activité de mouvement (B2-4) et de posture (CN3). L'inhibition de la pulsion de mouvement est relayée par un appui sur le percept (CL-2)

Problématique : La rivalité féminine est traitée à travers le couple d'opposé actif/passif. L'une est animée par un mouvement pulsionnel qui utilise le corps pour s'exprimer. L'autre est désaminée activement (« semble avoir interrompu son activité »), la fin du mouvement signant alors le retour de la pulsion scopique. Les deux personnages féminins ne sont pas mis en relation et les défenses semblent contre battre un fantasme voyeuriste nous rappelant à la fois l'interprétation de la planche 5 et la représentation féminine de la planche 2.

Planche 10:

Une image de couple, de tendresse avec des visages sereins. Des yeux mis-clos. Une confiance réciproque. Ils sont dans la même expression.

Procédés : Mise en tableau (CN-3). La relation de couple est pour une fois érotisée autour de la tendresse (B3-2). L'accent est porté sur des détails narcissiques (CN-2) positifs qui entraînent une fonction d'étayage (CM-1) de l'un sur l'autre dans une relation spéculaire (CN-5).

Problématique : Les défenses narcissiques empêchent tout conflit et plonge les personnages dans une relation spéculaire. Le désir dans le couple est associé à la tendresse et exprimé par le corps.

Planche 11:

wa ! Là ça se complique. Paysage inquiétant, un mur qui mène à une démolition, un chaos. A l'arrière un point lumineux qui peut faire penser à une explosion. Image inquiétante.

Procédés : L'entrée par une exclamation et un commentaire (B2-1) signe l'angoisse et la difficulté devant les représentations. L'image est connotée négativement (CN-2) par une description qui

s'appuie sur des détails rares (E1-2) entraînant une légère désorganisation de la causalité logique (tendance E3-3). La perception sensorielle (CL-2) se résout dans une fausse perception (E1-3) également sensorielle. L'éprouvé d'angoisse à propos du matériel (CN-1).

Problématique: la régression est désorganisée. La déliaison entraîne une angoisse de morcellement (démolition, explosion) ainsi qu'une inquiétante étrangeté.

Planche 12BG:

Ha ! Ça va mieux ! C'est le printemps au bord de l'eau, une petite barque amarrée au pied de cet arbre. Un paysage bien composé avec un sous bois en arrière plan.

Procédés: Le commentaire subjectif (CN1/B2-1) sur son état en lien avec la planche précédente signe le vacillement des limites (CL-1) auquel donne lieu les projections. Celui-ci est contre investi par la banalisation de la description (CI-2) associant de nombreuses précisions spatiales et temporelles (A1-2). L'accent est porté sur l'idéalisation positive du paysage (CN-2) avec insistance sur le percept à travers les limites (CN-4) qui signe le besoin de ré-assurer les limites corporelles.

Problématique: Toute l'image semble être vue en fonction de la précédente de manière idéalisée, permettant efficacement de renforcer les limites à travers l'enveloppe corporelle.

Planche 13B:

(4) hum ! Sur le plan esthétique c'est une très belle photo. Avec cet enfant assis sur le seuil de la porte et c'est le contraste entre l'enfant fragile et la force des planches solides derrière. Je lui donnerai un nom : « l'attente ». On se demande ce qu'il attend ce gamin.

Procédés: démarre par une exclamation et un commentaire sur le matériel (B2-1) qui suggère son idéalisation (CN2). La description s'appuie sur le percept (CL2) comme un élan pour aborder des représentations contrastées (B2-3) s'appuyant sur l'immaturation fonctionnelle de l'enfant (CN2) et une perception sensorielle à propos du manifeste (CN2/CL-2) qui renforce les limites. Enfin, le titre donné (A2-2) permet de mettre à distance le conflit et de poser une question mais qui reste rhétorique (CM1/CN-1), dans l'incapacité de conflictualiser (CL-1).

Problématique: Gabrielle à l'intuition du conflit mais celui-ci ne peut émerger. Sa manière de traduire la pensée du clinicien avec cette dernière question qui pourrait lever la défense, coupe court aux ressources de celui-ci. La solitude est traduite par l'attente marquant l'importance de la passivité. Encore une fois le recours aux qualités sensorielles du percept permettent de constituer un socle « solide » pour accueillir les sollicitations.

Planche 13MF:

(6) encore un couple mais la situation n'a pas l'air très réjouissante. La femme allongée les seins nus semble assez inerte, peut être morte, ce qui pourrait expliquer le geste de désespoir de l'homme qui est devant.

Procédés: L'introduction est une persévérance de l'image d'un couple perçu à toutes les planches présentant un personnage masculin et féminin (E2-1). Un commentaire négatif (CN2) sur la situation (CN-1) introduit une représentation massive concernant la mort (E2-3). La description est isolée de tout affect (A3-4). La femme est perçue par le détail « sein nu » (A1-1) qui ne peut être intégré à l'histoire mais laisse transparaître le fantasme sexuel. L'homme porte l'affect de deuil par sa posture (CN3) renforcée par sa place spatiale (CL-2).

Problématique : la mort et l'agressivité sont surinvesties au détriment de la sexualité qui émerge à la faveur du détail « seins nus ». La sexualité semble écrasée par la représentation massive mortifère. Aucune issue au conflit n'est proposée.

Planche 19:

Alors ça c'est une image beaucoup plus abstraite ! C'est très contrasté, ça peut faire penser à un grand vent qui pousserait la végétation, la neige, des vagues.... On a l'impression qu'un vent pousse.... assez violemment des éléments....

Procédés : la mise en tableau (CN3) s'appuie sur le percept (CL2). Puis ce sont les sensations ressenties qui procèdent (CN4), induisant un mouvement (B2-4) remâché (A3-1).

Problématique : La régression est prise en charge par le corps. La sensorialité est convoquée pour renforcer les limites mais également pour laisser exprimer un mouvement pulsionnel violent sans désorganisation.

Planche 16 :

Le tableau blanc ! J'ai vu une pièce de théâtre là dessus sur 3 amis, l'un des trois avait acheté très cher un tableau tout blanc, mais tout compte fait il y a toujours un reflet, on peut toujours y voir quelque chose. (?) La liberté d'y mettre ce qu'on veut dessus.

Procédés : Mise en tableau (CN3). référence personnelle (CN1) et références culturelles (A1-4) avec accrochage aux perceptions sensorielles (CL-2) rassurantes.

Problématique : Les limites sont toujours ré-assurées par le percept et les sensations, le corps est à la rescousse de l'intériorité. Ici le vide peut être abordé par les possibilités sensorielles et intellectuelles qui dégagent une liberté psychique.

Rose Marie,

« J'ai dit : quand ils m'auront enlevé, pour moi, je voyais un trou. Les organes qui sont dessus, ils vont tomber. Mais il m'a dit : « ma petite, si tu avais pas des muscles, ça fait longtemps que tout serait tombé ». Donc, il m'a un peu expliqué, parce que ça, quand même, ça m'angoissait un peu. Je me suis dit : « quand ils vont m'enlever ça, il va y avoir un trou ». En fait, j'en sais trop rien. Je sais pas trop comment c'est. Je le visualise pas trop. [...] Voilà, je me dis, ce qui repose sur l'utérus, forcément quand il y aura le trou... ».

LES ÉLÉMENTS ANAMNESTIQUES ET LE PARCOURS THÉRAPEUTIQUE

Je rencontre Rose Marie en chambre d'hospitalisation. C'est une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte d'un cancer de l'utérus. Celui-ci a été découvert suite à des douleurs abdominales persistantes durant quelques mois et des saignements qui l'amènent à consulter. Elle est mariée depuis de nombreuses années et a quatre enfants. Sa mère est décédée des suites d'un cancer lorsqu'elle était très jeune.

Elle va subir une hystérectomie élargie avec annexectomie le lendemain de notre rencontre. Seule l'intervention chirurgicale est prévue. Malheureusement, elle m'apprend lors de notre seconde rencontre qu'elle a dû également faire de la chimiothérapie, traitement qu'elle continue au moment de l'entretien. Elle a également une poche de stomie depuis l'opération (environ 4 mois) et ne sait pas encore si celle-ci est transitoire ou définitive. Elle a perdu ses cheveux suite à la chimiothérapie. En somme, Rose Marie est très atteinte corporellement par ses traitements. Lors de notre troisième entretien, elle est en rémission. Les traitements sont finis depuis maintenant 3 mois mais elle porte toujours sa poche de stomie et le médecin ne se prononce pas sur son caractère permanent. Cependant, elle est moins fatiguée et commence à « reprendre une vie normale ». Elle n'a pas le droit de reprendre le travail alors qu'elle le voudrait. Malgré la poche, elle *se sent bien*.

ÉLÉMENTS TRANSFÉRENTIELS ET CLINIQUE DES PASSATIONS

Je rencontre donc Rose Marie dans sa chambre d'hospitalisation, la veille de l'opération. Elle ne semble pas vraiment inquiète. Elle est timide et vient d'un milieu modeste, elle parle tout doucement. Par contre, elle utilise un vocabulaire franc et direct dans un registre familier, parfois discordant avec son attitude. Dans ce sens, son regard m'interpelle également, il peut parfois paraître un peu affolé, en complète contradiction avec son discours affirmé et dégagé, en apparence, de toute angoisse. En effet, l'élaboration est bloquée par le factuel, elle accentue les scènes de la vie quotidienne et répond méthodiquement aux questions.

Pour notre seconde rencontre, elle se présente avec un turban sur la tête, très maigre et amoindrie, à tel point que je ne la reconnais pas dans le couloir et ma sidération commence ici. Sa petite voix gentille et fluette, qui berce de son assurance, dénote avec les images corporelles sidérantes qu'elle exhibe. Je me sens, probablement comme elle, happée par cette poche et je ressens fortement ce sentiment d'inquiétude qui laisse la pensée en suspens face à l'incertitude, entre transitoire et chronique. J'ai des difficultés à penser cette poche au long cours qui signera forcément le passage à un autre mode de vie pour Rose Marie, et je ne fais qu'espérer avec la patiente qu'on lui enlève rapidement. De ce fait, j'ai un fort mouvement compassionnel pour Rose Marie, je la sens dans une grande détresse. Elle me donne malheureusement à voir l'image la plus terrible des gens atteints par le cancer, une image à laquelle je ne suis pas soumise la plupart du temps, en côtoyant pour mes recherches des patientes en début de cancer gynécologique. Pourtant, elle est là et elle pense, elle pense quelque chose de « ça », en dehors de « ça », elle en fait étonnamment quelque chose et j'en suis d'autant plus sidérée, admirative d'une force qui continue à pousser en dehors du décharnement du corps. Il se crée avec Rose Marie une figuration de la *déliasion salutaire* entre le corps et la psyché, lorsque l'un peut *mourir* sans entraîner l'autre avec lui.

Le troisième temps est sensiblement équivalent : il est toujours compliqué pour Rose Marie de réfléchir, de penser en présence de la poche de stomie, à la différence près qu'elle a recours à l'humour et peut rire franchement.

L'analyse de ses protocoles nous renseigne sur un fonctionnement névrotique.

1. LE TEMPS 1, L'ENTRETIEN ET LE TAT :

1.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

« J'ai perdu l'utérus ». Voici par quoi Rose Marie débute notre entretien, me livrant ainsi toute sa problématique en trois mots. Elle n'a évidemment pas perdu l'utérus, elle a un cancer et même l'hystérectomie n'est pas encore pratiquée. Mais l'affirmation ne souffre pas l'incertitude. Et la réduction au temps présent d'une action portée par le « je », atteste déjà de la force défensive avec laquelle Rose Marie aborde l'événement.

Elle a peur de perdre ses cheveux avec la chimiothérapie. Notons que pour le moment aucune stratégie thérapeutique n'est mise en place, à part l'opération. Elle dit n'être même pas sûre de

pouvoir la réaliser s'il y en avait besoin. Elle se met à pleurer en évoquant la perte des cheveux. Lorsque je lui demande ce que cela lui rappelle elle répond par la dénégation : « Non pas forcément, parce que ma mère, elle est morte d'un cancer, mais à cette époque là (silence+) il n'y en avait pas donc... », refusant pour le moment de reconnaître entièrement le lien entre la maladie et le décès de sa mère.

Seule le mot « mort » lui vient à l'esprit lorsque je lui propose d'associer avec cancer. Ses pensées sont envahies. Elle relate des possibilités hémorragiques suite à l'intervention, ce qu'elle désigne comme sa seule crainte. Elle interroge ainsi le vide et le plein du corps et, à l'image inquiétante : « une grosse hémorragie », se juxtaposent celles, rassurantes des techniques médicales : les transfusions, anticoagulants.

Ses angoisses se portent aussi sur la situation de l'hospitalisation : « être enfermée là, pendant 10 jours ». Ces angoisses de type claustrophobiques émergent sous l'emprise de la contrainte musculaire. C'est bien la passivité qui est convoquée pour être interrogée : « d'être enfermée » « j'explose ». Cette position la renvoie à toutes ses expériences hospitalières, y compris ses maternités, pour conclure par « je ferai partie de ces prisonniers qui se pendent ». La projection de l'aboutissement de la désintrinsication provoquée par la situation indique bel et bien la satisfaction totale d'une pulsion de mort par la mort réelle. Nous nous questionnons sur le passage à l'acte qu'indique la projection d'un suicide. Dans le registre de la passivité, puisqu'il s'agit de la position passive inhérente à la désintrinsication qui déclenche les contre-investissements par le recours au mouvement, nous interprétons la projection d'un suicide comme le dégagement de la position intolérable d'immobilisme, renvoyant à la séduction narcissique primaire par la réappropriation active du mouvement même de la pulsion de mort. Dans l'incapacité d'aller à l'encontre de l'emprise, la seule alternative devient la mise en acte extrême de la satisfaction de mort.

« De toute façon vous me donnez le choix entre l'ascenseur et l'escalier, je prends l'escalier. C'est, voilà (rires) ». Rose Marie va même jusqu'à s'assurer auprès de l'administration qu'elle a bien la possibilité de sortir contre avis médical. Son fonctionnement comprend cette crainte depuis toujours, mais celle-ci est ravivée par la situation de l'hospitalisation, et notamment celle du cancer, qui suppose une chronicité des traitements et des contraintes physiques.

Elle parle froidement de sa mort, elle l'organise : les habits qu'elle devra porter, etc. Même après sa mort, elle ne souhaite pas être enfermée, même pas dans une urne. La vie et la mort sont appréhendées sur un même continuum actif. Lorsqu'on écoute Rose Marie, il est impossible d'imaginer sans sa présence. Même sa mort est double : un moi mort et l'autre vivant, nous rappelant

le clivage à l'œuvre dans le travail du trépas. L'angoisse liée à la mort est contre-investie par un mécanisme proche de la formation réactionnelle: « ça ne fait pas mourir d'en parler », dit-elle au moins cinq fois.

La représentation d'un corps troué infère une angoisse d'effondrement de l'intériorité : « J'ai dit : quand ils m'auront enlevé, pour moi, je voyais un trou. Les organes qui sont dessus, ils vont tomber. Mais il m'a dit : « ma petite, si tu avais pas des muscles, ça fait longtemps que tout serait tombé depuis longtemps ». Donc il m'a un peu expliqué. Ben oui, parce que ça, quand même, ça m'angoissait un peu. Je me suis dit, quand ils vont m'enlever ça, il va y avoir un trou. En fait, j'en sais trop rien. Je sais pas trop comment c'est (rires). Je le visualise pas trop quoi. [...] Voilà, je me dis, ceux qui reposent sur l'utérus, forcément quand il y aura le trou ».

Dans cette phrase extraite de son discours, le lien est fait entre la castration effective, qui laisse un creux, une fantasmagorie de l'intériorité corporelle happée par le « trou » (fantasme de castration féminin?), et le recours à la musculature pour éviter l'effondrement. Il semble que Rose Marie nous offre une métaphore, sur un plan corporel, de ses angoisses et de la façon dont elle choisit de les traiter.

Enfin, on retrouve comme souvent ici l'inscription de la maladie dans un roman familial, à travers la reviviscence d'un deuil ancien, plus ou moins élaboré, concernant un proche décédé d'un cancer. Les reviviscences traumatiques concernent en priorité le cancer, mais également les maladies graves et la mort dans la famille proche.

À travers un protocole de TAT très rigide, Rose Marie invente des cadres surmoïques externalisés pour s'autoriser, dans la mesure de la défense obsessionnelle, l'affect. Ainsi, la contrainte parentale permet la prise en charge du désir (planche 1), la cellule du prisonnier permet l'effondrement dépressif et corporel (planche 3), l'école autorise le risque du vide (planche 16).

Dans un protocole aussi restrictif, l'angoisse ne surgit pas, elle est maîtrisée. Rose Marie donne, de façon simple et claire, un affect associé à une représentation avec parfois une émergence primaire qui accompagne des jaillissements fantasmagoriques (thématiques massives), sans jamais être désorganisant. Certes, les conflits sont systématiquement non motivés, mais le système défensif en place lui permet une grande sérénité, un calme inattendu dans la situation actuelle. Le fonctionnement de Rose Marie condense dans une grande rigidité la richesse du sens. Autrement dit, le peu qu'elle dit en dit long sur le fantasme sous-jacent, le choix des mots est tel qu'il laisse parfois l'impression d'une symbolique transparente : « morfond, interrogatoire, dispute » ; planche 2 : « laboure, gros bidou, terre à terre ».

1.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Rose Marie a abandonné la sexualité, depuis quelques années, celle-ci n'est plus un objet d'investissement : « depuis un an ou deux, c'est plus ça, j'ai plus trop envie ». Cependant, elle est incapable de l'expliquer. Son mari n'insiste pas, suite à quelques refus de sa part, il semble résigné devant cette abstinence forcée. Il est étonnant d'entendre cette patiente être capable de dater temporellement son désinvestissement d'une sexualité génitale, sans pourtant qu'aucune explication, qu'aucun événement, ne puisse y être associé. Le désir semble avoir été perdu pratiquement du jour au lendemain sans raison. « Mon mari, il a insisté un peu au début, puis après, quand il a vu que c'était superficiel et qu'on se perdait, il a plus trop insisté. C'est moi, j'ai plus trop envie ». Cette sexualité superficielle nous fait penser à cette dualité qui existe entre pulsion d'auto-conservation et pulsion sexuelle, la contradiction des deux pouvant désigner un organe comme lieu du symptôme (bien entendu, le symptôme n'est pas le cancer). D'ailleurs, lorsque la sexualité est interrogée, c'est la fonction qui répond, à travers la procréation. L'épaisseur érotique de l'intérieur du corps que l'on peut entendre chez la femme est ici réduite à la fonction, l'utérus est clairement rattaché aux enfants et c'est tout. Sa vie de femme semble s'être arrêtée une fois que les enfants ont été faits : « j'ai fait ma vie ». Les représentations « trouées » de son intérieur nous renvoient bien à l'absence d'organe pour soutenir ses potentialités érotiques. C'est d'ailleurs toute l'armature du corps qui s'effondre fantasmatiquement : « Les organes qui sont dessus ils vont tomber », sans le socle des organes sexuels. Elle évoque le fait qu'il n'y ait pas de lien pour elle entre les douleurs et le cancer, car même si elle ne souffre pas, il est là comme quelque chose d'indépendant, tapi dans son corps.

La planche 3, qui sollicite particulièrement le corps, permet à Rose Marie de donner une image paroxystique de sa situation actuelle et de la façon dont elle l'aborde. La représentation du prisonnier suppose l'emprise, la contrainte du corps et de son mouvement par l'enfermement. Le sens de l'affect choisi, « se morfondre », est d'ailleurs connoté d'une passivité corporelle : attendre, se languir. Pris dans cette « cellule », le sujet est prisonnier de son corps indéfectible et de ce que celui-ci ressent. Enfin, la dénégation nous indique la déliaison à l'œuvre, qui soutient cette situation d'attente, d'une passivité contrainte.

Planche 3BM:

Là, je verrais bien un prisonnier dans sa cellule qui se morfond. En fait il ressemble pas à un prisonnier mais pour moi c'est un prisonnier dans sa cellule.

Procédés : La précision spatiale permet de mettre les identifications à distance (A1-2) et d'introduire l'affect (tendance

CN-3) (B1-3). Le cadre est remâché (A3-1), comme pour contenir l'affect. La dénégation à propos du matériel nous renseigne sur la capacité à utiliser des ressources internes différentes du percept. (A2-3).

Problématique : la position dépressive est reconnue et est maintenue dans un espace bien délimité. Malgré l'absence de conflit, le contexte de prison induit l'idée d'un acte répréhensible et d'une punition. L'affect est donc associé à la contrainte de l'enfermement dans un registre surmoïque.

1.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Si Rose Marie pense que les rayons ne lui poseront pas de problèmes, elle s'effondre soudainement lorsqu'elle évoque la chimiothérapie qu'elle ne veut même pas faire. Elle s'effondre surtout face à la perte des cheveux, symbole de la féminité, mais elle est incapable d'élaborer à ce sujet.

Lorsque je lui propose de faire un lien entre un souvenir et son appréhension de l'hospitalisation, elle évoque la maladie de sa mère, dans la dénégation, refusant, comme nous l'avons déjà dit, de reconnaître le lien tout en l'évoquant : « Non, pas forcément. Enfin, j'y suis beaucoup allée pour ma mère, quand elle y était. Mais bon, je pense pas que ça m'a traumatisée plus que ça mais, c'est moi, je supporte pas d'être enfermée. »

Au TAT, la planche 2 donne l'image de la femme enceinte comme représentation majeure de la planche, au détriment de la triangulation. Le vacillement des limites qui en découle, associé à un échec narcissique de l'interprétation, nous semble inhérent à la problématique actuelle, concernant le féminin et la castration.

Planche 2:

(11) là ça m'inspire pas grand chose, à part un Monsieur qui laboure je pense. (5) Sa femme qui paraît enceinte, en tout cas elle a un gros bidou. Ça m'inspire pas grand chose. Je suis un peu terre à terre.

Procédés : L'inhibition est importante (CI-1), en lien avec l'échec narcissique, devant l'impossibilité de construire une histoire (CN-1), entraînant d'ailleurs à la fin une porosité des limites (CL-1). Accroche au manifeste (CF-1). La tentative de mettre les personnages en relation échoue malgré l'accrochage au manifeste (A1-1) à un détail narcissique (CN-2). Scotome d'un personnage (E1-1). Les défenses narcissiques échouent dans le factuel et l'inhibition, au risque d'un vacillement des limites.

Problématique : la triangulation n'est pas reconnue, seul le couple est évoqué autour de la grossesse et l'échec fantasmatique préserve du conflit de séduction ou de séparation. Notons la régression à travers l'emploi d'un mot de vocabulaire enfantin pour décrire la femme enceinte.

Plusieurs fois, une contrainte surmoïque transparaît dans le choix des représentations de Rose Marie, une contrainte qui se fait plus ou moins persécutante, en lien avec une faute commise : pratique instrumentale obligatoire (1), la prison (3), l'interrogatoire (6). Lorsque c'est la rivalité

féminine qui est sollicitée, le fantasme se fait plus intense, plus massif et ce n'est plus la contrainte mais l'attaque qui est convoquée. L'identification se fait alors à la victime, autour d'un affect de peur qui submerge la représentation. Le mouvement est érotisé, violent, porté par l'autre personnage au détriment, cette fois, de l'affect. Un fantasme sadomasochiste se dégage de la rencontre avec cette planche.

Planche 9 GF:

(10) là il semblerait que cette femme elle ait peur, celle qui est en bas. (7) C'est sur, elle a peur de quelque chose. Celle qui est en haut s'apprête à lui tomber dessus.

Procédés: Les personnages sont différenciés en fonction de leur place sur l'image (CL-2). L'identification se fait au personnage porteur de l'affect (CN-1)(B2-2/A3-1), au détriment de la représentation (B3-1) et non de l'action (B2-4). La seconde est désignée comme le mauvais objet (E2-2) dans la mise en relation (B1-1). Mais le motif des conflits n'est pas précisé (CI-2).

Problématique: La rivalité féminine se noue clairement autour de l'agression, de l'attaque. La massivité de la thématique d'agression entraîne un glissement dans un registre de langage parlé, discordant avec le reste des interprétations.

Les couples ne supportent pas l'ambivalence (4, 6), la déliaison se fait au profit de l'agressivité (interrogatoire, dispute) mais lorsque la sollicitation propose un rapprocher corporel intense, c'est la polarité amour qui surgit jusqu'au fantasme homosexuel clairement représenté.

Planche 10:

Là ça ressemblerait à deux mecs amoureux. Oui deux mecs amoureux.

Procédés: Relation homosexuelle libidinalisée (B3-2)/ (CN5) avec remâchage (A3-1) et restriction (CI-1).

Problématique: L'ambiguïté dans la différence des sexes entraîne un fantasme homosexuel qui bloque tout conflit. À travers ce fantasme, ce sont les références incestueuses qui surgissent de manière massive. Encore une fois, la massivité de la projection (E2-3) provoque un glissement de langage dans un registre moins soutenu (« mec ») qui sonne discordant, non seulement avec la représentation d'amour, mais également avec le reste du protocole.

À la planche 11, malgré la restriction de l'interprétation, le choix de la perception d'un ravin est riche de sens, évoquant à la fois un élément dangereux et féminin (profond et accueillant de l'eau).

Planche 11:

(11) Là, franchement, je dirais c'est un paysage avec un chemin de pierre derrière des arbres et là peut-être un ravin.

Procédés: Après un temps d'inhibition (CI1) et une tendance à la mise en tableau (CN3), la description s'attache aux détails (A1-1) et, malgré le renforcement des limites (CL2) et la précaution verbale (A3-1), l'évocation d'un élément dangereux (« ravin ») clos le discours (CI3).

Problématique : L'inhibition et la rigidité bloquent la régression.

1.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

« Le premier janvier je travaillais encore, je ne savais même pas que j'avais le cancer ». La temporalité est celle du trauma, la soudaineté de l'annonce ne permet pas d'intégrer les changements rapides.

Peut-on parler ici d'un investissement pulsionnel intense de la composante musculaire, ici en souffrance, devant une situation de contrainte qui impose une déliaison ? Ainsi, sans recours à la musculature, pas de dérivation possible donc pas de motion agressive ou d'emprise comme expression de la pulsion de mort. C'est ce que nous dit Rose Marie : « Ce qui me gênera le plus, c'est de plus être là pour faire chier le monde ». Dans un registre projectif, la patiente propose même à la planche 3BM une figuration de l'expression de Thanatos désintriquée : la mort, provoquée par la contrainte physique que suppose l'enfermement.

Malgré la restriction du protocole du TAT, nous pouvons percevoir des mouvements libidinaux, et notamment une déliaison à l'œuvre qui supprime toute ambivalence. Soit l'agressivité soit l'érotisme est exprimé, mais rarement les deux pour la même image. Exception faite de la 13MF qui présente les deux courants pulsionnels mais dont la liaison peine à se faire, convoquant des mécanismes rigides tels que l'isolation ou un recours à l'affect pour refouler la représentation. Néanmoins, nous ressentons l'agressivité latente qui plane dans la passation. Elle émerge souvent dans les interprétations et nous pouvons la détecter dans la manière dont le vocabulaire employé dérape, passant d'un coup dans un registre familier presque argotique (« mecs », « tomber dessus »), et non plus soutenu, lorsque le fantasme est plus difficile à contenir. L'agressivité peut parfois s'exprimer également à l'encontre du clinicien, comme c'est le cas notamment à la 4 :

Planche 4:

(4) là, c'est une dispute entre un mari et sa femme je pense... ça vous suffit ? (rires)

Procédés : Malgré un lien érotisé entre les personnages (B3-2), le conflit prend des airs factuels (CF1) et reste en tout cas sans motivation (CI2). L'agressivité évoquée met fin au discours (CI3) et se retourne vers le clinicien (CM-1/CM-3).

Problématique : Ici, c'est le pôle agressif qui est mis en avant de façon massive dans le couple. L'ambivalence n'est pas reconnue et la potentialité de rupture qu'implique la dispute provoque un déplacement de l'agressivité vers le clinicien, immédiatement nuancé par le rire, quoi qu'il en soit des procédés anti-dépressifs devant la menace de perte.

Le mouvement pulsionnel, lorsqu'il est tourné vers l'autre, semble plutôt agressif, témoignant d'une érotisation de la pulsion de mort. Sinon, c'est une libido narcissique qui domine les projections, tournée vers le moi, permettant de se projeter dans des représentations apaisantes en lieu et place d'une dimension objectale :

Planche 12BG:

Ah, ça c'est un paysage avec une barque, un printemps avec des arbres en fleurs. Là, je serais bien pour aller me promener.

Procédés: Description (A1-1) et tendance (CN3) accompagnées d'une précision temporelle (A1-2). Commentaire personnel (CN1) qui met l'accent sur l'idéalisation (CN2) de la représentation.

Problématique: Après avoir dégagé la représentation de tout mouvement pulsionnel par un sur-investissement narcissique qui la rend inoffensive, Rose Marie se projette elle-même dans sa description, témoignant alors du mouvement narcissique de la libido.

2. LE TEMPS 2, L'ENTRETIEN ET LE RORSCHACH :

2.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

La situation de la poche expose, à l'extérieur du corps, à la vue de tous, le contenu fécal de l'intérieur corporel. L'intérieur est projeté à l'extérieur avec force dans une thématique massive : « d'avoir les selles qui sortent là, c'est pas normal ». Les images sont crues, en manque de symbolisme, signant probablement la défaillance à ce temps d'un pare-excitant jouant son rôle. L'intériorité est fécale, détériorée, malade, inimaginable et pourtant on ne parle que d'elle. Une analogie semble s'effectuer, entre les limites confuses d'une corporalité qui déborde et une parole sans retenue qui donne à entendre ce qui est donné à voir par le corps. Elle s'exprime donc sans détours, crûment, de la même manière que son corps s'extériorise, c'est-à-dire sans pudeur, sans limites et sans affects : « Dans la même opération, il avait enlevé un bout d'intestin, donc il avait pas raccordé... ». Son corps lui échappe et sa parole avec, ni l'un ni l'autre ne sont plus contenant : « Non... je dis tout, ça sort bien (rires)... ».

Au Rorschach, l'indice d'angoisse est non significatif, aucune réponse anatomique ou sexuelle directe n'est utilisée en première intention et une seule lors de l'enquête, indiquant la teneur sexuelle de l'introduction de la couleur rouge : « sein ». Cependant, si on ne repère aucune référence directe au corps, Rose Marie produit des représentations symboliques dont certaines ont valeur sexuelle (« trompes », « anges »). On pourrait d'ailleurs se questionner sur cette absence de réponses corporelles directes au regard de ce protocole qui laisse émerger des références sexuelles ainsi que de

nombreuses représentations du corps en action. Le protocole de Rose Marie s'avère rigide et inhibé, notamment en termes de précautions verbales, d'hésitations et de la faible production de réponses (tendance refus), visant à atténuer la perception et entravant les capacités d'élaboration (pourtant bien présentes chez cette femme). La planche VII nous semble interroger, plus que les autres, la mort à travers la filiation féminine maternelle, l'angoisse entraîne une sur-inhibition et l'impossibilité de recourir au mouvement.

2.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

Notre entretien débute une nouvelle fois sur la problématique principale de la patiente : la poche de stomie. « Oui, je veux dire, faire suivre ses selles sur le ventre, c'est pas banal je veux dire (rires). Heureusement, mon mari m'aide beaucoup, c'est lui qui me les change, moi je les nettoie et lui il me les change. Ça m'aide bien... (silence), c'est pas très agréable à vivre (silence) ».

Tout un vocabulaire rapporté aux canalisations est utilisé : « plein, tubes, liquide, trou, raccorder, déboucher, déborder, vider, etc ». Le corps est perçu comme un système de tuyauterie, avec les défauts qui lui sont propres : fuites et débordements ; il se remplit, s'évacue, et implique des réparations : raccordement, évacuation, débouchage. Ce système tubulaire, drainant les productions corporelles, de l'intérieur vers l'extérieur, nous rappelle ce premier schéma corporel constitué de conduites de gaz et de liquide décrit par G. Pirlot. D'ailleurs, lorsqu'il ne s'agit pas de « liquide » c'est bien du « gaz » qui s'échappe de son corps, sans qu'elle ne puisse rien y faire.

Le sensoriel est important, les sens sont convoqués en lieu et place de la sensualité. Il est question de l'odeur, du bruit, de la vue, du corps qui s'exprime au-delà de toute raison : « je peux faire des bruits n'importe où, c'est très désagréable je veux dire. On a beau dire ça sent pas franchement, moi j'ai l'odeur dans le nez toute la journée! C'est très désagréable de ne plus se sentir aller à la selle, de ne pas maîtriser, parce que les gaz, tout ça, vous ne maîtrisez rien, vous êtes à table des fois, c'est pareil, ça fait des bruits incongrus, je veux dire un repas de famille, les enfants ben ils savent, ça va. On peut pas imaginer un repas, je sais pas, d'être à table et puis d'avoir des... c'est très désagréable quoi. Moi je peux pas le maîtriser donc.... c'est difficile ça. » Les sens sont convoqués : « bruits incongrus, gaz, odeur dans le nez »... Le réel de l'intériorité du corps est donc envahissant, même pour celui qui écoute, les matières fécales sont partout. « En plus de ça, j'ai des selles très compactes, ça me soulève le socle. Donc quand le socle est soulevé, c'est encore pire (silence). D'avoir les selles qui sortent là, c'est pas normal ». Pour ma part, en écoutant Rose Marie et en retravaillant son entretien, j'ai l'image en tête de la machine bien sûr, une sorte de machine à vapeur qui avale sa nourriture et recrache par une soupape de la fumée ou du liquide dans un sifflement. Mais j'ai une autre image qui se dessine, celle

du nourrisson qui est lui aussi gouverné par une expression corporelle bruyante et irréprouvable qui me renvoie au livre d'Amélie Nothomb : « la métaphysique des tubes », comparant le corps à cette époque de la vie à un simple tube digestif animé par son seul travail de digestion déserté, ou plutôt non encore habité ou ordonné, par un travail de la pensée.

Dans ses relations aussi, le corps est important et domine, un corps mécanique, biologique, qu'il faut changer, nettoyer, que l'on sent, que l'on voit, et qu'elle partage avec son mari, signant des limites floues et contradictoires entre nettoyer, voir, toucher. En effet, si elle accepte que son mari l'aide à changer la poche de stomie, elle ne supporte pas qu'il touche celle-ci durant la nuit, attestant d'un clivage des corps autour du même objet possiblement investi différemment en fonction de l'autre. « Ça ne le gêne pas quoi. Et moi ça me gêne pas non plus vis-à-vis de lui, donc ça se passe bien. » L'intérieur est donc exposé à l'extérieur et le corps est immaîtrisable, elle est à la merci du biologique alors que le sensuel est clairement rejeté : « je sais pas, qu'il touche la poche par mégarde, dans la nuit ou comme ça, je trouve ça limite, (rires) enfin limite, il le sait que j'ai une poche mais, je vois pas mettre sa main sur mon ventre ou comme ça, ça non ». Rose Marie ne supporte pas que son mari mette sa main par mégarde sur la poche pendant la nuit. Il n'est même pas question qu'il la touche. Elle ne supporte plus aucun contact physique érotique, pas la moindre caresse.

Dans le discours de Rose Marie, le mari peut apparemment tout supporter. Il n'y a pas de limites dans ce qu'il peut prendre en charge des soins corporels de sa femme et cela, sans que son désir sexuel n'en soit atteint. Pour la patiente, il est le garant d'un désir inébranlable : « ça a changé parce que c'est moi qui fait un blocage, parce que lui, il dit rien. C'est pas un problème pour lui, mais pour moi si. C'est ce que j'imagine. Ça, d'avoir des rapports sexuels, peut-être qu'il aurait les mains plus... il me caresserait d'avantage, je sais pas, j'en sais trop rien parce que moi, j'arrête là. Je mets une barrière. La main ça va, mais pas plus ». Et elle imagine que malgré la poche « lui, il irait sûrement plus loin, mais moi non ».

Comme le laissait présager le temps 1, le corps n'est plus capable d'être le porte-parole des désirs. Son corps malade ne peut plus suivre ses idées, ses pensées, ses envies. Pourtant, celles-ci sont toujours présentes et l'impossibilité de les réaliser continue de surprendre Rose Marie qui n'a pas encore pris totalement conscience de son nouvel état somatique qui ne permet plus l'expression par le corps : « J'ai beaucoup d'idées, il me semble que le matin je vais faire beaucoup de choses et puis je m'arrête vite (rires) ».

Concernant son image du corps, Rose Marie est devenue très maigre. Elle me dit découvrir certains

« os » de son corps qu'elle ne soupçonnait pas avant. Étrangement, elle investit cette perte de poids de manière très érotique, comme un bénéfice secondaire de la maladie, et ce, malgré l'image morbide de « squelette » que lui renvoie son mari. : « Il me le dit, il dit : « t'es un squelette! » (rires). Il me dit : « t'es toute maigre », j'étais bien dodue avant donc... (rires), il avait pas l'habitude de me voir comme ça quoi. Moi ça me fait presque plaisir, j'étais toujours en train de faire des régimes alors, forcément, j'essayais toujours de perdre un peu de poids! Bah, d'avoir 10 kilos de moins oui! Forcément ça aide... ».

Au Rorschach, l'emploi tout à fait adapté des réponses kinesthésiques de relation intervient à la deuxième planche bilatérale qui sollicite les représentations de relations, ainsi qu'à la planche IX, dite utérine, et enfin à la dernière planche, avant que la passation ne se termine. Ces mouvements pulsionnels attestent d'une vie intérieure riche et des possibilités de mobiliser la psyché, mais dont la fonction reste essentiellement défensive : en plus de masquer l'angoisse, ils constitueraient un échappatoire par la représentation d'action, visant à éviter tout conflit. La régression reste possible, surtout sur un versant infantile, sans être trop menaçante (perception d'un monstre à la planche IV, contre-investi par le recours au fictif ou perception d'anges à la planche VII, dite féminine). Toutefois, lorsque la sensorialité est sollicitée, elle s'avère potentiellement dangereuse. En effet, la première planche pastel, dite de l'angoisse devant l'étranger, conduit à un dérapage perceptif et à la mobilisation du mécanisme de défense privilégié par Rose Marie tout au long de la passation (recours à l'action, accrochage au monde perceptivo-moteur).

L'impact de la couleur est moindre, le TRI est extraversif et, contrairement à une bonne utilisation des kinesthésies, aucune réponse couleur ou estompage n'est donnée. Si la sensorialité est mise à distance, en revanche la sensibilité au gris (anxiété) est repérable, combinée aux sollicitations sexuelles des planches. L'approche majoritairement globale (G% au dessus de la moyenne, D% en dessous de la moyenne) indique une tentative de maîtriser le matériel et la nécessité, pour Rose Marie, d'éviter toute implication personnelle dans l'épreuve projective.

Rose Marie s'exprime dans le registre du sensoriel. L'investissement narcissique du corps en fait le porte parole du désir à travers le mouvement et la mise en position « en train de ». L'évocation de relations homosexuelles (III : deux femmes ; X : deux hommes) entraîne le recours au corps en mouvement qui permet à la fois d'extérioriser l'agressivité et de renforcer les limites corporelles. La kinesthésie employée est relative à la relation évoquée : pour les femmes, il s'agit d'une action verticale qui rend compte d'un effort de mouvement, pour les hommes, c'est une action horizontale qui permet la maîtrise.

III.^ TL=4	1- Deux personnes en train de travailler,		G	K+	H	Ban
	2- Deux femmes je dirais en train de soulever quelque chose.	La poitrine. (Dd27) Elle ont l'air de forcer pour lever et comme elles ont l'air d'avoir de la poitrine...	G	K+	H	Ban

X^ TL=0	1- là on dirait des araignées.		D	F+	A	
	2- mais après je... si, deux hommes qui sont en train de courir, qui courent vers ce château. Je dois regarder trop la TV (rires)	Deux hommes (D9x2&6x2) qui ont l'air de courir. Ils tiennent une araignée (D1) chacun. Le château. (D11)	D	K+	H	Référence personnelle Défense maniaque

L'intégrité corporelle n'est pas remise question et l'on ne peut parler d'effraction de l'enveloppe corporelle au regard des réponses fournies, bien que la question des limites soit convoquée. En revanche, l'inhibition qui frappe le protocole (et qui vient en lieu et place de l'angoisse) pourrait faire penser à un clivage fonctionnel (non structurel) entre corps et psyché pour tenter de maintenir une représentation de soi acceptable (kan de la planche V). Enfin, la déliquescence du corps apparaît timidement à la planche VI, au travers de la réponse peau (peau en train de sécher). Cette planche VI nous renvoie à la situation actuelle de Rose Marie qui découvre, comme elle nous le dit, des os de son corps dont elle ne soupçonnait pas l'existence, suite à l'amaigrissement très important entraîné par la maladie. La projection nous semble donc massive et le fantasme tout de même morbide. La passivité est ici doublement interpellée, d'abord dans la référence à la peau, puis dans l'emploi d'une kinesthésie de position, montrant là un féminin qui subit.

Concernant l'axe corporel, il est horizontal : bien que la symétrie réelle soit prise en compte, les planches sont également décrites sur deux plans séparés horizontalement : I « une en haut, » ; VIII, IX, X.

2.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

Elle ne met pas sa perruque parce que celle-ci est horrible, nous dit-elle. Elle oublie qu'elle n'a pas de cheveux et traite ce qu'elle redoutait le plus par le déni. Pourtant, elle se dit choquée par son apparence mais ne s'y confronte qu'en se regardant dans le miroir : « Oui ça j'en parle. Puis je suis bien obligée parce que des fois j'oublie que j'ai pas de cheveux et puis quand je me vois dans la glace, ah mince ! Ça fait un choc ». La balance libidinale n'est pas possible à ce temps, entre un féminin et une féminité toutes

deux mises à mal, les investissements se retirent.

« Oui... des fois je pense pas que j'ai pas les cheveux, tout ça et puis... tout d'un coup, quand je me vois dans la glace c'est, oh quelle horreur ! »

La pudeur et l'intimité n'existent plus dans le couple : « heureusement, mon mari m'aide beaucoup, c'est lui qui me les change, moi je les nettoie et lui il me les change. Ça m'aide bien quoi.... (silence) c'est pas très agréable à vivre quoi. (silence) ». Le mari peut participer aux soins les plus intimes sans tabou, ni gêne. D'ailleurs, celle-ci n'est pas interrogée par Rose Marie, dans un déni de l'altérité. Le corps esthétique est laissé de côté en même temps que la féminité et la pudeur. La coquetterie n'est pas entretenue sous des prétextes factuels et concrets : « Parce que je la trouve pas (rires), sur ma tête, je la trouve horrible. Et puis ça tient chaud, même chez moi, je garde même pas le bandana. Je reste comme ça. »

La poche est une barrière réelle à l'autre, mais également symbolique au désir pour l'autre. Dans tous les cas, cette effraction corporelle, qui expose l'intérieur réel du corps, dérange l'intimité et tient l'autre érotique à distance. « Je sais pas, qu'il touche la poche par mégarde dans la nuit ou comme ça, je trouve ça limite, (rires) enfin limite, il le sait que j'ai une poche mais, je vois pas mettre sa main sur mon ventre ou comme ça, ça non ». La différence entre ce qu'elle permet de faire à son mari, sans gêne dans le cadre des soins, et la manière dont elle est rebutée à l'idée qu'il touche sa poche durant la nuit ou même par les contacts à connotation tendre, nous indique les limites de sa pudeur. Au final, nous entendons là un ultime sursaut de l'érotisme corporel dans un investissement pudique de cet appareillage entraînant une gêne de bon augure pour les investissements libidinaux.

Au Rorschach, l'accès à la bisexualité psychique reste possible, la représentation de soi n'est pas affectée et les identifications féminines et masculines sont effectives. La passivité est difficilement admise et apparaît dans une dimension agressive (« peau » à la planche VI, « ours qu'on a tué » à l'épreuve des choix). Les deux premières planches montrent (à l'enquête) des kinesthésies de positions : I : « accouplées », II : « assis sur leurs pattes arrières ». Rose Marie semble lutter contre la passivité que lui impose la situation du test. Nous observons une lutte, entre passivité et activité, qui se joue à travers la décharge pulsionnelle par le mouvement (k mouvement) et la suspension de celui-ci dans la description de positions (V : « en plein vol », VI : « en train de sécher »)

Notons que cette forme lexicale qui décrit une action tout en la figeant (être en train de) permet de faire état d'une passivité active (passivité d'accueil ou activité réceptrice) de l'ordre de « se laisser faire jouir ». L'emploi de la formule d'état, qui cristallise l'action dans une suspension, atteint son paroxysme avec la projection d'un portage révélé à la planche VIII. La lecture de la séquence des trois dernières planches présente le retournement de la passivité en activité : la première formulation

est définitivement inscrite dans une tournure passive : un objet inanimé est porté (l'enquête est refusée) ; la seconde désigne l'acteur par son action : « le porteur » sans le mettre en mouvement, l'enquête permet progressivement la re liaison et la décharge pulsionnelle ainsi que la distinction et le lien entre celui qui agit, « ils portent », et celui qui « se fait agir », « qu'ils font sauter » ; la dernière reprend la forme passive d'un état de mouvement « est en train de » mais, cette fois, il s'agit du verbe d'action par excellence « courir » qui supporte même une dimension symbolique de la décharge. À l'enquête de cette dernière planche, nous retrouvons la situation de la planche VIII mais inversée : la projection est cette fois du côté de l'acteur et non de l'objet acté par d'autres, la kinesthésie est d'abord de position avec un verbe d'état « il ont l'air de courir », mais s'ensuit immédiatement un verbe d'action qui renverse complètement la tendance « ils tiennent ». La formule n'est plus passive, l'objet n'est plus porté par d'autres mais ce sont des personnages qui tiennent des animaux inanimés (relativement effrayants : « araignées »), Rose Marie se détache du test en reprenant en main la situation d'une façon tout à fait symbolique.

La planche VII est la seule planche du protocole à ne pas déclencher l'utilisation de la kinesthésie. L'identification se fait à une figure maternelle convoquant une représentation d'enfant. Malgré tout, le choix des « anges » laisse planer un fantasme de non différence des sexes (les anges n'ont pas de sexe) et des générations (l'immortalité), dans l'abord du féminin maternel.

Aucune réponse sang. Le rouge est scotomisé, sans pour autant déclencher de choc, malgré une mauvaise forme à la planche II.

La planche IX est lisible dans sa latence par ce qu'elle convoque d'un fantasme de portage pour Rose Marie.

2.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Elle pense retravailler malgré sa situation très difficile.

Rose Marie est capable de parler de sa propre mort avec une facilité déconcertante. La façon dont elle présente ses perspectives pour l'avenir laisse entendre qu'un travail de la maladie est déjà fait : elle n'espère pas ne plus avoir de cancer, elle vit avec. La rémission, elle ne l'envisage que comme une période sans traitement, une pause dans sa cohabitation avec le cancer.

Le démarrage de la passation du Rorschach semble mettre à mal Rose Marie (deux réponses courtes de mauvaise forme), témoignant d'une angoisse possible face à l'étrangeté générée par la situation de test, sans que cela ne la désorganise pour autant. Bien qu'étant vivement défendus ou contenus,

les fantasmes sont repérables (symbolisme transparent), la vie pulsionnelle est préservée et les mécanismes de défense de type opératoires, drastiques, sont opérants.

Je souhaite travailler la pulsionnalité à travers l'emploi et le choix des verbes fait par Rose Marie au cours de sa passation. Le nombre de kinesthésies, plus élevé que pour les autres patientes, ainsi que leur présence pour chaque planche (sauf la VII), nous interpelle quant au mode de traitement de la projection. Nous avons déjà fait une différence entre les verbes d'action et les verbes d'état pour aborder la lutte contre la passivité. Précisons une autre différence entre l'expression d'une action, même par la voie passive, sans mouvement, et avec mouvement (kinesthésie de mouvement et kinesthésie de position). Malgré l'utilisation presque quasi totalitaire des verbes d'état (être en train de) pour exprimer une action tout en la figeant (procédé relevant également de l'inhibition), au sein même de ce procédé nous faisons une différence entre la tentative de mouvement (être en train de) et la pure description d'état (être comme ça, véritable kinesthésie de position). Les chauves-souris sont accouplées, les éléphants sont assis. Par contre, les femmes sont en train de soulever avec force, le monstre en train d'avancer, les chauve-souris en train de voler, etc, jusqu'aux hommes en train de courir et de tenir. À l'intérieur même de la voie passive, certaines figures sont représentées plus figées alors que d'autres, malgré le recours à la description d'état, sont représentées en plein mouvement : III : « soulever », IV : « avancer », V : « voler », IX : « sauter, porter », X : « courir, tenir ».

Le mouvement pulsionnel porté par le corps apparaît régulièrement à l'enquête et trouve son essor avec l'introduction des couleurs pastel. Lorsqu'il est présent, dès la première interprétation il s'intensifie à l'enquête comme si le mouvement pulsionnel de Rose Marie était toujours celui de l'intrication, bien que coûteux en énergie psychique et constamment rabattu par l'inhibition.

La pulsionnalité s'inscrit donc par l'action, mais pas n'importe laquelle : particulièrement celle du mouvement corporel. Rose Marie est une patiente particulièrement contrainte dans son corps par la maladie et privée de la liberté de ses mouvements mais, paradoxalement, ses projections en foisonnent.

La pulsion est celle du mouvement, de l'emprise, « tenir », enfin, à la fin (sans bien sûr sa composante sadique). Le mouvement est le moyen de la décharge pulsionnelle, sans but de nuire ni de plaisir, d'ailleurs, ce ne sont pas des kinesthésies de relation, mais simplement de maîtrise de l'environnement. La dernière planche rejoue d'ailleurs une étape sphinctérienne de l'enfance dans les capacités de préhension (« tenir ») et de marche (« courir ») (qui précède de peu une véritable mise en relation, amener l'objet à l'autre).

Nous voyons ici la régression à l'œuvre est les tentatives du travail psychique pour y pallier.

3. LE TEMPS 3, L'ENTRETIEN :

3.1. RÉACTUALISATION ET TRAITEMENT DE L'ANGOISSE

Une représentation très angoissante est convoquée par la poche. Rose Marie travaille en maison de retraite et c'est la vieillesse et l'incapacité physique que convoquent ce soin qu'elle avait l'habitude de pratiquer sur des personnes âgées. « Puis même si je voulais reprendre le travail, je me vois pas changer mes poches à mes petits vieux qui en ont et changer la mienne en même temps (rires), ça fait un peu, ça fait flipper ». Il semble qu'elle ait donné un nom à son angoisse. La poche de stomie est le support de l'angoisse, à partir de laquelle elle peut décliner ses craintes de mort. L'effraction corporelle provoque un envahissement massif de la pensée. Rose Marie est sidérée par cette poche mais surtout par son action : elle se vide sans cesse. Nous sommes happés avec elle par cette image d'une poche toujours pleine et toujours à vider, par ce trou qui laisse écouler un intérieur nauséabond. « Pour un peu, je me trouvais dans la salle en train de manger avec la poche qui débordait quoi, je veux dire, c'est flippant ! » Le revers de ces angoisses de vide, ce sont les angoisses de plein, pas vraiment de vide, de vidé, pas vraiment de plein mais de déborder. Trop ou trop peu, tout ou rien, voilà la problématique actuelle de Rose Marie.

La castration est effectivement convoquée, et avec elle, les tabous sont malmenés, interrogés par l'effraction des limites : « Mais ça, ça coupe. Je veux dire, il y a pas de tabou ».

Cette image de la vieillesse, alitée et malade, soumise au soin des autres, ainsi que la lutte de Rose Marie pour reprendre ses « activités » : « je fais beaucoup de choses, je fais mon ménage, je fais quasiment comme je faisais avant, moins vite peut-être, mais je reprends ma vie normale », nous mettent sur la voie d'une angoisse liée à une passivité morbide qui conduirait à la mort. La condensation de deux expressions « être à la merci de » et « ne pas être à l'abri de » nous semble refléter le conflit actuel de Rose Marie, entre la forme passive et la forme active, la première renvoyant à la domination de l'autre avec une connotation persécutoire, la seconde intégrant la possibilité de se cacher, donnant une part à la victime dans la relation.

3.2. ÉROTISME CORPOREL ET REPRÉSENTATIONS DU CORPS

L'entretien débute cette fois sur les envies de Rose Marie, ses envies de reprendre le travail, de

sortir de son inactivité. Mais cet investissement est encore fragile et nous revenons très vite à « ça », sous-entendu la stomie, plus difficile cette fois à nommer, plus éprouvante encore à porter, comme si la poche était devenue plus lourde entre nos deux entretiens. « Ce que j'aurais voulu, c'est qu'il m'enlève ça, et ça, c'est pas tout à fait prévu pour l'instant. ».

Rose Marie n'ose plus bouger, de peur que « le couvercle se soulève ». Elle n'entreprend plus rien de ce qu'elle voudrait faire : elle ne va pas dans sa famille, elle ne va pas au restaurant, elle ne sort quasiment pas, et nous entendons là comment cet attribut artificiel bloque la réalisation de son désir. Rose Marie possède une grande force de vie et nous pouvons sentir Éros pousser pour trouver à se réaliser, malheureusement le réel de l'objet la rattrape et bloque ses tentatives de reliaison en convoquant un monde archaïque et informe : « ça pue, l'odeur est insupportable. On peut rien faire, enfin, on ne maîtrise rien là, je veux dire. Quand vous avez des gaz, aussi bien dans un magasin, ça part tout seul, ça fait du bruit, vous pouvez pas contrôler quoi je veux dire. C'est incontrôlable ça. Quand les selles s'en vont, ça s'en va d'un coup ou progressivement ». L'odeur la renvoie également à une forme de vieillesse agonisante, accompagnée des images d'expulsions intempestives, sans cesse et incontrôlables, liées à la poche. « Mais vous êtes jamais à la merci que ça parte d'un coup, que ce soit tout plein ».

Grâce au clivage à l'œuvre, cet objet a tout de même le mérite de pouvoir porter à lui seul tous les inconvénients de la maladie. Il est désigné mauvais et permet à tout le reste, y compris la chimiothérapie qui lui faisait pourtant tellement peur lors du premier entretien, de ne pas être effractante : « C'est ce qu'il y a le plus handicapant dans ma maladie, enfin, que moi je ressens dans mon cancer. La chimio c'était très fatiguant, ça me diminuait beaucoup mais c'est ça qui me gêne. C'est cette stomie qui me gêne énormément ». Les autres traitements sont encensés, libidinalisés, dans le sens où ils lui permettent d'être à nouveau normale et active, alors que la stomie la maintient dans une position passive. Son adaptation à cet appareillage est problématique, elle remâche le caractère incontrôlable de la libération des selles et cette perte de la maîtrise sphinctérienne entraîne une régression, non pas au stade anal, mais bien avant, dans un monde informe gouverné par les sens et notamment celui de l'odorat.

Rose Marie baigne dans une enveloppe d'odeur, elle a « le nez dedans », phrase qu'elle répète souvent depuis le second entretien et qui vient montrer la fragilité des limites entre symbolique et réalité. Cette enveloppe fétide constitue un barrage dans sa relation au monde. Elle tient les autres éloignés. « Oh ben les collègues ne disent rien de toute façon, mais moi je vois toujours la hantise. Dans une maison de retraite, ça pue toujours le caca (rires), les trucs comme ça. C'est moi, c'est pas moi ? »

3.3. TRAITEMENT DU FÉMININ ET IDENTITÉ FÉMININE

L'intérieur porté sur le devant de la scène corporelle est un intérieur intestinal, fécal. Dans ces conditions, l'investissement du féminin sur un registre érotique n'est plus de mise. L'intérieur de Rose Marie est dégoûtant, répugnant, et sexualité et tendresse sont prises en horreur : « je supporte pas qu'il me touche ». Il n'est d'ailleurs plus question de pudeur, Rose Marie dit « tout » à « tout le monde », tout le monde est au courant et de toute façon elle pense que tout le monde le voit : « vous pouvez partir, avoir la poche vide et arriver dans un magasin et qu'elle soit pleine quoi. C'est très handicapant. Puis après, ça fait une grosse boule là, ça passe pas inaperçu ». Elle n'a plus de secret, plus d'intime, tout est montré, expulsé, l'ouverture sur le corps met à mal les limites. « Il y a pas de tabou », « ils savent tous que j'ai une stomie. »

Les autres autour d'elle lui disent qu'ils ne sentent pas, qu'ils ne voient pas. Mais elle est incapable de les croire, presque persécutée par cet objet. Même au sujet de la sexualité, elle reconnaît que son mari pourrait avoir envie malgré cette barrière poche et donne, à ce moment de l'entretien, une image moins choquante de celle-ci. « Même si elle est vide, je me change avant d'aller au lit et tout ça ». Il s'agit d'une poche vide ! Mais dans les pensées de Rose Marie, la poche est toujours pleine, toujours potentiellement pleine de « caca », comme elle le dit elle-même. Rose Marie tient les autres à distance et ne s'autorise plus le désir. « Ça n'a pas évolué. Tant que j'aurais ce truc-là qui pendouille sur mon ventre, c'est pas possible que ça évolue. Ça c'est pas possible. Ah oui oui oui. Ah ça, elle est réelle, oui. Bon, par rapport à la maladie, en soit si vous avez pas une stomie comme ça je pense pas que ça empêche la sexualité ».

Bien qu'elle ait fait une croix sur les relations sexuelles, Rose Marie pense que sans cette poche elle pourrait pratiquer une sexualité pour l'autre, une sexualité s'appuyant sur la réalisation du désir de l'autre, son mari.

Au final, si son féminin est contaminé par les matières fécales et constamment expulsé à la vue et l'odeur de tous, sa féminité n'est à l'évidence pas non plus réinvestie. Le temps deux, marqué par son absence de cheveux et son désintérêt pour la perruque laissait tout de même entrapercevoir un intérêt érotique pour un corps esthétique dans une dimension masochique (investissement de la morbidité de la maladie comme d'un bénéfice secondaire). La féminité est ici cachée sous l'enveloppe fétide, contaminée, comme le reste, par la centration sur la poche qui s'étend à l'ensemble du corps.

3.4. REMANIEMENTS, ISSUES ET TRAUMATISME

Rose Marie se plaint toujours de son immobilité : elle ne peut plus se défouler, marcher, notamment à cause de la poche de stomie. De ce fait, l'état pulsionnel est sensiblement équivalent entre les temps 2 et 3, les mouvements pulsionnels sont suspendus de concert avec sa situation corporelle qui n'a pas évolué malgré la rémission.

Néanmoins, le travail de la maladie est en cours : elle énumère les activités dont elle a fait le deuil, devenues impossibles dans ces conditions et les nouveaux désirs qui émergent, plus réalistes. Elle est, par exemple, revenue sur son désir de reprendre son travail, se rendant compte de la difficulté qu'elle aurait, une difficulté qui n'est pas forcément physique mais liée à l'émergence de l'angoisse que lui déclenche le rapprochement de sa propre situation avec celle des personnes qu'elle a en charge. Néanmoins, nous arrivons à nous dégager de la poche en abordant ses envies d'activités et d'extérieur. Elle ne se projette pas dans un futur lointain, ses désirs sont actuels et réalisables.

Un lien émerge à ce temps qu'elle était incapable de faire auparavant et qui fait preuve d'un travail en marche, elle propose un lien entre la maladie et son absence totale et répulsive d'envie sexuelle.

4. COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE SUR LE FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE FÉMININ CHEZ TRENTE JEUNES FEMMES :

4.1. LES INVESTISSEMENTS LIBIDINAUX À L'ENTRETIEN

Lors du premier entretien, le corps est absent des investissements libidinaux. Cette patiente ne semble pas spécialement centrée sur elle-même et sa maladie, au contraire, les investissements des objets extérieurs sont toujours vivants et elle se tourne volontiers vers eux. Plutôt que d'être évitée ou de convoquer des affects dépressifs, l'idée de la mort est sur-investie par le discours et les préparatifs auxquels elle s'adonne, donc dans une activité compensatoire qui la relègue au rang d'événement de la vie. Néanmoins, son mari est investi comme un prolongement d'elle-même : « il est comme moi », il ne parle pas, ne donne pas son avis, se plie à ses exigences, signifiant un investissement de l'objet narcissique, parfois jusqu'à la spécularité.

À partir du second entretien, la libido est en berne, les tentatives d'investissement de l'extérieur échouent, rattrapées sans cesse par la centration narcissique sur le corps malade et ouvert. La centration narcissique est morbide et ne semble pas érotique.

4.2. LES DIFFÉRENTS REGISTRES DE FIGURATION DU CORPS AU RORSCHACH

Nous ne trouvons pas d'atteinte identitaire, ni d'atteinte de l'unité corporelle.

Il n'y a pas non plus de réponse centrée sur le corps en tant que tel, celui-ci est investi narcissiquement à travers ses capacités de mouvement.

L'enquête de la planche III laisse émerger une réponse sexuelle directe, « sein », permettant de justifier l'identification sexuelle qui avait eu du mal à se mettre en place lors de la passation (commence par un anonymat). De même, la planche I livre à l'enquête un fantasme sexuel : « accouplées », que nous mettons sur le compte du sujet de la recherche. Nous ne trouvons qu'une seule représentation symbolique du corps et celle-ci est en référence au masculin : « trompes » (II). Le rouge réveille donc la sexualité, tantôt du côté du féminin, tantôt du masculin, attestant d'une bisexualité psychique.

Concernant la sexuaction, il nous semble que les identifications féminines sont difficiles à cerner. La planche III est effectivement une représentation de relation dans un registre homosexué avec une érotisation du corps féminin : « et comme elles ont l'air d'avoir de la poitrine... ». La planche I, une fois dégagée de l'inhibition, fait état d'une relation (déplacée sur un contenu animal) érotisée avec une tendance homosexuelle : « deux chauves-souris accouplées ». Les mises en relations sont spéculaires et figées. La planche VII, dite maternelle, présente d'ailleurs une absence totale de kinesthésie. Nous ne trouvons qu'une seule figuration féminine (III), relativement figée. Les kinesthésies sont narcissique ou de position, sous-tendues par des auto-centrations et une lutte contre la passivité corporelle.

4.3. LES REPRÉSENTATIONS DE RELATION FIGURÉES AU TAT

Si la 4 montre une érotisation de la relation s'exprimant sur un versant agressif, la 6, quant à elle, est très inhibée, même si le thème de l'interrogatoire peut nous mettre sur la voie d'un fantasme sadomasochique.

Les planches 5 et 7 présentent des images féminines neutralisées par la factualisation. La 9, par contre, désigne clairement l'image d'un mauvais objet attaquant associé à une image de victime. Ainsi cette planche n'évite pas la rivalité alors que les autres montrent effectivement inhibition et spécularité.

La 11, malgré son aspect restrictif, donne timidement la figuration d'une image féminine à travers le terme « ravin » qui bloque le discours.

La 19 présente la représentation commune attendue dans un contexte factuel.

Temps de passation 18min.

	Passation	Enquête	Loc.	Dét.	Cont.	Phén. Part
I. ^ TL=3	1- Deux chauve-souris	Une en haut. Deux chauve-souris accouplées	G	F-t.kan position	A	Symétrie mouvement stoppé
II.^ TL=2	2. Là plutôt deux éléphanteaux.	Trompe contre trompe (D4). Ils sont assis sur les pattes arrières.	D	F-t.kan posture	A	Figement spéculaire
III.^ TL=4	1- Deux personnes en train de travailler,		G	K+	H	Ban
	2- Deux femmes je dirais en train de soulever quelque chose.	La poitrine. (Dd27) Elle ont l'air de forcer pour lever et comme elles ont l'air d'avoir de la poitrine...	G	K+ mouvement progressif	H	Ban mouvement vertical
IV ^ TL=0	1- Là on dirait un monstre, un monstre des dessins animés.	Deux yeux. (Dd22) Les pieds (D2), il est en train d'avancer.	G	Fclob + t.K	(H)	Recours au fictif mouvement progressif
V^ TL=0	1- Là c'est pareil, une chauve-souris	Une chauve souris en vol	G	F+ t. kan	A	Ban forme passive
VI^ TL=7	Là pas grand chose... 1- On dirait une peau d'ours en train de sécher mais c'est tout (rires)		G	FE+ kpo	A	Tendance refus Ban Défense maniaque mouvement stoppé condensation actif/passif
VII^ TL=4	1- Là ça m'inspire rien, franchement je sais pas quoi vous dire. Si peut être deux anges, en regardant bien on dirait deux	Un bout d'aile là. (Dd21) Des chérubins.	G	F+	H	Tendance refus anonymat sexuel

	anges					
VIII.^ TL=5	1- Là on dirait un masque un peu africain qui serait porté par deux rats ou deux souris, deux rats plutôt	Le masque (D8) Les deux rats (D1)	D/G	Kan-	Obj/ A	Forme passive
IX.^ TL=6	1- là je sais pas du tout. (8") peut être, je sais pas comment ça s'appelle, ceux qui font des acrobaties, le porteur, celui qui porte.	Ils portent des gens (D3) qu'ils font sauter des pieds de l'un à l'autre. Leurs pieds. (partie supérieure des D11) Les porteurs. (D11)	D	K+ foncti on	H	Tendance refus condensation action/fonction
X^ TL=0	1- là on dirait des araignées.		D	F+	A	
	2- mais après je... si deux hommes qui sont en train de courir, qui cours vers ce château. Je dois regarder trop la TV (rires)	Deux hommes (D9x2&6x2) qui ont l'air de courir. Ils tiennent une araignée (D1) chacun. Le château. (D11)	D	K+ progre ssif	H	Référence personnelle Défense maniaque spéculaire

Choix positifs :

IX= ça me fait penser au cirque

II= parce que ça ressemble à deux éléphants.

Choix négatifs :

VIII = ça ressemble pas à grand chose

VI = l'idée de la peau de l'ours, qu'on ait tué un ours pour prendre sa peau.

Planche 1:

Je dirais que ce gosse voudrait peut-être jouer du violon ou qu'on le force à jouer du violon et qu'il en a pas envie.

Procédés: précaution face au désir (A3-1) puis hésitation (A3-1) avec une autre interprétation qui annule (A3-2) la première.

Problématique: L'expression du désir qui ravive l'angoisse de castration est défendue par une annulation et la mise en place d'une relation de contrainte qui permet de ne pas reconnaître le désir comme appartenant au moi tout en le réalisant.

Planche 2:

(11) là ça m'inspire pas grand chose à part un Monsieur qui laboure je pense. (5) Sa femme qui paraît enceinte, en tout cas elle a un gros bidou. Ça m'inspire pas grand chose. Je suis un peu terre à terre.

Procédés: L'inhibition est importante (CI-1) en lien avec l'échec narcissique devant l'impossibilité de construire une histoire (CN-1) entraînant d'ailleurs à la fin une porosité des limites (CL-1). Accroche au manifeste (CF-1). La tentative de mettre les personnages en relation échoue malgré l'accrochage au manifeste (A1-1) et un détail narcissique (CN-2). Scotome d'un personnage (E1-1). Les défenses narcissiques échouent dans le factuel et l'inhibition au risque d'un vacillement des limites.

Problématique: la triangulation n'est pas reconnue, seul le couple est évoqué autour de la grossesse et l'échec fantasmatique préserve du conflit de séduction ou de séparation. Notons la régression à travers l'emploi d'un mot de vocabulaire enfantin pour décrire la femme enceinte.

Planche 3BM:

Là je verrai bien un prisonnier dans sa cellule qui se morfond. En fait il ressemble pas à un prisonnier mais pour moi c'est un prisonnier dans sa cellule.

Procédés: La précision spatiale permet de mettre les identifications à distance (A1-2) et d'introduire l'affect (tendance CN-3) (B1-3). Le cadre est remâché (A3-1) comme pour contenir l'affect. La dénégation à propos du matériel nous renseigne sur la capacité à utiliser des ressources internes différentes du percept. (A2-3).

Problématique: la position dépressive est reconnue et est maintenue dans un espace bien délimité. Malgré l'absence de conflit le contexte de prison induit l'idée d'un acte répréhensible et d'une punition. L'affect est donc associé à la contrainte de l'enfermement dans un registre surmoïque.

Planche 4:

(4) là c'est une dispute entre un mari et sa femme je pense... ça vous suffi ? (rires)

Procédés: Malgré un lien érotisé entre les personnages (B3-2) le conflit prend des airs factuels (CF1) et reste en tout cas sans motivation (CI2). L'agressivité évoquée met fin au discours (CI3) et

se retourne vers le clinicien (CM-1/CM-3).

Problématique : Ici c'est le pôle agressif qui est mis en avant de façon massive dans le couple. L'ambivalence n'est pas reconnue et la potentialité de rupture qu'implique la dispute provoque un déplacement de l'agressivité vers le clinicien immédiatement nuancé par le rire, quoiqu'il en soit des procédés anti-depressif devant la menace de perte.

Planche 5:

(8) là c'est une dame qui rentre dans sa maison qui est une très belle demeure qui est bien tenue. Moi j'ai pas trop d'imagination.

Procédés : L'accent est porté sur le factuel (CF-1) et malgré une tentative narcissique d'idéalisation de l'objet (CN-2), l'échec narcissique de construction d'un récit prend la forme d'un commentaire personnel d'échec (CN1).

Problématique : Le conflit est évité par la factualisation qui abrase la pulsionnalité et met Rose Marie en échec.

Planche 6 GF:

(3) pour moi ça ressemblerait à un film avec Maigret et une actrice (qu'est ce qu'il pourrait se passer ?) ça serait un interrogatoire forcément.

Procédés : La référence culturelle à un film (A1-4) tient la problématique éloignée. Tendance refus (CI1). La question qui vise à lever la défense entraîne une mise en relation (B1-1) banalisée (CI2).

Problématique : Le couple apparaît à travers l'interrogatoire dans une dimension de contrainte qui donne l'ascendant à l'homme interrogeant la femme.

Planche 7GF:

Ba là ça serait une mère et sa fille, avec un poupon à priori, qui discuteraient assises sur le divan.

Procédés : Accent porté sur le factuel (CF-1) qui empêche l'élaboration d'un conflit. La tentative d'investissement de la relation (B1-1) échoue dans une mise en tableau (CN3/CN5) qui contribue à figer la scène donc le mouvement pulsionnel.

Problématique : pulsionnalité suspendue.

Planche 9 GF:

(10) là il semblerait que cette femme elle ait peur, celle qui est en bas. (7) C'est sur ,elle a peur de quelque chose. Celle qui est en haut s'apprête à lui tomber dessus.

Procédés : Les personnages sont différenciés en fonction de leur place sur l'image (CL-2). L'identification se fait au personnage porteur de l'affect (CN-1)(B2-2/A3-1) et non de l'action (B2-4). La seconde est désignée comme le mauvais objet (E2-2) dans la mise en relation (B1-1). Mais le motif des conflits n'est pas précisé (CI-2).

Problématique : La rivalité féminine se noue clairement autour de l'agression, de l'attaque. La massivité de la thématique d'agression entraîne un glissement dans un registre de langage familier, discordant avec le reste des interprétations.

Planche 10:

Là ça ressemblerait à deux mecs amoureux. Oui deux mecs amoureux.

Procédés : Relation homosexuelle libidinalisée (B3-2)/(CN5) avec remâchage (A3-1) et restriction (CI-1).

Problématique : L'ambiguïté dans la différence des sexes entraîne un fantasme homosexuel qui bloque tout conflit. À travers ce fantasme ce sont les références incestueuses qui surgissent de manière massives. Encore une fois la massivité de la projection (E2-3) provoque un glissement de langage dans un registre moins soutenu « mec » qui sonne discordant non seulement avec la représentation d'amour mais également avec le reste du protocole.

Planche 11:

(11) Là franchement je dirais c'est un paysage avec un chemin de pierre derrière des arbres et là peut-être un ravin.

Procédés : Après un temps d'inhibition (CI1) et une tendance à la mise en tableau (CN3), la description s'attache au détails (A1-1) et malgré le renforcement des limites (CL2) et la précaution verbale (A3-1) l'évocation d'un élément dangereux « ravin » clos le discours (CI3).

Problématique : L'inhibition et la rigidité bloque la régression. Malgré la restriction de l'interprétation, le choix de la perception d'un ravin est riche de sens, évoquant à la fois un élément dangereux et féminin (profond et accueillant de l'eau)

Planche 12BG:

Ha ça c'est un paysage avec une barque, un printemps avec des arbres en fleurs. Là je serais bien pour aller me promener.

Procédés : Description (A1-1) et tendance mise en tableau (CN3) accompagné d'une précision temporelle (A1-2). Commentaire personnel (CN1) qui met l'accent sur l'idéalisation (CN2) de la représentation.

Problématique : Après avoir dégagé la représentation de tout mouvement pulsionnel par un sur-investissement narcissique qui la rend inoffensive, Rose Marie se projette elle même dans sa description témoignant alors du mouvement narcissique de la libido.

Planche13B:

Là c'est un petit garçon qui réfléchit à ce qu'il va faire, qui a l'air de s'ennuyer un peu.

Procédés : L'accent est porté sur le conflit intra-personnel (A2-4) associé à une expression d'affect (B1-3) minimisé (A3-4) « un peu ». La tendance reste à la banalisation (CI-2).

Problématique : Malgré la restriction de l'interprétation nous pouvons déceler la possibilité de projection dans l'avenir. La solitude est envisagée à travers cette projection avec une capacité à réagir en interne sans intervention objectale.

Planche 13MF:

(10) (rires) je sais pas.... ou ils viennent de faire l'amour, il a l'air catastrophé, ou il vient de la tuer et il a l'air catastrophé (rires) ou il vient de la trouver avec son amant, en tout cas il a pas l'air content.

Procédés: Inhibition (CI-1) et humour (CM-3) introduise une hésitation (A3-1) entre trois propositions inter-coupées du remâchage (A3-1) et d'un affect fort (B2-2). Celui-ci surgit malgré sa discordance avec la proposition (A3-4). La relation entre les personnages est, dans un premier temps, érotisée (B3-2) puis la représentation massive de meurtre fait surface (E2-3) reprise par l'introduction d'un tiers amant (B1-2) qui vient temporiser et tenter de lier les représentations sexuelle et de meurtre, échouant dans un affect (B3-1). Dans tous les cas l'identification concerne l'homme avec un accent porté sur l'éprouvé subjectif (CN-1).

Problématique: Cette image dégage une forte projection qui permet une fantasmagorie en lien avec les sollicitations latentes. Sexualité et agressivité sont liés autour d'une situation œdipienne dans le couple qui convoque la thématique de l'amant.

Planche 19:

Là pour moi ça ressemblerait à une maison sous la neige. Ouais une maison sous la neige... un paysage de neige.

Procédés: remâchage (A3-1) de l'accroche au sensoriel « sous la neige » (CL-2), suivi d'une mise en tableau (CN3) qui permet d'éviter le conflit et la régression dans un registre factuel (CF1)

Problématique: Les limites renforcées ne permettent pas la construction d'un récit et la confrontation aux objets internes est ainsi évitée.

Planche 16 :

Ça si j'étais à l'école je dirais que c'est une prise de risque de rendre une feuille blanche un jour d'examen.

Procédés: précision temporelle (A1-2) qui éloigne la problématique et permet une histoire en référence à des normes extérieures (CF-2). Il semble que le récit soit par symbolisme transparent (B3-2) une représentation de l'angoisse face au test.

Problématique: la « prise de risque » dont parle Rose Marie renvoie à la passation du test ainsi qu'à la possibilité de laisser parler les objets internes sans soutien manifeste pour les contenir. Le risque est trop grand pour cette patiente de laisser aller le fantasme qu'elle tente de maîtriser par des défenses rigides et par l'évitement car l'effondrement narcissique n'est pas loin et témoigne de limites fragiles. Elle a donc recours à une situation de prédilection, celle du cadre par la contrainte représenté ici par l'école mais que nous avons trouvé sous les traits de la prison, de l'obligation parentale ou encore de l'interrogatoire, un cadre surmoïque qui lui autorise le risque de l'affect.